

**TC.
DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SOLUNUM TEKNİKLERİ EĞİTİMİNİN TRAVAY SÜRESİ VE
ANKSİYETE DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ**

SEVİL ÇİÇEK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

KÜTAHYA

2017

**TC.
DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SOLUNUM TEKNİKLERİ EĞİTİMİNİN TRAVAY SÜRESİ VE
ANKSİYETE DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Sevil ÇİÇEK

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR

KÜTAHYA

2017

ONAY SAYFASI

Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Sevil ÇİÇEK'in hazırladığı “**Solunum Teknikleri Eğitiminin Travay Süresi ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi**” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

(Tarih: 30 /05/ 2017)

İmzalar

Jüri Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR

Dumlupınar Üniversitesi

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR

Dumlupınar Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hacer ATAMAN

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Filiz SÜZER ÖZKAN

Düzce Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Dumlupınar Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Muhammet DÖNMEZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim hayatımın yanı sıra tez süresince yaptığı katkı ve önerileri ile beni yönlendiren, yetişmemde çok emeği olan danışmanım Sayın Yrd. Doç.Dr. Fatma BAŞAR'a,

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca ilgi ve alakalarını hep üzerimde hissettiğim, bilgi alışverişi yaparak beni aydınlatan değerli hocalarım ve başta Sayın Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM olmak üzere tüm arkadaşlarıma,

İstatiksel analizlerin yorumlanmasındaki katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Mehmet N. ORMAN'a,

T.C. Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane servisinde tez uygulamalarım sırasında desteklerini esirgemeyen başta servis sorumlu ebesi Nilgün UÇAR ve tüm servis ebelerine,

Bana sonsuz güvenen, bugünlere gelmemde en büyük role sahip olan, her zaman desteği ve sevgisiyle yanımda olan hayatımın en değerli varlıkları babam, annem ve kardeşime teşekkür ederim.

Sevil ÇİÇEK

2017

ÖZET

Çiçek, S. Solunum Teknikleri Eğitiminin Travay Süresi ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi. Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2017. Araştırma, gebelere verilen solunum teknikleri eğitiminin gebelerin anksiyete düzeyi ve travay süresi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri 19.03.2016-29.11.2016 tarihleri arasında, Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane servisinde toplanmıştır. Araştırmaya deney grubuna 35, kontrol grubuna 35 olmak üzere toplam 70 nullipar gebe alınmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla Kişisel Bilgi Formu, travay süresini belirlemek için Doğum Eylemi İzlem Formu, gebelerin anksiyete düzeylerini ölçmek için ise Spielberger ve diğerleri tarafından geliştirilmiş olan Durumluk Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Deney grubunda bulunan gebelere doğum eyleminin latent fazında solunum teknikleri eğitimi verilmiş ve her fazda uygun solunum teknikleri uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan gebelere ise rutin hastane uygulamaları dışında hiçbir müdahalede bulunulmamıştır. Deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin anksiyete düzeyleri latent fazın başında, latent fazın sonunda ve aktif fazın sonunda olmak üzere toplam üç kez değerlendirilmiştir. Doğum eyleminin evrelerinin süresi ise Doğum Eylemi İzlem Formuna kaydedilmiştir. Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 veri analizi paket programı kullanılarak bir uzman yardımıyla değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda deney ve kontrol grubundaki gebelerin kontrol değişkenleri arasında fark olmadığı ve her iki grubun benzer olduğu saptanmıştır. Solunum teknikleri eğitimi verildikten sonra latent fazın sonunda deney grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları, kontrol grubunda bulunan gebelerden daha düşük olmasına rağmen, aradaki farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Aktif fazın sonunda ölçülen durumluk anksiyete ölçeği puan ortalaması, deney grubunda bulunan gebelerde, anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Doğumun birinci evresinin ortalama süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ve deney grubunun birinci evresinin süresinin, kontrol grubuna göre daha kısa olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Doğum eyleminin birinci evresinin süre ortalamaları fazlara göre karşılaştırıldığında; deney grubunda bulunan gebelerde, doğumun latent ve aktif faz süre ortalamasının anlamlı derecede daha kısa olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Geçiş fazının süresi bakımından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Doğum eyleminin 2. evresi süre ortalaması bakımından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Sonuç olarak, solunum teknikleri doğru bir şekilde uygulandığında gebelerin anksiyete düzeylerini azaltmada ve travay süresini kısaltmada etkili olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda doğumhanede çalışan ebe/hemşirelerin doğum eyleminin olumlu bir şekilde sonuçlanması için gebelere solunum tekniklerini öğretme ve uygulamaları konusunda destek olması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Travay Süresi, Solunum Teknikleri Eğitimi.

ABSTRACT

Cicek, S. The Effect of Breathing Techniques Training on the Duration of Labor and Levels of Anxiety. Dumlupınar University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing Master of Science Thesis, Kutahya, 2017. This research was of randomized controlled experimental design and was conducted to determine the effect of breathing techniques taught to pregnant women on their anxiety level and the duration of their labor. The data for the research were collected over the period March 19, 2016 - November 29, 2016 on the Maternity Floor of the Dumlupınar University Kütahya Evliya Çelebi Training and Research Hospital. A total of 70 nulliparae were recruited into the study, 35 into the study group and 35 into the control group. The data collection instruments comprised a Personal Data Questionnaire, a Labor Monitoring Form to ascertain the duration of labor, and the State Anxiety Inventory developed by Spielberger et al. to measure anxiety levels of pregnant women. The pregnant women in the study group were educated about breathing techniques while in the latent phase of labor and then the appropriate techniques were applied at each phase of the labor. No intervention was carried out with respect to the pregnant women in the control group outside of routine hospital procedures. The anxiety levels of the women in the study and control groups were evaluated three times—at the beginning of the latent phase, the end of the latent phase, and at the end of the active phase. The durations of the phases of labor were recorded in the Labor Monitoring Form. The research data were analyzed with the help of an expert using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 data analysis package program. The results of the study showed that there were no differences between the control variables of the women in the study and control groups. After the education on breathing techniques was given, the state anxiety inventory mean scores of the women in the study group at the end of the latent phase were lower than the scores of the women in the control group, but the difference was not significant ($p>0.05$). At the end of the active phase, the state anxiety inventory mean scores were significantly lower in the study group of women ($p<0.001$). Statistically significant differences were observed between the groups in terms of the mean duration of the first phase of labor; the durations of the study group in the first phase were shorter than in the control group ($p<0.001$). A comparison of the mean durations of labor in the first phase indicated that the mean latent and active phase durations of labor among the pregnant women in the study group were significantly shorter ($p<0.05$). No statistically significant differences were found between the groups in terms of the transition phase ($p>0.05$). At the same time, no statistically significant differences were found between the groups in terms of mean durations in the second phase of labor ($p>0.05$). The conclusion was that the correct implementation of breathing techniques has an impact on reducing anxiety levels and shortening the duration of labor. In line with the results of the study, it is recommended that midwives/nurses working on maternity floors support pregnant women in learning and implementing breathing techniques to ensure a positive outcome of labor.

Key Words: Anxiety, Duration of Labor, Breathing Techniques Training.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Önemi ve Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Ağrı	5
2.1.1. Ağrının Tanımı.....	5
2.1.2. Ağrının Sınıflandırılması	5
2.1.2.1.Nörofizyolojik Mekanizmaya Göre Ağrının Sınıflandırılması.....	5
2.1.2.2.Süreye göre ağrının sınıflandırılması	5
2.1.2.3.Etyolojiye göre ağrının sınıflandırılması	6
2.1.2.4. Bölgeye göre ağrının sınıflandırılması	6
2.2. Doğum Eylemi	6
2.2.1. Doğum Eyleminin Evreleri	6
2.2.1.1.Doğumun Birinci Evresi.....	6
2.2.1.2. Doğumun İkinci Evresi.....	8
2.2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi.....	8
2.2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi.....	8
2.2.2. Doğum Eyleminde Ağrı.....	8
2.2.2.1. Doğum Ağrısının Fizyolojisi.....	9
2.2.2.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler	9
2.2.2.2.1.Fizyolojik Faktörler.....	9

2.2.2.2.2. Psikolojik Faktörler.....	10
2.3. Anksiyete	11
2.3.1. Anksiyetenin Tanımı.....	11
2.3.2. Anksiyete Çeşitleri.....	11
2.3.2.1. Durumluk Anksiyete	11
2.3.2.2. Sürekli Anksiyete	11
2.3.3. Anksiyete Düzeyleri.....	12
2.3.3.1. Hafif Anksiyete	12
2.3.3.2. Orta Düzeyde Anksiyete.....	12
2.3.3.3. Şiddetli Anksiyete	12
2.3.3.4. Panik Anksiyete	12
2.3.4. Anksiyetenin Belirtileri	13
2.3.4.1. Fizyolojik Belirtiler	13
2.3.4.2. Psikolojik Belirtiler	13
2.3.4.3. Bilişsel Belirtiler	13
2.3.5. Gebelikte ve Doğum Eyleminde Anksiyete.....	13
2.3.6. Anksiyetenin Korku ve Doğum Ağrısı ile İlişkisi	14
2.4. Doğum Ağrısının Yönetimi	15
2.4.1. Farmakolojik yöntemler	15
2.4.2. Nonfarmakolojik Yöntemler	15
2.4.2.1. Gevşeme Teknikleri	16
2.4.2.1.1. Biyolojik Geri Bildirim (Biofeedback).....	16
2.4.2.1.2. Hareket/Pozisyon Değişiklikleri	17
2.4.2.1.3. Hipnoz (Sofroloji)	17
2.4.2.1.4. Akupunktur	18
2.4.2.1.5. Akupressür.....	18
2.4.2.1.6. Müzik ve Dans	19
2.4.2.1.7. Terapötik Dokunma (Haptonomi).....	19
2.4.2.1.8. Meditasyon.....	20
2.4.2.1.9. Yoga.....	20
2.4.2.2. Zihinsel/ Mental Uyarılma Teknikleri	20
2.4.2.2.1. Hayal Kurma	20

2.4.2.2.2. Odaklanma/Dikkat Dağıtma	21
2.4.2.3. Tensel Uyarılma Teknikleri	21
2.4.2.3.1. Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS)	21
2.4.2.3.2. İntradermal ve İntrakutan Sıvı Enjeksiyonu	22
2.4.2.3.3. Yüzeysel Sıcak Uygulama	22
2.4.2.3.4. Yüzeysel Soğuk Uygulama	23
2.4.2.3.5. Hidroterapi- Banyo/Duş	23
2.4.2.3.6. Masaj.....	24
2.4.2.3.7. Aromaterapi.....	24
2.4.2.3.8. Refleksoloji	25
2.4.2.4. Solunum Teknikleri	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Şekli	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	31
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Araştırmanın Uygulanması Sırasında Yaşanan Güçlükler	32
3.6. Verilerin Toplanması	32
3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	33
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu	33
3.6.1.2. Durumluk Anksiyete Ölçeği	33
3.6.1.3. Doğum Eylemi İzlem Formu	34
3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	34
3.6.2.1. Ön Uygulama Aşaması	34
3.6.2.2. Uygulama Aşaması	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3.8. Araştırmanın Etik Yönleri	41
4. BULGULAR	42
4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	42

4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı.....	44
4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Anında Anksiyete Yaşama Durumlarının Dağılımı	46
4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Sürelerinin Karşılaştırılması/dk	48
4.6. Deney Grubundaki Gebelerin Travay Süreleri ile Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	49
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	51
5.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Gebelik Öykülerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	52
5.3. Gebelerin Travay Anında Anksiyete Yaşama Durumlarının Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	54
5.4. Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	55
5.5. Gebelerin Travay Sürelerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	59
5.6. Gebelerin Travay Süreleri ile Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	68
EKLER.....	86
EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	86
EK 2. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	90
EK 3. DOĞUM EYLEMİ İZLEM FORMU	91
EK 4. ETİK KURUL İZİNİ	92
EK 5. KURUM İZİNİ.....	93
EK 6. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ	94
EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (DENEY GRUBU)	95

EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)	97
EK.9. DOĞUMA HAZIRLIK SINIFI EĞİTİCİ EĞİTİMİ KURSU	99
EK. 10. EFT İLE DOĞUMA HAZIRLIK KURSU	100



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AS	Aktif fazın sonu
cm	Santimetre
D	Deney grubu
dk	Dakika
IASP	The International Association for the Study of Pain
K	Kontrol grubu
LB	Latent Fazın Başı
LS	Latent Fazın Sonu
Max	Maximum Değer
Min	Minimum Değer
n	Sayı
p	Anlamlılık düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
SD	Standart sapma
sn	Saniye
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
t	İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
TENS	Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
vd.	ve diğerleri
\bar{X}	Ortalama değer
X^2	Ki kare testi
%	Yüzdelerik değer

ŞEKİLLER DİZİNİ**Sayfa**

Şekil 2.1. İkinci düzey (Yavaş-derin göğüs solunumu)	26
Şekil 2.2. Üçüncü düzey (Hızlı-yüzeysel göğüs solunumu)	27
Şekil 2.3. Dördüncü düzey (Üfleme-abdominal solunum)	28
Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Şeması.....	39



TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatiksel Yöntemler.....	41
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı	44
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Anında Anksiyete Yaşama Durumlarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Sürelerinin Karşılaştırılması/dk.....	48
Tablo 4.6. Deney Grubundaki Gebelerin Travay Süreleri ile Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	49

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi ve Tanımı

Biyolojik yapıları gereği kadınların, erkeklere göre yaşam süreçleri farklıdır. Kadınlar menstrüasyon, gebelik, emzirme ve menapoz gibi önemli evrelerden geçerler. Bu evrelerden biri de doğum eylemidir. Doğum eylemi, kadınların yaşadığı doğal bir süreçtir. Aynı zamanda bu süreç annenin sağlığını fiziksel ve emosyonel yönden etkilemektedir (88, 181).

Gebeler için doğum düşüncesi, genellikle doğum sürecinde yaşanan ağrı ve bu ağrı ile baş edememe korkusu ile ilişkilidir (9). Doğum, sıklıkla insan hayatının en ağrılı olaylarından biri olarak düşünülür. Doğum ağrısının yoğunluğu kadından kadına, gebelikten gebeliğe değişiklik göstermektedir (44, 82, 119). Doğum sırasında, ağrı her kadın için farklı yoğunluk ve kalitede hissedildiği gibi farklı bölgede de hissedilebilir. Birçok kadın doğum eyleminin başında uterus baskın olarak ağrı hissederken, bazıları daha şiddetli bel ağrısı hissederler (50, 76, 122).

Stres, korku ve anksiyete kadının doğum ağrı algısını ve doğum deneyimini etkileyen önemli faktörlerdendir (95, 119). Literatürde yapılan çalışmalar da anksiyetenin, doğum korkusu ve ağrı ile ilişkisi olduğunu desteklemektedir (7, 22, 91, 183).

Kadınlar gebelik ve doğum süreçlerinde değişimlerinin nasıl olacağı konusunda endişe duyarlar (30). Doğum eylemi süreci ilerledikçe de anksiyete seviyesi artar ve kadın gevşeyemez (31, 56). Anksiyete ise doğum eyleminde rol oynayan pelvik kasların gerilmesine ve bu gerilme sonucunda hem uterus hem de doğum anında gebenin ortaya koyduğu itme gücüne karşı direnç oluşmasına neden olur (64). Pelvik kas spazmına bağlı aynı zamanda ağrı da artar (22). Bu durumda stres hormonlarının salınımı ile kortizol, dolaşıma girer. Yüksek kortizol seviyesi ise uterus kan akımının azalmasına ve kontraksiyonların yavaşlamasına neden olur (11). Uterus kontraksiyonlarının etkinliğinin azalması ile doğum süresi uzar (170). Adams vd.'nin (2012) doğum süresi ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmada doğum korkusu yaşayan kadınların doğum sürelerinin daha uzun olduğu belirtilmiştir (4). Doğum süresinin uzamasının hem anne hem de fetüse birçok olumsuz etkisi vardır. Doğum süresinin aşırı uzaması, annede kanama ve doğumdan sonra enfeksiyon riskinin artmasına, fiziksel-sinirsel yaralanmalara ve fetüsün

ölümüne neden olabilir (170). Kısacası, kadınların doğum ile ilgili yaşadıkları endişeye bağlı anksiyete seviyesi artar. Anksiyete seviyesinin artması ile ağrı artar, ağrı ise kadının daha çok korkmasına ve ağrıyı daha fazla hissetmesine neden olur. Böylece anksiyete-ağrı-korku arasında bir döngü oluşur (21, 62). Doğum eyleminin pozitif bir deneyim olarak sonuçlanması için bu döngünün kırılması önemlidir (64). Eğer korku ve anksiyete ortadan kalkarsa, doğumda kadın zihinsel ve fiziksel sakinliği kazanmış olacaktır (58).

Günümüzde kadınların doğumda ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmak için kullanabileceği birçok güvenli nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler bulunmaktadır (9, 24, 42, 86, 103, 114).

Farmakolojik yöntemler, ağrıyı dindirmeye destek olurken, nonfarmakolojik yöntemler ağrı ile başa çıkmada kadınlara yardım etmeyi amaçlar ve böylece doğumdan kaynaklanan sıkıntıları önler. Nonfarmakolojik yöntemler ilaçlara olan talep ve ihtiyacı yanı sıra ağrıya olan fiziksel duyarlılığı ve duygusal tepkiyi azaltarak anksiyete-ağrı-korku döngüsünün kırılmasını sağlar (9). Nonfarmakolojik yöntemler hem doğum öncesi dönemde hem de hiçbir hazırlık yapmadan gelen gebelere travay anında da öğretilir (180, 86). Nonfarmakolojik yöntemlerin araştırıldığı bir çalışmada (n=245) solunum teknikleri (%51.8), masaj (%36.9), pozisyon değişiklikleri (%32.2) ve gevşeme tekniklerinin (%26.2) sırası ile en çok bilinen yöntemler olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası (%59.6) gelecekte en az bir tane nonfarmakolojik yöntem kullanma konusunda istekli olduğunu ifade etmiştir. En çok kullanılmak istenen yöntem ise solunum teknikleri (%54.3) olmuştur (9). Yine on tane nonfarmakolojik yöntemin araştırıldığı başka bir çalışmada (n=46) solunum tekniklerinin doğum sırasında en çok kullanılan ve en etkili yöntem olduğu rapor edilmiştir (23).

Solunum teknikleri doğru olarak kullanıldığında, uteroplasental dolaşımı rahatlatarak uterus fonksiyonlarının daha etkili olmasını sağlar ve uterus kontraksiyonları ile başatmesinde kadına yardımcı olur (13, 160). Stres ve anksiyeteyi, katekolamine olan cevabı ve kas gerilimini azaltan bazı mekanizmalar aracılığıyla ağrı toleransını artırarak gevşemeyi sağlar (50). Gevşeme, özellikle doğumun erken evrelerinde önemli olan stres hormon seviyelerini azaltır (99). Gevşeyen anne de ağrıya daha pozitif cevap verir (82). Literatürde yapılan bazı çalışmalarda da solunum

tekniklerinin, durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve algılanan stres düzeylerinde önemli azalmalar sağladığı görülmüştür (17, 18, 27, 28, 41, 163, 165). Solunum teknikleri, aynı zamanda gebenin sakin kalmasına ve kendi kontrolünü kazanmasına yardımcı olur (31). Solunum tekniklerini kullanan kadınlar, kullanmayanlarla karşılaştırıldığında; gevşemeyi başarabildikleri, dikkatlerini başka yöne çekebildikleri ve doğumda daha düşük ağrı seviyelerinin olduğu açıktır (151). Literatürdeki bazı çalışmalar da solunum tekniklerinin ağrıyı azalttığını desteklemektedir (21, 31, 41, 44, 78, 164).

Gebeler, doğum ağrıları sırasında kontrolü kaybetmek ve kendilerini kasmaktan ziyade gevşemeyi başardıklarında ve uygun solunum tekniklerini kullanarak kontrol duygularını geliştirdiklerinde, doğum süreçlerinin kısalcacağı da bildirilmektedir (109). Yapılan çalışmalarda da solunum tekniklerinin doğum süresini kısalttığı görülmüştür (58, 82, 170).

Solunum teknikleri eğitimi, gelişmiş ülkelerde doğum öncesi dönemde gebe eğitim sınıflarında verilmektedir. Türkiye’de ise bu sınıflar çok gelişmediği için, doğum için başvuran gebelerin solunum teknikleri hakkında bilgi düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı bilinmektedir (13). Bu bağlamda doğumhanede çalışan ebe/hemşirelerin solunum teknikleri konusunda gebeyi bilgilendirmesi oldukça önemlidir (17). Ayrıca solunum teknikleri, gebenin anksiyete ve korkusunun azaltılması ile doğumun daha kolay ve daha pozitif bir deneyim olarak sonuçlanmasına destek olduğu gibi travay süresine de olumlu katkı sağlamaktadır.

Sonuç olarak, her kadının hayatında önemli bir evre olan gebelik sürecinin en sağlıklı şekilde sonlandırılması için sağlık çalışanlarının gebeleri bu yöntemler hakkında bilgilendirip, uygulamalarını teşvik etmeleri gerekmektedir. Hem bu amaçlar doğrultusunda hem de bu konuda yapılan çalışmalar literatürde sınırlı olduğu için araştırmamızın alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, gebelere verilen solunum teknikleri eğitiminin gebelerin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Travay sırasında uygulanan solunum teknikleri eğitimi gebelerin anksiyete düzeyini azaltır.

H2: Travay sırasında uygulanan solunum teknikleri eğitimi travay süresini kısaltır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı

2.1.1. Ağrının Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain=IASP) ağrıyı, vücudun herhangi bir bölgesinden başlayan, asıl ve potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş gitmeyen duyuşsal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlamaktadır (108). Bu tanıma göre ağrı sübjektiftir ve kişiden kişiye değişiklik göstermektedir (54, 79, 122).

2.1.2. Ağrının Sınıflandırılması

2.1.2.1. Nörofizyolojik Mekanizmaya Göre Ağrının Sınıflandırılması

Nosiseptif ağrı: Mekanik ya da kimyasal uyarılarla nosiseptiflerin uyarılmasıyla ortaya çıkar. Somatik ve viseral ağrı olmak üzere iki çeşittir. **Somatik ağrı,** keskin ve ani başlayan bıçak batar, zonklar tarzda ağrı olup, yeri iyi belirlenebilir. **Viseral ağrı** yavaş başlayan künt bir ağrıdır. Kolik şeklinde, sızlayıcı veya kramp tarzında olup, yeri iyi belirlenemez (57).

Nöropatik ağrı: Nörolojik bir yapının değişmesi sonucu oluşan bu ağrı, periferik ve santral ağrı olmak üzere iki çeşittir (54).

Psikojenik ağrı: Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların neden olduğu dokularda sorun varmış gibi abartılı olarak algılanmasıdır (57).

Sempatik sinir sisteminin aktive olmasına bağlı yanıcı ağrı olan reaktif ağrı ve uyarı iletiminin merkezi sinir sistemine ulaşımının kesilmesiyle ortaya çıkan deafferantasyon ağrı gibi çeşitleri de vardır (57).

2.1.2.2. Süreye göre ağrının sınıflandırılması

Akut ağrı: Nosiseptif nitelikteki bu ağrının nedeni, doku hipoksisi, travma ve enfeksiyon olabilir. Akut ağrının, kronik ağrı özellikleri göstermesi için, üzerinden 3-6 ay süre geçmesi gerekir (14).

Kronik ağrı: Nosiseptif nitelikte olan bu ağrı, bireyin yaşam kalitesini etkileyen ve psikolojik etkenlerin rol oynadığı ağrıdır (14).

2.1.2.3.Etyolojiye göre ağrının sınıflandırılması

Kanser, postherpetik nevralji, artrit, orak hücreli anemi olmak üzere dört başlık altında incelenir (14).

2.1.2.4. Bölgeye göre ağrının sınıflandırılması

Baş, yüz, bel ve pelvis olmak üzere dört başlık altında incelenir (14).

Bu sınıflamalar dışında ağrı, sızlama, yanıcı, batıcı, kolik şeklinde ağrı olmak üzere duyu şekillerine göre de sınıflandırılabilir (39).

2.2. Doğum Eylemi

Doğum eylemi, son menstrual periyoddan ortalama 40 hafta sonra, uterusu büyüme ve gelişmesini tamamlayan dış ortamda yaşayabilme özelliğini kazanan fetüs ve eklerinin (plasenta), fetüs ve doğum yolu arasında uyumsuzluk olmadan uterus kontraksiyonları ve diğer güçlerin etkisi ile doğum kanalından geçerek uterustan dış ortama atıldığı veya çıkartıldığı bir süreçtir (13, 20, 32, 37, 89, 160).

2.2.1. Doğum Eyleminin Evreleri

Normal doğum eylemi dört aşamada gerçekleşir (86, 160).

2.2.1.1.Doğumun Birinci Evresi

Doğumun birinci evresi, düzenli kontraksiyonlar ile başlayıp, servikal silinme tamamlandığında ve dilatasyon 10 cm olduğunda biter (54, 160). Bu evre primiparlarda 6-10, multiparlarda 2-10 saat arasında değişiklik gösterebilir (32). Ayrıca bu evre 3 fazdan oluşur. Bu fazlar; latent, aktif ve geçiş fazlarıdır (32, 86, 148, 160).

Latent faz: Latent faz düzenli, ritmik uterus kontraksiyonları ile başlar ve servikal dilatasyon 3 cm olduğunda sonlanır (37, 52, 86, 160). Bu fazın süresi hiç doğum yapmayan kadınlarda 6 saat olup 20 saatten fazla sürmemesi, multiparlarda ise yaklaşık 4,5 saat olup 14 saati aşmaması beklenir. Bu fazda uterus kontraksiyonlarının süre, şiddet ve sıklıkları artar. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dk'da bir gelir, 15-20 saniye (sn) sürer. Latent fazda kontraksiyonların şiddeti azdır. Bu nedenle bu fazda kadınların ağrıya toleransı iyidir ve ağrı ile başedebilir. Ağrılar ise daha çok bel ve karın bölgesinde hissedilir (86, 160).

Doğum ağrısının şiddetinin düşük olması nedeni ile gebeyi rahatlatmak için bu fazda solunum teknikleri eğitimi verilebilir (86). Solunum tekniklerine genellikle

kadın kontraksiyonlar arasında konuşamayacak ve yürüyemeyecek duruma geldiğinde, kadının normal solunum hızının yarısı olan yavaş abdominal solunum ile başlanır (89).

Aktif Faz: Servikal dilatasyonun 4 cm olması ile başlar, 7 cm olması ile biter. Bu fazda kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti artar. Kontraksiyonlar orta şiddetli, 3-5 dk'da bir gelir ve 40-60 sn sürer. Daha çok bel alt karın bölgesi, kasıklar ve bacaklarda hissedilir. Anne bu dönemde kontrolünü kaybetmekten korkabilir. Bu faz ortalama nulliplarlarda 3 saat, multiparlarda 2 saattir. Membranlar bu fazda açılır ve nişane atılır. Kadının bu fazda ağrıya olan uyumu azalmış ve kadın çevre ile iletişimini sürdürmekte zorlanmaktadır (86, 160).

Bu fazda kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti arttığı için gebe göğüs solunumu yapabilir; bu solunum yüzeyledir ve normal solunum hızının yaklaşık iki katıdır (89).

Geçiş Fazı: Servikal açıklık 8-10 cm'e ulaşmıştır. Fetüs hızla doğum kanalında aşağıya doğru iner. Bu fazda kontraksiyonlar şiddetli, 2-3 dk'da bir gelir ve 60-90 sn sürerler. Geçiş fazı nulliplarlarda 3 saat, multiparlarda ise 1 saatten uzun sürmemelidir. Ağrılar daha çok bel ve perine bölgesinde hissedilir. Doğum eyleminde kadına en çok rahatsızlık veren bu fazda, kadın ağrıyı kabullenme ve ağrıya uyum sağlama konusunda daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır. Dilatasyon tamamlandığında, rektuma olan baskı artar ve ıkın-ma istemsiz olarak meydana gelir. Anne bütün enerjisini eylemle baş etmeye harcar ve endişelidir. Annenin bu dönemde anksiyetesi artar (75, 86, 160).

Bu faz, kontraksiyonlar üzerinde kontrolün en zor olduğu zamandır. Bu fazda abdominal solunum uygulanır. Buna göre; nefes ağızdan alınır ve sanki mum üfler gibi dışarı verilir. Hızlı-yüzeysel solunum tipine benzer. Ancak hiperventilasyon oluşma riskine karşı bu fazda dikkatli olmak gerekir (89).

Doğum eyleminin birinci evresinde kadının isteği de göz önünde bulundurularak uygun ağrı hafifletici yöntemler seçilebilir. Bu evrede uygulanan yöntemlerden bazıları; Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS), terapötik dokunma, sıcak ya da soğuk uygulama, masaj, biofeedback, duş, solunum teknikleri, hareket ve pozisyon değişiklikleridir (89).

2.2.1.2. Doğumun İkinci Evresi

Servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlayan ve bebeğin doğumu ile sona eren evredir (32, 54, 86, 144, 146, 156, 160). İkinci evre primiparlarda 30 dk ile 2 saat, multiparlarda ise 5 ile 30 dk arasında sürmektedir. Bu evrede kontraksiyonlar 1,5-2 dk'da bir gelir ve 60-90 sn sürerler (86, 148,160).

Bu evrede birden çok solunum tekniği kullanılabilir. İkinci evre öncesi karın solunumu yapmak gerekirken, kontraksiyon anında nefes ağızdan alınıp tutulur. Kontraksiyon bittiğinde derin bir solunum yapılır (89, 122).

2.2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi

Bebeğin doğumu ile başlayan üçüncü evre, plasentanın atılıp ayrılması ile biter (32, 54, 86, 156, 160). Plasentanın doğumu 5 dk ile 30 dk arasında sürmektedir (32, 156, 159).

Yukarıda belirtilen doğum eyleminin evrelerine göre süresi; parite, yaş, beden kitle indeksi, fetal büyüklük ve pozisyon, oksitosin kullanımı ve epidural analjezi, annenin psikolojisi ve pelvik yapı gibi faktörlerden etkilenebilir (89, 179, 185).

2.2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi

Plasentanın atılmasından sonraki 1-4 saatlik süreyi içerir. Bu evrede annenin yaşam bulguları stabilleşir, kan kaybı kontrolü, laserasyonların onarımı ve involüsyonun başlama belirtilerine dikkat edilir (32, 144, 160). Anne-bebek ilişkisinin kurulması bakımından bebeğin doğumundan sonraki ilk saatler oldukça önemlidir (86).

2.2.2. Doğum Eyleminde Ağrı

Doğum ağrısı aralıklı, düzenli ve doğum süreci sırasında oluşan ritmik ve evrensel bir ağrıdır (9, 119). Birçok faktörün etkileşimi sonucu oluşan bu ağrı çok yönlüdür ve aniden gelir. Çoğu kadının deneyimleyeceği doğum ağrısı, fizyolojiktir (51, 82, 122, 156, 172). Ancak fizyolojik olmasına rağmen kontrol altına alınamayan ve tolere edilemeyen bu ağrı anne ve fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (79, 157).

Doğum ağrısının çok şiddetli olması uzun dönem psikolojik rahatsızlıklara, bebek-anne ve eşler arasındaki ilişkinin bozulmasına neden olabilir. Ayrıca anne ve fetüs sağlığını da olumsuz olarak etkileyebilir. Bu yüzden, doğum ağrısının kontrolü

en önemli sosyal ve sağlık sorunlarından biridir (78, 114). Kadınının sağlık ve huzuru için, doğum deneyiminin sadece o an değil, uzun dönem etkileri vardır (173). Bu nedenle doğum ağrısının kontrol altına alınması oldukça önemlidir (79, 157).

2.2.2.1. Doğum Ağrısının Fizyolojisi

Doğum ağrısının fizyolojisinde korteks, periferik sistem, çıkan yollar, spinal kord, lateral medial sistemler rol oynamaktadır (56, 79). Ağrı, doğum ve travay sırasında farklı alanlardan orjin alır (157).

Doğumun birinci evresindeki (doğumun başlangıcından tam dilatasyona kadar) ağrı, serviksin dilate olmasına, uterin kontraksiyonları sırasında dokuların oksijensiz kalmasına, uterusun alt segmentinin gerilmesine bağlı komşu dokulara olan basınca bağlıdır. Şiddeti gittikçe artan kramp tarzındaki ağrılar belden sırtta ve bacaklara doğru yayılım gösterir (53, 56, 79, 156, 157, 160).

Doğumun ikinci evresindeki ağrı (full dilatasyondan bebeğin doğumuna kadar) vajina, perine, pelvik tabanın gerilimi, uterus kaslarına yeteri kadar oksijen sağlanamaması, fetüsün perineye baskı uygulaması ve komşu dokulardaki genişleme ile oluşur. Bu evredeki ağrılar, yeri iyi belirlenebilen keskin niteliktedir (53, 54, 56, 75, 79, 156, 157, 160).

Doğumun üçüncü evresinde görülen ağrı, uterus kontraksiyonlarına ve plasentanın ayrılması sırasında serviksin dilatasyonuna bağlı olarak meydana gelir (160).

Doğumun dördüncü evresindeki ağrı ise fetüsün aşağı inişi ve plasentanın atılması sırasında oluşan doku hasarına bağlı olarak meydana gelmektedir (63).

2.2.2.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Doğum ağrısı, evrensel olmasına rağmen ağrı eşiği ve ağrıya verilen tepkilerin şiddeti, kadından kadına gebelikten gebeliğe değişir (44, 82, 119, 122). Bazı kadınlar ağrıyı az hissederken, bazıları oldukça acı verici bulabilirler (76).

2.2.2.2.1. Fizyolojik Faktörler

Uterin Hipoksi: Kontraksiyonlar sırasında uterusu gelen kan akımı azalır ve buna bağlı olarak hipoksi meydana gelir. Kadın yeteri kadar gevşeyemez ve ağrı seviyesi artar (12, 89, 117).

Servikal Dilatasyon: Silinme tamamlandıktan sonra fetal baş aşağıya doğru inerek serviksin dilatasyonuna yardım eder. Serviksin silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile uterus kontraksiyonları sonucu ağrı oluşur (12, 89, 117).

Kontraksiyonların Süre, Şiddet ve Sıklığı: Doğum eylemi süreci ilerledikçe, kontraksiyonların süre, şiddet ve sıklığının artmasına bağlı ağrı da artabilir (89).

Perineal Yapıdaki Gerginlik: Pelvik kanaldan başın aşağıya doğru inmesi ile perine gerilir. Daha çok doğumun ikinci evresinde fetüs, pelvis kanalında ilerlerken perine bölgesinde gerilme ve ağrı oluşur (12).

Hormonal Mekanizmalar: Prostaglandin salınımının artması, kortizol seviyesinin yüksek olması doğum ağrısı ile ilişkilidir. Endorfinler de doğum sürecini etkileyerek, ağrının azalmasına yardımcı olur (89).

Fizyolojik süreçlerin doğum ağrısına olan etkisinin yanı sıra kadının ağrıya vereceği tepki diğer fiziksel faktörlerden de etkilenebilir (117). Annenin yaşı, doğum sayısı, fetüsün ağırlığı ve pozisyonu, doğum çevresi, tıbbi müdahale gibi faktörler de doğum ağrısını etkiler (40, 79, 157).

2.2.2.2. Psikolojik Faktörler

Kültür: Kadının doğum ağrısına verdiği tepki, kültürel değerlerinden etkilenir. Bazı kültürlerde ağrının, dışa vurulması normal iken, bazılarında kadının kendini kontrol etmesi gerekmektedir (12). Ağrının algılanması ve ağrıya verilen yanıt bireyden bireye değişiklikler gösterdiği için her gebe bireysel olarak ele alınmalıdır (79, 157).

Anksiyete ve Korku: Anksiyete sempatik sinir sisteminin aktive olmasına neden olur. Sempatik sinir sisteminin uyarılmasına bağlı kişide plazma katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormon seviyeleri yükselmektedir. Yüksek seviyede katekolamin ise uterin aktiviteyi azaltarak uterustaki kasların düzenli kasılmasını engeller ve ağrı oluşur (4, 5, 11, 64, 87, 167).

Yaşanmış Deneyimler: Ağrı duyusu, bireyin geçmişteki deneyimlerinden etkilendiği için bazı multiparlar şiddetli travaya geçirebilirler (155).

Doğuma Hazırlık: Doğum ile ilgili bilgi eksikliği ya da yanlış bilgiye sahip olma, korku ve anksiyeteye neden olan en önemli faktörlerdendir. Bu da ağrı deneyimini artırabilir (114, 174). Literatürde yapılan çalışmalar doğuma hazırlık

sınıfları ve eğitimi, kadınların doğum sırasında kontrollerini sağlayabildiklerini, doğum deneyiminden tatmin olduklarını, sakin ve rahat kaldıklarını ve gevşeyebildiklerini göstermiştir (15, 107, 112).

Destek Sistemi: Doğum eylemi sürecinde gebenin etrafından aldığı olumlu ya da olumsuz destek, doğum ağrısının algılanmasını etkilemektedir (12). Bütün gebeler odaklanmak, sakin kalmak ve rahatlamak için emosyonel desteğe gereksinim duyarlar (132, 157). Doğum ağrısını hafifletmede ve anksiyeteyi azaltmada oldukça etkili olan doğum desteği, doğumda kadının yanında sürekli bulunan, ona duygusal destek veren, rahatını sağlayan, bilgilendiren, öneriler sunan birinin varlığını gerektirir (32, 86, 144).

Doğum sürecinin anlaşılması, ağrının birey için anlamı, kontrolü kaybetme ve annenin memnuniyeti de doğum ağrısını etkileyen diğer psikolojik faktörler arasındadır (44, 81, 89, 173).

2.3. Anksiyete

2.3.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, tanımlanması zor, her bireyin hayatının belirli dönemlerinde yaşadığı, çeşitli fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, iç sıkıntısı, kaygı gibi kelimelerle ifade edilebilen bir kavramdır. Ayrıca yaşamı tehdit ettiği düşünülen, rahatsızlık veren endişe ve korku duygusudur (10, 34, 90).

Bireyde anksiyete; yaş, cinsiyet, kalıtsal özellikler, duygusal durum, çevresel faktörler, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, başarı durumu, kültürel baskılar, bireyin toplumdaki yeri ve rolü gibi faktörlerden etkilenebilir (35, 125, 160).

2.3.2. Anksiyete Çeşitleri

2.3.2.1. Durumluk Anksiyete

Durumluk anksiyete, bireyin içinde bulunduğu durumu tehdit ve tehlike şeklinde algılaması ile kişide gerilim ve korku duygularıyla kendini gösteren ve geçici olan anksiyetedir (19). Durumluk anksiyetesi yoğunluk bakımından değişkendir, zamanla dalgalanmalar gösterir ve tehdit edici durumlarla ilişkilendirilir (57).

2.3.2.2. Sürekli Anksiyete

Sürekli aksiyete de kişide kaygıya olan eğilimin artması, durumluk anksiyetenin yoğunlaşması ve sürekli haline gelmesidir (19). Bireyler sürekli olarak huzursuzluk yaşar ve genellikle mutsuzdur. Özdeğerlerinin tehlike altında olduğunu

düşünmesi ya da içinde bulunduğu durumu endişe ve korku verici olarak nitelendirmesi sonucu da birey anksiyete yaşar. Bu duruma "sürekli anksiyete" denir (160).

2.3.3. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete, hafif anksiyete, orta derece anksiyete, ağır derece anksiyete ve panik derece anksiyete olmak üzere dört düzeyde tanımlanır (34, 160).

2.3.3.1. Hafif Anksiyete

Gündelik hayattaki olaylara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Hafif derece anksiyetede sıkıntılı ruh hali, endişe, korku, gerilme ve huzursuzluk görülebilir. Bireyler konsantre olabilirler ve problem çözme yetenekleri vardır. Ancak bazen bu anksiyeteye baş ağrısı, iştahsızlık, kusma ve terleme eşlik edebilir (12, 34).

2.3.3.2. Orta Düzeyde Anksiyete

Anksiyete düzeyinin artmasına bağlı kişinin çevresine olan ilgisi azalır ve birey dikkatini toplamakta sıkıntı çekebilir. Bu anksiyetede kas gerilimi artar, çarpıntı, baş ve karın ağrısı, davranış bozukluğu gibi belirtiler ortaya çıkabilir (12, 34).

Anksiyetenin hafif ve orta düzeylerinde öğrenme yer alabilir ve bireyin gelişmesini ve olgunlaşmasını sağlar (34).

2.3.3.3. Şiddetli Anksiyete

Şiddetli anksiyetede belirtiler daha belirginleşir ve şiddetlenir. Bireyler çevredeki olayları algılamakta güçlük çekebilir ve olaylar arasında neden sonuç ilişkisi kuramayabilir. Ancak yaşadıkları fiziksel ve duygusal belirtilerin farkındadırlar. Aşırı zayıflık ya da şişmanlık hatta intihar girişimi bile görülebilir (12, 86).

2.3.3.4. Panik Anksiyete

Anksiyetenin aşırı artması ile panik durumu meydana gelir. Dış uyaranlara verilen tepki azalır, sinir sistemi ve vücut hareketlerinin birbiri ile olan uyumu bozulur. Birey anormal davranışlar gösterebilir. Baş dönmesi, boğulma ve tıkanma hissi, gerçek olmayan duygular, titreme, ataklar sırasında ölüm düşüncesi gibi belirtiler ortaya çıkar. Orta dereceden ağır dereceye doğru kişinin dikkati daha çok dağıldığı için öğrenme zorlaşır (12, 34).

2.3.4. Anksiyetenin Belirtileri

2.3.4.1. Fizyolojik Belirtiler

Sempatik sinir sisteminin aktive olması ile kalp atım hızı, solunum ve kan basıncında yükselme, çarpıntı, ağız kuruluğu, yutmada zorluk, bulantı, kusma, baş ve karın ağrısı, ishal, idrara çıkma sayısının artması, terleme, titreme, baş dönmesi, uykusuzluk, kolay yorulma ve kas gerginliği gibi şikâyetler anksiyetenin fizyolojik belirtileridir (34, 66, 80, 135).

2.3.4.2. Psikolojik Belirtiler

Anksiyete duyan kişi tedirgin, huzursuz ve çekingendir. Korku, aşırı sinirli olma, öfke, depresyon, yoğunlaşma güçlüğü yaşama, kendisini ve başkalarını eleştirme ve suçlama eğiliminde olma, cinsel isteksizlik, kontrolü sağlamada zorluk, iştahın kapanması gibi şikâyetler anksiyetenin psikolojik belirtileridir (66, 80).

2.3.4.3. Bilişsel Belirtiler

Dikkat ve yaratıcılığın azalması, unutkanlığa eğilim, karar vermede zorluk, çevreye olan ilginin azalması anksiyetenin bilişsel belirtileridir (34, 66).

2.3.5. Gebelikte ve Doğum Eyleminde Anksiyete

Gebelikte ortaya çıkan fizyolojik durumların çoğu anksiyete belirtileri ile benzerdir (10). Bu ruhsal sorunlar gebeliğin farklı dönemlerinde belirsizlik, içe kapanma, pasiflik, bağımlı olma, kendini beğenmeme, korku, durgunluk ve kaygı gibi psikolojik değişimlerle kendini göstermektedir (169, 176). Literatürde özellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde duyulan anksiyete düzeyinin, gebeliğin birinci ve ikinci trimesterine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (102, 177).

Birçok anne doğum süreci ile ilgili duygusal değişiklikleri, normal psikolojik süreçleri bilmediği, anlamadığı ya da tahmin edemediği için korku duyar. Ayrıca gebeler kontrolünü kaybetme, ağrı gibi alışkın olmadıkları durumlarla karşılaşma ihtimallerinden dolayı endişe ve anksiyete duyarlar (126, 169). Ancak duyulan anksiyete, anne ve fetüs sağlığını olumsuz etkileyebilir. Anksiyete sonucunda preeklamsi, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, konjenital kalp defektleri, bebeğin bilişsel gelişiminin bozulması, fetal stres, kanama ve doğum eyleminin uzaması ya da hızlı doğum eylemi gibi riskler oluşmaktadır (126, 150). Anne ve fetüs

sağlığına olan bu olumsuz etkilerinden dolayı hem gebelik hem de travay anında kadının anksiyetesinin azaltılması çok önemlidir.

2.3.6. Anksiyetenin Korku ve Doğum Ağrısı ile İlişkisi

Kadınlar gebelik ve doğum süreçlerinde yaşadıkları değişim, doğum ağrısı ve bu ağrı ile nasıl başa çıkacakları konusunda endişe duyarlar (30, 31, 163). Gebelik sırasında kadınların hormonlarında ve vücutlarında önemli değişiklikler meydana gelir. Bu nedenle kadın, doğum sürecinde kendini anksiyeteli hissedebilir. Kadınların anksiyete duyması normaldir ancak bazen bu duygular ağır derecede anksiyeteye ya da panik atağa dönüşebilir (30, 31). Kadınlar tarafından doğum sürecinin nasıl olacağını bilinmemesi ve doğumdan korkma anksiyeteye sebep olan faktörlerdendir (7, 69).

Anksiyete, doğum sırasında ağrı algısını kötüleştirir (87). Literatürde de durumluk anksiyete düzeyi yüksek olan kadınların ağrı seviyelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (33).

Kadınların doğum anında yaşadığı ağrı, stres ve anksiyete sonucunda sempatik sinir sistemi uyarılmaktadır. Sempatik sinir sisteminin aktive olması ile kadının plazma katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormonları, kortizol ve glukojen konsantrasyonu yükselmektedir. Yüksek seviyede katekolamin, uterusu giden kan akımını azaltarak kasların yeterli kasılmamasına neden olur. Aynı zamanda doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya ve yorgunluğa neden olur (4, 5, 11, 64, 87, 167). Sempatik sinir sisteminin aktive olması kas duyarlılığına neden olduğu gibi doğum ağrısı ve ağrı eşliğinin düşmesi ile sonuçlanır (32, 62). Bu nedenlerden dolayı anksiyete-ağrı-korku arasında kısır döngü oluşur (30, 31, 141). Doğal Doğum felsefesini savunan Dick Read de korku ve anksiyetenin kas gerilimine neden olduğunu, doğum ağrı algısını artırdığını ve bu döngünün oluştuğu görüşünü desteklemektedir (75).

Anksiyete düzeyinin artması ile ağrının şiddeti artar, ağrı artıkça gebe korkar. Gebe korktukça gerilim ve anksiyete düzeyi artar ve kontraksiyonların etkinliği engellenir. Bu durumda gevşeme sağlanamaz, ağrı daha çok artar ve böylece kısır döngü devam eder (21, 62). Bu durum doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz etkilediği için doğum sürecinde bu döngünün kırılması önemlidir (30, 64, 160). Korku

ve anksiyetenin ortadan kalkması hem kadının doğum eyleminden memnun olmasına hem de iyi bir anne bebek ilişkisi kurulmasına yardım eder (114).

Doğumda yaşanan anksiyete ve stres, doğum ağrısının şiddetinin ve annenin korkusunun artmasına neden olduğu gibi, hipoaktif doğuma, bunun sonucunda da operatif doğumlara neden olabilir. Ayrıca fetüsün kalp atımında ve kan basıncında değişikliklere neden olarak doğumdan sonraki dönemde anne ve bebek arasındaki etkileşimi olumsuz yönde etkileyebilir. Korku ve gerilim doğumdan kaçınma isteğini artırır ve doğumun zor olmasına neden olur (174). Ayrıca korku ve anksiyete pelvik taban kaslarında gerginlik yaratarak, gebe tarafından doğum anında ortaya konan uterusun itici gücüne karşı direnç oluşturmakta ve serviksın dilatasyonunu engelleyerek, doğumun birinci ve ikinci evresinin süresinin uzamasına, hatta durmasına neden olur (4, 64, 85, 133, 140, 141, 167). Doğum eyleminde uzama ise müdahaleli vajinal doğum riskinde ve acil sezaryen gereksiniminde artmaya neden olur (4, 5). Yine doğum süresinin aşırı uzaması anne ve fetüste birçok sıkıntılara yol açabilir (84, 170). Bu nedenlerden dolayı gebeye doğumda korku, ağrı ve anksiyete ile baş etmeyi öğretmek çok önemlidir (5, 110, 111). Bunun için ebeler/hemşireler ağrının fizyolojik yönünü, ağrıya verilen fizyolojik tepkiyi ve ağrının algılanmasını etkileyen faktörleri bilmeli ve her kadının ağrı deneyiminin farklı olacağını farkında olmalıdır (21).

2.4. Doğum Ağrısının Yönetimi

Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki farklı yöntem kullanılmaktadır (9, 24, 42, 103, 114).

2.4.1. Farmakolojik yöntemler

Genel ve bölgesel (reiyonal) anestezi olmak üzere iki bölümde incelenebilir. Genel anestezi, başta azot protoksid olmak üzere çeşitli inhalasyon ajanları kullanımını içerir. Bölgesel anestezi, bilinç kaybı olmadan girişim yapılacak bölgeye uygulanır. Epidural blok, spinal blok, kombine spinal-epidural blok, pudental blok, kaudal blok gibi bölgesel uygulama farklılıkları gösteren çeşitleri vardır (12, 89).

2.4.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

İlaçlar ağrıyı dindirmeye yardım ederken, nonfarmakolojik yöntemler ağrı ile başa çıkmada kadınlara yardım etmeyi amaçlar, böylece doğumdan kaynaklanan

sıkıntıları önler. Nonfarmakolojik yöntemler ilaçlara duyulan talep ve ihtiyacı azaltır ve ağrıya verilen duygusal tepkiyi ve fiziksel duyarlılığı azaltan anksiyete-ağrı-korku döngüsünün kırılmasına yardım eder (9, 40). Bu yöntemler aynı zamanda obstetrik müdahalelere olan ihtiyacı da azaltır, kadınların doğumdan memnuniyetini artırarak tatmin olmalarını sağlar (9, 24, 61). Doğumda kadının duygusal deneyimini ve kontrol duygularını artırır, kadınlara nasıl rahat edeceklerini öğretir, doğumda aktif rol almalarını ve kendi bakımlarına katılmalarını sağlar (134). Böylece kadınların önceki olumsuz doğum deneyimlerinden kurtulmalarına fırsat verir (37). Kadının güçlü olması ve duygularını kontrol edebilmesi doğum süresini azaltmada da etkinlik yaratır (114). Ayrıca ucuz, kullanımları kolay, herhangi bir olumsuz etkisi bulunmamakla beraber hem anne hem de bebek için oldukça güvenlidir (9, 68, 76, 86, 137, 166).

İlk defa gebe kalan kadınlar stresli bir doğum eylemi geçirebilir, iş birliği içinde olmayan davranışlar gösterebilirler. Bu yüzden doğum ağrısı ve anksiyete ile başa çıkmak için gebelerin bu konuda bilgilendirilmeleri önemlidir (82). Zaten günümüzde bu yöntemlerin eğitimi, özellikle doğuma hazırlık sınıflarında yapılmaktadır. Bu yöntemlerin öğretilmesi için en ideal zaman doğum öncesi dönemde ikinci trimester ile miyandan birkaç hafta öncesine kadar olan dönem iken, doğum anında doğum eyleminin latent fazıdır. Çünkü latent fazda doğum ağrısının şiddetinin diğer fazlara göre düşük olması ve gebenin odaklanması daha kolay olduğu için bu fazda verilen eğitim, gebe tarafından etkin bir şekilde anlaşılabilir (86).

2.4.2.1. Gevşeme Teknikleri

2.4.2.1.1. Biyolojik Geri Bildirim (Biofeedback)

Biofeedback, kişinin bilinçli olarak anlamadığı, farkında olmadığı normal ve normal dışı vücudumuzda oluşan fizyolojik tepkilerin bir monitör yardımıyla takip ve kontrol edilmesini içerir. Monitör sayesinde, uzman bir kişinin yardımı ile deneme ve odaklanma sayesinde kontrolsüz olan vücut fonksiyonlarının birey tarafından kontrol edilebilmesine destek olur. Ayrıca ağrının daha az algılanmasını ve anksiyetenin azalmasını sağlar. Biofeedback makineleri; kas gerginliği, ateş, beyin dalgalarının aktivitesi, kalp hızı ve kan basıncındaki değişiklikler gibi bazı vücut sinyalleri hakkında da bilgi verir (8, 16, 34, 57).

2.4.2.1.2. Hareket/Pozisyon Değişiklikleri

Doğumun seyri ve evrelerine göre sık sık pozisyon değiştirme, hareketliliği ve uterin aktiviteyi artırarak bireyin rahatlamasına yardımcı olur. Aynı zamanda aktif hareketlerle kişinin kontrol duygusunun gelişmesini sağlar. Doğum sürecinde deride uyarı sağlayan pozisyon değişiklikleri, yerçekimi ve pelvisteki şekil değişiklikleri sayesinde fetüsün rotasyonunu kolaylaştırarak doğumun hızlanmasına yardımcı olabilir. Doğum eyleminin ilerlemesini yavaşlattığı ve vena kava üzerine olan baskıdan dolayı kalbe dönen kan miktarını azalttığı için supin pozisyonlarından kaçınılmalıdır (20, 32, 86, 122).

2.4.2.1.3. Hipnoz (Sofroloji)

Hipnoz, özel düş, düşünce ya da hisleri kontrol etmek amacıyla kişinin dış dünyaya karşı dikkatini dağıtmak ve farkındalığını azaltmak için kullanılan gevşeme tekniğidir (100, 121). Hipnotik yöntem kişinin kendi iç dünyasına yoğunlaşmasını ve gücüne güvenmesini gerektirir (53). Solunum ve gevşemeye odaklanarak, ağrı algısını ve memnuniyetsizliği azaltır (48, 92).

Doğum sırasında oldukça endişeli olan anne için, kişinin kendine olan güvenini ve rahatlığını artırdığı gibi, etkili olursa sağlık bakım sisteminin maliyetini azaltabilir (121). Antenatal ve intrapartum dönem sırasında uygulanması kadının korku duygularını azaltır. Ayrıca bu dönemlerde hipnoz kullanan kadınların doğumdan önce beklenen seviyeler ile karşılaştırıldığında korku ve anksiyete düzeylerinin daha az olduğu, daha pozitif doğum deneyimi yaşadıkları, daha az acil durum ile karşılaştıkları ve daha az isteğe bağlı sezaryen oldukları belirtilmiştir (152). Yapılan çalışmalarda hipnozun, gevşeme eğitimi ya da eş desteği alan kadınlarla karşılaştırıldığında ağrı yoğunluğunu azalttığı, doğum süresini ve hastanede kalma süresini kısalttığı görülmüştür (100). Aynı zamanda daha iyi analjeziye neden olur ve doğumu hoş bir tecrübe haline getirerek daha doyum verici bir deneyim olmasını sağladığı gösterilmiştir (8, 159). Ekipman gerektirmemesi, fetüs ve yenidoğan üzerine yan etkisinin olmaması gibi avantajları olduğu gibi, bir hipnotiste ihtiyaç olması ve geniş bir kitleye uygulanmadığı için etkisinin genellendirilememesi, yararının çok net olmaması ve bazı bireyleri etkilememesi gibi dezavantajları da vardır (86, 103, 159).

2.4.2.1.4. Akupunktur

Vücutta bulunan özel noktaların iğnelerle manipülasyonu, uyarılması ile yapılan akupunkturun ağrıyı gidermede mekanizması açık olmamakla birlikte hipofiz bezini uyararak endorfinlerin salınımını uyardığı ileri sürülmektedir. Vücut üzerinde 12 farklı meridyen ve bunların üstünde yer alan 365 akupunktur noktası vardır. Bu noktalar sayesinde enerji akışı sağlanır. Akupunktur, bu anahtar tetik noktalara uyarı verir. Akupunktur, doğum ağrısını yönetmeye ve farmakolojik yöntemlerden kaçınmaya yardımcı olmaktadır. Akupunktur, hem el ile hem de elektriksel olarak tanımlanan akupunktur noktalarına ince steril iğneler ile uygulanabilir. Manual akupunkturda iğneler eller sayesinde ileri geri bükülür. Elektro-akupunkturda ise iğneler ya yüksek ya da düşük akımlı uyarılar ya da ikisinin birleşimi ile bağlantılıdır. Laser akupunktur gibi çeşitleri de geliştirilmiştir (8, 11, 86, 103, 104, 124, 159).

Rammero vd. (2002) akupunkturun doğum ağrısı tedavisinde kullanıldığını ve uterus kontraksiyonlarını artırarak doğum sürecini geliştirdiğini söylemiştir (131). Doğum yavaşsa, kontraksiyonlar zayıfsa ya da serviksin dilate olması, olgunlaşması yavaşsa, akupunktur noktaları kontraksiyonları düzenlemeye ve doğumun dengesini tekrardan kurmaya yardım edebilir (115, 147). Anne ve bebek için yan etkisi olmamasına karşın iyi sonuçlar elde etmek için eğitilmiş, sertifikalı bir klinisyen gerektirmektedir (47, 103, 115, 159). Akupunktur travayda ve doğumda ağrıyı hafifletmede etkili olduğu gibi tıbbi müdahale oranını, anne sağlığı hizmetlerinde önemli olan ölüm ve hastalık oranını azaltmada rolü büyüktür (96).

2.4.2.1.5. Akupressür

Geleneksel Çin tıbbından doğmuş olan akupressür deri yoluyla basınç uygulanmasıdır ve alternatif noninvazif bir yöntemdir. Akupunktur gibi vücudun aynı meridyen noktalarında kullanılmasına rağmen iğne, elektrik vb. işlemler ve uzman bir terapist gerektirmez. Akupressür hayat enerjisini artırmak ve meridyenleri uyarmak için tarak, buz kesesi, tenis topu ya da özel bir bandaj ile belli tetik noktalarda basınç ya da masaj uygulamasını kapsar. Doğum ağrısını azaltabilen akupunktur noktaları eller, ayaklar ve kulaklardadır. El parmaklarının avuç içi ile birleştiği nokta Hands points noktası, Hoko veya L1-4 olarak isimlendirilen elin başparmak ile işaret parmağı arasındaki bölge ve ayak bileğinin yaklaşık dört parmak üzerindeki nokta SP6 noktası bunlardandır. SP6 ya da SanYinJiao ağrı yönetiminde en önemli akupressür noktasıdır

ve genellikle jinekolojik rahatsızlıklarda kullanılır. Birçok çalışma SP6 noktasına uygulanan akupressürün doğum ağrısını ve anksiyeteyi azalttığını ve doğumun ilk evresinin süresini kısalttığını göstermiştir (68, 86, 93, 103, 116). Etkisi hala tam net olmamasına rağmen zararı yoktur ve teknik basittir (144).

2.4.2.1.6. Müzik ve Dans

Müzik, kişinin dikkatini ağrıdan uzaklaştırarak başka yöne çekmesini sağlar ve ağrı toleransını artırır. Müzik, endorfin salınımını artırır ve gevşemeyi başlatarak bireyi rahatlatır. Müzik dinlemeye başlamadan önce kişi rahat bir pozisyon alıp, derin bir nefes almalı ve sadece müziğe odaklanmalıdır. Müziğin kendini hafiflettiğini ve bedeninin gevşediğini hissetmelidir. Müzik, annenin, bebeğinin gereksinimlerini gidermesini ve kontrol duygusu kazanmasını sağlar. Herhangi bilinen yan etkisi olmayan bu yöntem, annenin güven duygusu ve cesaret kazanmasına, kaygısının azalmasına, ağrı kontrolüne aktif katılımına yardımcı olduğu gibi anne bebek ilişkisini de destekler (103, 124, 159). Liu vd.'nin 2010 yılında yaptıkları çalışmaya göre; müziğin doğum ağrısını özellikle doğumun latent fazındaki ağrıyı azalttığı ve anksiyete düzeyini düşürdüğü görülmüştür (98). Yine Phumdoung ve Good da sürekli sedatif müziğin şiddetli doğum ağrısını azalttığını belirtmişlerdir (127).

Dans terapisi, beden ve zihnin iş birliği ile hareketi araç olarak kullanan bir yöntemdir. Dans, hareket kontrolü, duyguların değişimi sayesinde stres ve ağrıdan kurtulma gibi olumlu etkilerle kişinin kendi hâkimiyetini kazanması sonucunda fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bütünleşmeyi sağlamaktadır (34). Dans terapisi, doğumu kolaylaştırmak ve doğumda konforu artırmak için uygulanır (8). Abdolahian vd. 2014 yılında yaptıkları çalışmada; dansın ağrı yoğunluğunu azalttığı ancak doğumun aktif fazının süresini anlamlı olarak etkilemediği gösterilmiştir (1).

2.4.2.1.7. Terapötik Dokunma (Haptonomi)

1970'lerde New York Üniversitesi'nden Dolores Krieger tarafından geliştirilen terapötik dokunma, vücuttaki enerji noktalarına dokunarak uygulanan gevşemeyi ve rahatlamayı sağlayan bir ağrı giderme yöntemidir. Terapötik dokunuş bu enerji noktalarını dengeleme ve yumuşatma ile ağrıyı azaltır. Kendine özgü teknikleri olan bu yöntem, özel bir eğitim gerektirmektedir (8, 34, 124).

2.4.2.1.8. Meditasyon

Meditasyon, kişinin iç huzuru, sakinliği kazanmasına ve özüne erişmesini sağlayan bir tekniktir (8). Orta Doğu ülkelerine ait olan ve kişinin kendi başına uyguladığı bu yöntem ile kişi kendisini gevşetebilir. Meditasyonun amacı gereksiz düşünceleri beyinden uzaklaştırıp, kişinin zihni ve vücudu üzerinde hâkimiyet kurması ve denetimin sağlanmasıdır (34, 57).

2.4.2.1.9. Yoga

Yoga, bireyin kendi iç dünyasına yönelerek, aklın ve beden bütünlük içinde kişi tarafından denetlenmesini sağlar. Doğumda yoga, kas gevşemesini sağlayarak, uygun nefes alma yöntemleriyle, anne ve fetüse gerekli olan oksijeni sağlar. Gerginliğin azalmasını sağlayarak, doğumun daha kolay ve sürecin daha hızlı olmasında rolü vardır. Gebelik sırasında yapılan yoga da annenin kas ve eklemlerindeki elastikiyeti artırarak doğuma bedensel olarak uyum sağlamasını kolaylaştırır (34, 103). Ayrıca yoga, doğum sonrası dönemde vücudun fiziksel ve ruhsal olarak iyileşme sürecini hızlandırarak karın kaslarının daha çabuk toparlanmasını sağlayabilir (8). Chuntharapat vd. (2008) gebelik sırasında uygulanan, solunum farkındalığını içeren yoga programının doğum sırasında ve doğumdan 2 saat sonra annenin huzurunu artırdığını, doğum ağrısını azalttığını ve doğumun ilk evresini ve toplam doğum süresini kısalttığını belirtmişlerdir (29).

2.4.2.2. Zihinsel/ Mental Uyarılma Teknikleri

2.4.2.2.1. Hayal Kurma

Kişide kontrol duygusunu geliştirmeyi ve gevşemeyi sağlayan hayal kurma yönteminde, kişi bir düşüye yoğunlaşır ve kendisini bu düşün içinde bulur. Kişi, düş gücünü, ağrının şiddetini azaltan duyuşsal imajlar geliştirmek için kullanır. Hayal kurma yönteminde kadın; gevşeyebileceği bir ortamda dikkatini hoşlandığı bir aktiviteyi düşünerek buna yoğunlaştırır. Hayal kurma, solunum egzersizi ve gevşeme ile birlikte kullanıldığında daha etkili sonuçlar gösterir. Düşleme, gevşeme ile beraber kas gerginliğini azaltarak anksiyete ve ağrının azalmasına yardımcı olur. Kişinin kendi başına ya da bir başkasının rehberliğinde yaptığı bu yöntem, ağrısı yokken ya da çok az ağrısı varken uygulanmalıdır. Bu teknik ile kontraksiyonlar sırasında algılanan duyuşsal uyarıların beynin korteksindeki ağrı merkezine ulaşması engellenir (57, 86,

122, 124, 160). Jallo vd. (2015) yaptığı çalışmada 12 hafta düşünme eğitimi alan grupta stres ve ilgili belirtilerin azaldığı, strese olan negatif duygusal tepkinin azaldığı, huzurun arttığı, kadınların bilinçli solunum yapmayı öğrendiği, solunuma odaklanma ile gevşeme ve sakin kalmayı sağladığı görülmüştür (73).

2.4.2.2.2. Odaklanma/Dikkat Dağıtma

Dikkat ağrıya yöneltildiğinde, ağrının şiddeti artar. Dikkati başka yöne çekme yöntemi, kişinin hoşuna giden şeyler üzerine dikkatini odaklamasını sağlayarak ağrıyı kontrol etmesine yardımcı olur. Ağrıya olan toleransı artırır ve bireyin ağrı eşliğini yükseltir. Dikkati başka yöne çekmek için kullanılan yöntemler düşünme, solunum egzersizleri, şarkı söyleme, oyun oynama, konuşma ve televizyon seyretme gibi farklı ilgi alanlarını kapsamaktadır. Eylemde gerginlik ve stresten uzaklaşarak, gevşeme tekniklerine odaklanmak, kişinin enerjisini doğum için kullanmasını sağlar. Solunum egzersizleri ve gevşemenin kullanılması dikkatin başka yöne çekilmesine yardımcı olur (57, 124, 160).

2.4.2.3. Tensel Uyarılma Teknikleri

2.4.2.3.1. Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS)

Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ağrıların nonfarmakolojik tedavilerinde uygulanan bir diğer yöntemdir. TENS, doğum analjezisinde düşük voltaj akım gönderen bir araç kullanılarak uygulanır. Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte elektrik akımlarının, ağrının geçişini engelleyen spinal kordda sinir yollarını uyardığı ve sinirlerin elektrikle uyarılmasının, vücutta doğal halde bulunan ağrıyı hafifleten maddeleri serbest hale geçirdikleri ve böylece ağrıların azaldığı düşünülmektedir. Bele uygulanan elektrotlar aracılığıyla gebe kendi kendine elde taşınabilir TENS cihazından yayılan düşük voltajlı elektrik akımlarının hem sıklığını hem de yoğunluğunu kontrol eder. TENS aynı zamanda direk olarak başa ya da akupunktur noktalarına uygulanabilir (49, 57, 137, 159).

Elektrotlar doğumun birinci evresinde, sırtta T10-L1 ve sakral bölgeye orta hatta ikinci evrede S2-S4 seviyesine yerleştirilerek uygulanır. Günümüzde de klinikte doğumun başında ağrıyı azaltmak için kullanılır ve farmakolojik müdahaleye olan ihtiyacı geciktirir (32, 48, 137, 159). TENS'in etkinliği süresine, sıklığına, uyarıcı

akımın genliğine ve elektrotların uygulama yerine bağlıdır. TENS güvenilir, anne ve bebek için yan etkisi yoktur (137, 138). TENS'in aynı zamanda; basit, kullanımının kolay ve süreklilik arz etmemesi, noninvaziv olması gibi avantajları vardır. Ancak elektronik fetal kalp hızı monitorizasyonunu bozması, aygıtın pahalı olması ve elektriksel uyarıların tolere edilememesi gibi dezavantajları vardır (157, 159).

2.4.2.3.2. İntradermal ve İntrakutan Sıvı Enjeksiyonu

Doğumda kadınların neredeyse üçte biri şiddetli bel ağrısından yakınır (94). Steril su enjeksiyonunun kullanımı, doğumun erken evrelerinde ortaya çıkan şiddetli sırt ve bel ağrısının hafiflemesinde yardımcı olabilir. Steril su genellikle intrakutan olarak yaklaşık sakrum bölgesine karşılık gelen belde dört bölgeye uygulanır. Küçük steril su kabarcıkları derinin dermal tabakası arasına yaklaşık 0,1 ml su enjekte edilerek uygulanır. İki tanesi lumbosakral spina bölgenin 3-4 cm yanına, diğer ikisi 2-3 cm aşağısına ve ilk noktanın 1- 2 cm medialine yerleştirilir. Enjeksiyonlar subkutan (derialtına) olarak da verilebilir ve farklı sayıda enjeksiyonlar kullanılabilir. Steril su enjeksiyonu kullanımı kolay, ucuz, uygulama yerinde geçici ağrı dışında herhangi bilinen riski olmayan bir yöntemdir (45, 72).

2.4.2.3.3. Yüzeysel Sıcak Uygulama

Ağrının giderilmesinde uygulanan sıcak uygulama etkili, ucuz ve kullanımı kolay bir yöntemdir. Sıcak uygulama, beden her hangi bir bölgesinde yaklaşık 40-45°C'lik bir ısı sağlayan maddenin veya aracın deriye temas etmesini içerir. Ilık kompresler lokal olarak uygulanabileceği gibi, tüm vücut, ılık bir battaniye ile sarılabilir. Sıcak uygulama kapı kontrol mekanizmasını harekete geçirir, dokunma reseptörlerini aktive eder. Isı vazodilatasyon ile kas spazmını çözerek, kan akışını hızlandırır, endorfinlerin salınımı artırarak ve ağrı eşiğini yükselterek kişide sedasyon etkisi yaratır ve rahatlamayı sağlar. Isı genellikle doğumun son evresi sırasında kadının sırtına, alt karına, kasıklarına ve perineye uygulanır (57, 124, 144, 157). Taavoni vd. (2013) yaptıkları çalışmada doğum sırasında perine- sakruma uygulanan ısı terapisinin ağrıyı azalttığı ve annenin doğum deneyiminden tatminini artırdığı görülmüştür (158).

2.4.2.3.4. Yüzeysel Soğuk Uygulama

Soğuk uygulama, bedenin herhangi bir bölgesine soğukluk veren bir maddenin veya aracın uygulanmasını içerir. Soğuk uygulama yapılan bölgede damarlarda vazokonstriksiyon olur. Kas ısını düşürerek gerilmeye olan hassasiyeti ve deri duyarlılığını azaltır. Soğuk uygulama, ağrıyı ödem ve kas spazmını yok ederek periferik sinirlerin iletiminin hızını azaltarak ya da engelleyerek azaltmaktadır. Ayrıca kapı-kontrol mekanizması ile dokunma reseptörlerini de uyarak ağrıyı azaltmaktadır. Soğuk uygulama, sıcak uygulamaya göre ağrının giderilmesi üzerinde daha uzun süreli etki yapar (57, 124, 144). Bölgesel soğuk uygulama, doğum ağrısını azaltmak için sırt, anüs, perineye geniş yüzeysel soğuk buz masajı şeklinde uygulanan bir nonfarmakolojik yöntemdir. Bu amaçla buzlu lateks eldiven, oklava, buzlu nemlendirilmiş havlu, dondurulmuş jel ya da pirinç paketi gibi farklı araçlar kullanılır (141, 144). Shirvani ve Ganji'nin (2013) yaptığı çalışmada soğuk uygulama yapılan grubun ağrı düzeyi daha düşük ve doğum sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür (141).

2.4.2.3.5. Hidroterapi- Banyo/Duş

Hidroterapi, kadının ılık suyu rahatsızlığının giderilmesi için kullandığı bir yöntemdir. Sıcaklık ve suyun kaldırma kuvveti kas gerginliğini azaltmaya yardım ederek, ağrı ve anksiyeteyi önemli ölçüde azaltır. Gevşemeyi sağlar, oksitosini artırır ve aktif fazı hızlandırır. Derideki sinirlere sakinleştirici bir uyarı veren sıcak su, vazodilatasyonu sağlar, sempatik sinir sisteminin cevabını geri çevirir ve katekolaminlerde azalmaya neden olur. Hidroterapiye aktif fazda iken (dilatasyon>5cm) başlanması önerilmektedir. Banyo süresi genellikle 1-2 saat ile sınırlı olan hidroterapide suyun sıcaklığı vücut ısını geçmemelidir. Çoğu kadın üzerinde ağrıyı gidermede etkili olan hidroterapinin yararları ve riskleri hala tam olarak bilinmediği için bu süreçte fetüsün monitörizasyonu devam ettirilmelidir (86, 144, 157).

Ilık duşun terapötik etkisi sayesinde doğum eyleminde ağrıyı azaltmada ve rahatlığı sağlamada rolü büyüktür. Su, hedef dokulara istenen terapötik sıcaklığı iletir. Ucuz, uygun ve uygulanması kolaydır. Bu müdahale doğum sürecine kadının tamamen katılmasına, sürekli bakım desteği kazanmasına, rahat hissetmesine ve daha pozitif

doğum deneyimi yaşamasına yardım eder. İlık düşün ağrı seviyesini ve anksiyete düzeyini azalttığı görülmüştür (2).

2.4.2.3.6. Masaj

Masaj, vücudun yumuşak dokularına yapılan kasıtlı ve sistematik manüplasyondur (159). Masajın kortizol ve norepinefrin seviyelerinde azalma, serotonin seviyelerinde artma, endorfin salınımını uyarma, dokular için artan oksijen desteği ve lenf sistemi yoluyla toksin atılımı kolaylaştırma gibi mekanizmalar aracılığı ile doğum ağrısını dindirdiğini açıklayan birkaç teori vardır. Doğum ağrısını azaltmak için kullanılan masaj, ağrıyı dindirmesinin yanı sıra, gebe ile fiziksel kontakt ve güçlendirici gevşeme etkisi sağlar ve duygusal stresi azaltarak duygusal deneyimi geliştirir (143, 149). Masaj, kontraksiyonlar sırasında ya da aralarında doğumun herhangi bir zamanında yapılabilir (122, 144). Kadının dikkatini ağrı ve rahatsızlıktan uzaklaştıran masaj yöntemi, dolaşımı sağlayarak kalbin pompalama gücünü artırır, kas spazmını azaltarak kasların gevşemesini ve kişinin rahat etmesini sağlar (86, 124). Prenatal dönemde uygulanan perine masajının epizyotomi oranını ve dolayısıyla perineal travmayı azalttığı görülmüştür (139). Aynı zamanda buz masajının da ağrıyı azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (26, 145).

2.4.2.3.7. Aromaterapi

Fiziksel ve ruhsal rahatlığı sağlamak için, altmış çeşitten fazla şifalı bitkiden yararlanılarak yüksek yoğunluklu yağların ve kokuların kullanılması esasına dayanan doğal bir tedavi yöntemidir. Aromaterapide yağlar genellikle, masajın teröpatik etkisiyle buluşmaktadır. Aromatik ajanlar banyo suyuna eklenerek, elbise ve yatak takımlarına serpiştirilerek, tütsü olarak yakılarak, inhaler olarak, kompres ve mekânın kokulandırılması ile de kullanılabilir. Aromaterapide kullanılan lavanta gibi yağlar kontraksiyonlar arasında solunduğunda, ağrıyı dindirmek için vücutta endorfin üretilir. Aromaterapi bedenin ve ruhun dengede kalmasını sağlar, hoş bir koku solunarak gevşemeyi sağlar, anksiyeteyi, korkuyu ve ağrıyı azaltır. Aromaterapinin ağrı yönetimi konusundaki yararları hakkında yapılan randomize kontrollü çalışmalarda etkinliği yetersiz olduğu için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (82, 101, 103, 146).

2.4.2.3.8. Refleksoloji

Reflesoloji, akupunktur temeline uygun olan özel refleksoloji noktalarına basınç uygulayarak, vücudun her bir parçası ile bazen avuç içleri ile vücut üzerindeki bütün dengeyi geliştiren bir yöntemdir. Vücudun bazı bölgelerine sıkıca bastırmak veya masaj yapmak insanın psikolojik tepkisini etkiler ve vücudun farklı organlarında rahatlığa ve hafifliğe, fizyolojik tepki ve iyileşmeye neden olur. Kalsiyum ve ürik asit kristallerinin serbest bırakılması, gelişen kan dolaşımı, otonom sinir sistemi üzerinde yatıştırıcı etkisi, enerji ya da zihinsel mekanizmalarının etkisi, kapı kontrol teorisi, sinir dürtü kuramı, endorfin salgılanmasını içeren birçok refleksoloji teorisi vardır. Doğum sırasında da ağrı, anksiyete ve stresin azalması için hipofiz bezleri, hipotalamus, sinir uçları ve uterusun uyarısından yararlanılır. Doğumda ağrı yoğunluğunu azaltır ve doğum ilk evresinin süresini kısaltır (34, 46, 68, 114, 149, 171). McNeill vd. (2006) tarafından yapılan çalışmada antenatal dönemde uygulanan refleksolojinin doğum ağrısının yoğunluğunu ve doğum süresini azalttığı görülmüştür (106).

2.4.2.4. Solunum Teknikleri

Solunum, bilinçli olarak kontrol edilebilen bir özelliğe sahiptir. Bilinçli solunum, nefes alıp vermeye odaklanarak nefesin etkilerini hissetmektir. Öğrenmesi kolay, stresi azaltmada etkili ve ekonomik bir yöntemdir. Doğumda artan metabolik gereksinimlerin karşılanması ve doğum ağrıları ile etkin bir şekilde başa çıkabilmek için kontrollü solunuma ihtiyaç vardır. Bilinçli solunum doğru uygulandığında, kadının ağrı eşliğini artırır, gevşemeyi sağlar ve uteroplasental dolaşımı kolaylaştırır. Gevşeme ile birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır (20, 83, 86, 89, 132). Kontrollü, bilinçli solunum, özellikle en yararlı olan yavaş, derin solunum, kadının odaklanmasını ve vücudunun farkında olmasını sağlar (20, 99).

Geçmişten günümüze kadar doğumda çeşitli solunum teknikleri kullanılmıştır (20). Bu tekniklerden en çok kullanılanlar ise Doğal Doğum (Dick Read) ve Lamaze tekniğidir (12). Dick Read ve Lamaze yaklaşımlarının ilkeleri bugün birçok doğuma hazırlık eğitim programlarının temelini oluşturmaktadır. Bu tekniklerin ortak yönü, gebelere sağlıklı gebelik, fiziksel egzersiz, doğumun anatomisi ve fizyolojisi üzerine eğitimler vermeleridir. Ayrıca doğum korkusu ve anksiyetenin azalmasını sağlamak amacıyla herhangi bir aile üyesinin desteği ile gevşeme ve solunum tekniklerinin

kullanılmasını sağlar. Bu yaklaşımların esası, gebelerin doğum için kendi vücutlarını tanıması ve geliştirmesidir (60).

Lamaze solunum modeli dört aşamada uygulanır. Bunlar: (89)

“İlk düzey (Normal solunum); *Burundan nefes alıp sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verilir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder. Solunum hızı 15 sn'de iki kezdir. Latent fazın başlarında uygulanır”* (86, 89, 160).

“İkinci düzey (Yavaş-derin göğüs solunumu); *Bu tekniğin öğretilmesi oldukça basittir. Bu solunum tekniği aktif doğum eylemi başlayana kadar kontraksiyonlarla baş etmede destek sağlar. Özellikle oluşan gerilimi gevşetmeyi sağlar. Normal bir solunum ile başlar ve biter. Burundan nefes alınır ve ağızdan verilir. Başlangıçta normal solunum yapılır. Sonra burundan 5 sn. nefes alınır ve ağız yoluyla nefes 5 sn'de dışarı verilir. Solunum hızı dk'da ortalama 6-12 sn arasında değişir. Kontraksiyon süresince yavaş ve derin göğüs solunumu sürdürülür”* (86, 89, 160).

İkinci düzey solunum tekniği, kadının rahatlamasına ve konsantrasyonuna yardım eder. Myometriyuma oksijen gitmesini böylece ağrının az hissedilmesini sağlar (157).

Normal Solunum

Nefes alınır -- 2--3--4--5; Nefes verilir -- 2--3--4--5

Nefes alınır -- 2--3--4--5; Nefes verilir -- 2--3--4--5

Nefes alınır -- 2--3--4--5; Nefes verilir -- 2--3--4--5

Nefes alınır -- 2--3--4--5; Nefes verilir -- 2--3--4--5

Normal Solunum

Şekil 2.1. İkinci düzey (Yavaş-derin göğüs solunumu)

Yıldırım (180)'dan alınmıştır.

“Üçüncü düzey (Hızlı-yüzeysel göğüs solunumu); *Bu teknik sesli solunum olarak da isimlendirilir. Öğrenilmesi biraz zordur ama öğrenildiğinde etkinliği yüksektir. Dikkati başka yöne çekmede ve enerji kaybını önlemede rolü fazladır. Bu solunum tipi bir köpek yavrusunun nefes nefese kalması şekline benzetilir. Nefes vermeye "hii"*

ya da "hoo" sesleri eşlik eder. Solunum karın kaslarını kullanmaksızın üst göğüs kaslarını kullanarak yapılması gerekir. Her bir kontraksiyon normal solunum ile başlar ve biter. Kontraksiyon şiddetlendikçe solunum hızı da gittikçe arttırılır. Kontraksiyonlar durulmaya başladığında solunum hızı da yavaşlar. İki kontraksiyon arasında normal solunuma devam edilir. Hiperventilasyonu önlemek için havayı eşit değiştirmek önemlidir. Nefes ağızdan alınıp ağızdan verilir. Bu nedenle ağızda kuruluk oluşabilir. Böyle durumlarda dudakların ıslatılması anneyi rahatlatır. Solunum hızı sn'de yaklaşık iki solunum olacak şekilde olmalıdır. Bu solunum tekniği daha çok aktif fazda uygulanır” (86, 89, 160).

Normal Solunum
 ...HA...HA...HA...HA...HA...HA...
 ...HA...HA...HA...HA...
 ..HA..HA..HA..HA..
 .HA.HA.HA.HA.
 .HA.HA.HA.HA.
 ..HA..HA..HA..HA..
 ...HA...HA...HA...HA...
 ...HA...HA...HA...HA...HA...HA...

Normal Solunum

Şekil 2.2. Üçüncü düzey (Hızlı-yüzeysel göğüs solunumu)

Yıldırım (180)'dan alınmıştır.

“Dördüncü düzey (Üfleme-abdominal solunum); Bu teknikte nefes ağızdan alınıp verilir. Bu daha çok hızlı yüzeysel solunum tipine benzer ama burada solunum sırasında hava, sanki bir mumu üfler gibi dışarı verilir. Nefes alma sırasında abdomen dışa doğru, nefes verme sırasında içe doğru çekilir. Solunum hızı dk'da 6-9 kezdir. Solunuma 6:1 oranında başlanır. Yani 6 kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme tarzında solunuma başlanır. Kontraksiyon şiddetlendikçe oranda düşürülür. 6:1, 5:1, 3:1, 2:1 şeklinde solunuma devam edilir. Bu teknikte nefes alınıp verilirken abdomende yükselmeler ve alçalmalar görülür. Kontraksiyonun başında ve sonunda normal solunum yapılıır.

Üfleme tekniğinin hızlı ve yüzeysel olmasına özen gösterilmelidir. Ancak arka arkaya hızlı- yüzeysel solunum yapıldığında hiperventilasyon oluşacağından alınan ve verilen hava miktarının eşit olmasına özen gösterilmelidir” (86, 89, 160).

Normal solunum
 HA....HA....HA....HA....HA....HA....HOO
 HA...HA...HA...HA...HA...HOO
 HA..HA..HA..HA..HOO
 HA.HA.HA.HOO
 HA.HA.HOO
 HA.HA.HOO
 HA.HA.HA.HOO
 HA..HA..HA..HA..HOO
 HA...HA...HA...HA...HOO
 HA....HA....HA....HA....HA....HA....HOO

Normal solunum

Şekil 2.3. Dördüncü düzey (Üfleme-abdominal solunum)

Yıldırım (180)'dan alınmıştır.

Doğum anında dilatasyon tamamlandıktan sonra ıkın-ma istemsiz olarak meydana gelir. Bebeğin başının inmesi ile pelvis tabanındaki gerilim sinir uçlarını uyararak ıkın-ma hissinin oluşmasına neden olur. İkın-ma anında karın kasları ve diyafram kullanıldığı için, ıkın-ma öncesi karın solunumu yapmak gerekir (122, 157). Kontraksiyon başladığında iki kez derin nefes alıp verilir, üçüncü nefes hızla ağızdan alınıp tutulur ve karın sanki defekasyon yapıyormuş gibi aşağı doğru itilir. Nefes tutarken anneden ıkın-ması istenir. Kendini rahat hissettiği sürece nefesini tutarak ıkınır. Daha sonra hızla nefes boşaltıp tekrar alarak tekrar ıkınır. Kontraksiyon bittiğinde derin bir solunum yapılır (20, 113).

Kontraksiyon aralarında annenin gevşemesi ve dinlenmesi sağlanmalı ve gerektiğinde kısa kısa soluk alıp verilmeli yani karın solunumu yerine göğüs solunumu yapılmalıdır. Doğum eyleminde bebek başı çıkacağında nefes tutulmadan ıkınılmalı, kısa kısa soluk alıp verilmeli, böylelikle perine kaslarının gevşemesi sağlanmalıdır. Doğum sırasında bazen kuvvetli ıkın-ma yerine daha hafif bir ıkın-ma gerekebilir. Bu

durumda tam nefes tutmak yerine hafifçe "sss" veya "mmm" sesi çıkararak nefes boşaltılır (20, 32, 86).

Solunum teknikleri doğru olarak kullanıldığı takdirde kas gevşemesini, doğum sürecine kadının oryante olmasını ve kadının doğuma aktif olarak katılımını, doğumun ilerlemesini ve uterus kontraksiyonları ile başatmasını sağlar (31, 160, 172). Kadının dikkatini ağrıdan uzaklaştırır ve ağrıya dengeli yanıt vererek otomatik cevap oluşturur. Gebelik ve doğum sırasında uygulanan solunum teknikleri gevşemeyi artırabilir. Gevşeyen anne ağrıya daha pozitif cevap verir. Ayrıca, farmakolojik analjeziye olan ihtiyacın azalmasını sağlar (15, 82, 96, 105, 129, 170). Doğum sırasında solunum ve gevşeme tekniklerini kullanmak özellikle latent ve aktif fazda uzun süre anksiyetenin düşük seviyelerde kalmasını sağlar (172). Gebeler, kontraksiyonlar sırasında gevşer ve uygun solunum tekniklerini kullanarak kontrollü ve bilinçli nefes alıp verebilirlerse, doğum süreçlerinin kısılacağı da bildirilmektedir (109, 120). Ayrıca Adams vd.'nin (2015) yaptıkları çalışmaya göre solunum teknikleri kullanan kadınların kullanmayanlar ile karşılaştırıldığında vajinal yırtıklarının ve forseps/vakum kullanma oranlarının daha az olduğu, yenidoğanın emme, annenin emzirmeye başlama ve 6 hafta boyunca emzirmeye devam etme durumlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda solunum tekniklerini kullanan kadınların bebeklerinin daha az özel bakıma ihtiyaç duydukları görülmüştür (3).

Literatürde solunum tekniklerinin masaj, kas gevşemesi, görselleştirme gibi diğer nonfarmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması daha etkili sonuçlar göstermektedir (6, 12, 105, 170, 182).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, doğumhane servisine başvuran gebelere travay sırasında verilen solunum teknikleri eğitiminin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane servisinde, 19.03.2016-29.11.2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ilde kamuya ait tek hastane ve travay odalarının gebeleri daha rahat izlemeye olanak sağlayacak şekilde düzenlenmiş olması nedeniyle seçilmiştir.

Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane servisi, iki travay, iki doğum, bir preeklampsi, bir lohusa odası ile hizmet vermektedir. Ayrıca Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstatistik Biriminden alınan verilere göre; 2015 yılında 741'ü normal vajinal doğum, 1002'si sezaryen doğum ile toplam 1743 doğum gerçekleştirilmiştir (161).

Doğumhanede hekimlerin kontrolünde doğumu hızlandıran bazı müdahalelere başvurulmaktadır. İntavenöz oksitosin uygulaması (%5 Dextroz 500 cc içine 1 amp sympitan ya da %5 dextroz 1000 cc içine 2 amp sympitan 4-6 mU/dk'da başlanır. Her 20 dk da bir 4-6 mU/dk doz artırılır), servikal olgunlaşmayı sağlamak için propress uygulaması, amniyotomi, lavman uygulamaları, ayrıca serviksin dilatasyonunu sağlamak ve ağrının azaltılmasına yardım etmek için epidosin ve dolantin türevi ilaçlar (buscopan) yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, 01.01.2015-15.12.2015 tarihleri arasında Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane servisine ilk doğumunu yapmak üzere başvuran ve normal doğum yapan 263 nullipar gebe oluşturmaktadır (161).

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü ise; G Power 3.0.10 programında güç analizine göre bağımsız gruplarda t testi kullanımı için; %95 güven aralığında,

alfa=0.05 yanılığı payı ile %80 güce sahip, orta etki büyüklüğünde, bağımsız 2 grup oluşturmuştur. Deney grubunda 35 ve kontrol grubunda 35 olmak üzere toplam 70 nullipar gebe, araştırmanın örnekleme alınmıştır. Araştırmadan kayıpların yaşanılacağı düşünülerek veri toplama süresince hastaneye doğum yapmak üzere başvuran, örnekleme dâhil edilme kriterlerine uygun 92 gebe araştırmaya alınmıştır. Ancak araştırma sürecinde, iki gebe mekonyum aspirasyonu, sekiz gebe fetal distres, on gebe ilerlemeyen eylem nedeniyle sezaryen ile doğum yapması, bir gebede doğum sonu kanama gelişmesi ve bir gebenin de vakumla doğum yapması nedeniyle toplam yirmi iki gebe araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Sonuç olarak araştırma deney grubunda 35, kontrol grubunda 35 olmak üzere toplam 70 gebe ile sonlandırılmıştır.

Gebelerin örnekleme dâhil edilme kriterleri;

- Tek, sağlıklı, verteks pozisyonunda fetusa sahip olan,
- 18-35 yaş arası gebe olan,
- Miadında 38-42. gestasyon haftasında olan,
- Spontan vajinal doğum yapması beklenen,
- Herhangi bir gebelik komplikasyonu olmayan (Plasenta previa, preeklampsi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos, kontraksiyon anomalileri, pozisyon/prezentasyon bozukluğu, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, makrozomik bebekler, fetal distres v.b.),
- Normal doğuma engel teşkil edecek herhangi sistemik ve nörolojik hastalığı olmayan,
- Eylemin latent fazının başında olan (0-1 cm dilatasyon),
- Nullipar,
- Yazılı ve sözlü iletişim kurabilen,
- En az okuryazar olan,
- Araştırmayı kabul eden gebeler seçilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Solunum teknikleri

Bağımlı değişkenler: Travay süresi ve durumluk anksiyete düzeyi

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Araştırmanın Uygulanması Sırasında Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın yapıldığı hastanede doğum eylemini hızlandırmak amacıyla hemen hemen her gebeye oksitosin indüksiyonu uygulaması yapılmaktadır. Hastanenin rutin uygulamalarına müdahale edilemediğinden hem deney, hem de kontrol grubundaki gebelere oksitosin indüksiyonu uygulanmıştır.

Araştırmanın sınırlılığı, uygulamaya sadece nullipar gebeler alındığı için, bu araştırmanın sonuçları sadece örneklem grubuna genellenebilir.

Araştırma kapsamına alınan gebeler doğum eyleminin başından, doğumun ikinci evresinin sonuna kadar izlenmiştir. Araştırmaya alınan gebelerin nullipar olması, doğum sürecinin uzamasına neden olmuştur. İzlem süresi on sekiz saatten uzun süren gebeler takip edilmiştir. Bu durum araştırmacının gece, gündüz uzun süre hastanede, gebelerin yanında kalmasını gerektirmiştir.

Araştırma sürecinde toplam yirmi iki gebe bazı nedenlerden dolayı araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Bu durum araştırmacının toplam vaka sayısına ulaşma süresini uzatmıştır. Aynı zamanda hastanede normal vajinal doğum sayısı yeteri kadar fazla olmadığı için haftada bazen sadece bir gebenin izlenmiş olması da araştırma süresinin uzamasına neden olmuştur.

Doğumu hızlandıran müdahalelerin bazı gebelerde uygulanması, bu faktörlerin etkilerinin sınırlandırılmamasına neden olmuştur. Bu nedenle indüksiyon, amniotomi, epidosisin, epizyotomi gibi uygulamalar travayın süresini etkilemiş olabilir.

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, gebelerin sosyo-demografik, şu anki gebeliğine ait özelliklerini saptamak amacıyla araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (EK 1), travay süresini izlemek için Doğum Eylemi İzlem Formu (EK 3) ve anksiyete düzeylerini ölçmek için Spielberger vd. tarafından geliştirilmiş olan Durumluk Anksiyete Ölçeği (EK 2) kullanılmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Gebelerin tanımlayıcı özelliklerini, gebelik öyküsünü ve özelliklerini, doğuma dair beklenti ve görüşlerini, solunum teknikleri hakkında bilgi durumunu, doğum ve travaya ait özelliklerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu;

- Gebeye ait yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşlerinin eğitim durumu ve mesleği, aylık gelir, aile tipi gibi sosyo-demografik özellikleri,
- Şu anki gebeliğine ait özelliklerin yer aldığı obstetrik öykü, prenatal bakım alma durumları,
- Gebelikleri süresince sigara içme, sorun yaşama ve doğumla ilgili hikâyeler dinleme durumları,
- Travay anından dolayı anksiyete duyma durumları ve sebepleri,
- Solunum teknikleri hakkında bilgi varlığı ve doğum öncesi hazırlık kursuna katılma durumları ile ilgili sorulardan oluşmaktadır (EK 1).

3.6.1.2. Durumluk Anksiyete Ölçeği

Durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger vd. tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından 1974-1977 yıllarında yapılmıştır. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği, iki ayrı formdan oluşan toplam 40 maddelik bir ölçektir. Durumluk Anksiyete Ölçeği; kişinin belirli bir zamanda ve koşullar altında içinde bulunduğu duruma dair duygu ve hislerini düşünerek cevaplamasını gerektiren yirmi sorudan oluşmaktadır. Durumluk Anksiyete Ölçeği, kişinin içinde olduğu ana ait yaşadığı duygu, düşünce veya davranışları şiddet derecesine göre (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamen gibi şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırmasını içerir. Ölçekte tersine dönmüş 10 ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddelerdir. Geri kalan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler ifadeyi doğrudan ölçer.

Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları; tersine döndürülmüş ifadeler ise olumlu duyguları göstermektedir. Doğrudan ifadelerde; 4 değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu, 1 değerindeki cevaplar ise anksiyetenin düşük olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi, 4 değerindeki cevaplar düşük anksiyeteyi gösterir. Tersine dönmüş ifadeler

puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e; 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür.

Puanlamada, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bulunan sayıya elli eklenir. En son elde edilen değer bireyin anksiyete puanıdır. Yüksek puan yüksek anksiyete düzeyini, düşük puan ise düşük anksiyete düzeyini gösterir. Elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği'nde; 0-19 puan: Anksiyete yok, 20-39 puan: Hafif anksiyete, 40-59 puan: Orta düzeyde anksiyete, 60-79 puan: Ağır düzeyde anksiyete, 80 puan: Şiddetli anksiyete (Panik) olarak değerlendirilmektedir (66) (EK 2).

Spielberger Durumluk Anksiyete Ölçeği güvenirlik katsayısı 0.94 ile 0.96 arasındadır. Araştırmamızda yapılan güvenirlik analizi sonucunda Durumluk Anksiyete Ölçeği Cronbach's alfa değeri latent fazın başında 0.904; latent fazın sonunda 0.899; aktif fazın sonunda ise 0.916 olarak bulunmuştur (>0.70).

3.6.1.3. Doğum Eylemi İzlem Formu

Doğum eylemi izlem formu;

- Solunum teknikleri eğitiminin verilmeye başlandığı saati,
- Servikal dilatasyon ve efasman olaylarının başlama saatini,
- Doğum eyleminin başlama zamanını,
- Doğum eylemi evrelerinin başlama saatini ve süresini,
- Bebeğin doğum saatini içeren bölümlerden oluşmaktadır.

Araştırmada yapılan uygulamaların doğum eyleminin süresine etkisinin olup olmadığını değerlendirmek için, bu form kullanılmış ve doğum eyleminin tüm evrelerinin süresi bu forma kaydedilmiştir (EK 3).

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

3.6.2.1. Ön Uygulama Aşaması

Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda geliştirilen Kişisel Bilgi Formu ve Doğum Eylemi İzlem Formu, Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum salonuna doğum yapmak üzere başvuran, araştırma kriterlerine uygun olarak seçilen 10 nullipar gebeye ön uygulama yapılarak değerlendirilmiştir. Yapılan ön uygulama sonrası veri toplama formlarında

herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan gebeler araştırma gruplarına dâhil edilmemiştir.

3.6.2.2. Uygulama Aşaması

Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane servisine başvuran ve örnekleme dâhil edilme kriterlerine uyan gebeler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada deney ve kontrol olmak üzere 2 farklı müdahale grubu bulunmaktadır. Deney grubundaki gebelere doğum eyleminin latent fazında solunum teknikleri eğitimi verilmiştir ve her fazda uygun solunum teknikleri eğitimi uygulanmıştır. Araştırmacı yapılan müdahale ile ilgili olarak Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi Kursu (EK 9) ve EFT ile Doğuma Hazırlık Kursu'na (EK 10) katılmış ve başarı ile tamamlamıştır. Kontrol grubunda yer alan gebelere ise rutin hastane uygulamaları dışında hiçbir müdahale yapılmamıştır.

Araştırmacının doğumhanede olduğu günlerde, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan gebeler randomize yöntem ile seçilmiştir. Gebeler, randomize yöntemle bir deney grubu, bir kontrol grubu olacak şekilde sıra ile gruplara atanmıştır. Ancak travay odaları iki kişilik olan doğumhanede, gebeler aynı odada takip edildiği ve gebeye ait tek oda bulunmadığı için araştırma kapsamına alınan gebelerin, diğer gebeden etkilenmemesi adına aynı odada bulunan gebelerin aynı gruba (deney ya da kontrol) alınmasına dikkat edilmiştir.

Araştırmanın başlangıcından itibaren gebelerin servikal dilatasyonları düzenli olarak doğum salonunda çalışan hekimler ve özellikle ebeler tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin toplanması sırasında kliniğin işleyişinde bir değişiklik yapılmadığından gebeler rutin bakım ve tedavilerini almışlardır.

Deney Grubuna Yönelik Yapılan Uygulamalar

Verilerin toplanması için öncelikle araştırma sınırlılıkları dâhilinde uygun olan gebeler tespit edilmiştir ve her iki grupta bulunan gebelere de araştırmanın amacı ve nasıl uygulanacağı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Gebelerin onayı alındıktan sonra latent fazda gebelere Kişisel Bilgi Formu, Durumluk Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır ve Doğum Eylemi İzlem Formu'nda gerekli yerler zamanı geldikçe sıra ile doldurulmuştur.

Deney grubundaki gebelere bu formlar uygulandıktan sonra, doğum eylemi hakkında bilgi verilmiş, yapılacak uygulamaların ne olduğu, nasıl yapılacağı ve bu uygulamaların gebeyi nasıl etkileyeceği hakkında görüşülmüştür. Latent fazda gebelere solunum teknikleri eğitimi verilmiştir ve her teknikten sonra gebenin tekrarlama istenmiştir. Gebelerin solunum tekniklerini uygulama şekilleri değerlendirilmiş, yapılan yanlış uygulamalar düzeltilmiştir.

Solunum tekniklerinin uygulanması doğum eylemi boyunca aşağıdaki şekilde sürdürülmüştür;

Latent Faz: Servikal açıklık 0-4 cm ve kontraksiyonlar 10 ile 20 dk'da bir gelir (160). Bu fazda Lamaze Solunum Modeli Teknikleri'nden İlk, İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Düzey Lamaze Solunum Modeli eğitimi verilmiştir. Verilen eğitimden sonra bu fazda Lamaze Solunum Teknikleri'nden Birinci ve İkinci Düzey Solunum Tekniği gebe ile beraber uygulanmıştır (Bkz. 2.4.2.4. Solunum Teknikleri).

Verilen eğitim ve uygulamalardan sonra latent fazın sonunda gebenin anksiyete düzeyini ölçmek için Durumluk Anksiyete Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Latent fazın bitiminde süre ise Doğum Eylemi İzlem Formuna kaydedilmiştir.

Aktif Faz: Servikal açıklık 4-8 cm ve kontraksiyonlar 3-5 dk'da bir gelir (160). Bu fazda Lamaze Solunum Teknikleri'nden Üçüncü Düzey Solunum Tekniği gebe ile beraber uygulanmıştır (Bkz. 2.4.2.4. Solunum Teknikleri).

Aktif fazdan sonra gebenin anksiyete düzeyini ölçmek için Durumluk Anksiyete Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Aktif fazın sonunda süre ise Doğum Eylemi İzlem Formuna kaydedilmiştir.

Geçiş Fazı: Dilatasyon 8-10 cm arasında, kontraksiyonlar dk'da bir gelir (160). Bu fazda Lamaze Solunum Teknikleri'nden Dördüncü Düzey Solunum Tekniği gebe ile beraber uygulanmıştır (Bkz. 2.4.2.4. Solunum Teknikleri).

Geçiş fazının sonunda süre Doğum Eylemi İzlem Formuna kaydedilmiştir.

Servikal silinme ve dilatasyonu tamamlanıp, doğum masasına alınan gebelere ayrıca ıkın-ma konusunda destek olunmuştur. Daha etkili ıkın-ma için ağrı başladığında, karın kaslarını kasarak ve yavaşça ses çıkararak (mı sesi) bebeğini aşağı doğru itirmesi gerektiği söylenmiştir. Ağrı geldiğinde iki kez yavaş nefes alıp, ıkınmaya devam etmesi, nefesini tutabildiği kadar tutması ve daha fazla tutamayacak

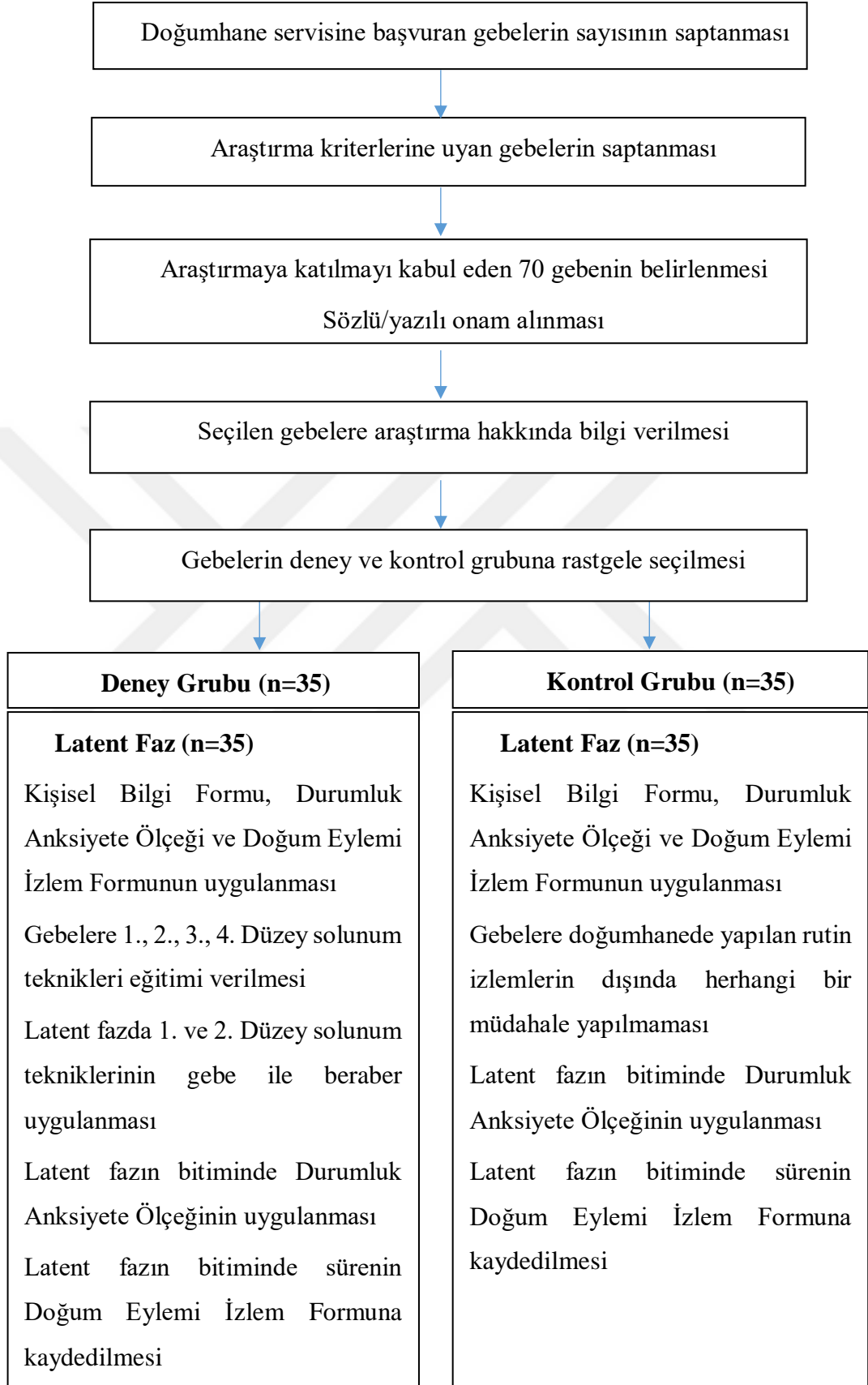
duruma geldiğinde de, tekrar derin bir nefes alıp tutması söylenmiştir. Gebenin sadece uterus kontraksiyonları sırasında ıkın-ması, kontraksiyon olmadığı sırada mümkün olduğu kadar dinlenmesi sağlanmıştır. İkın-ma, bebeğin başının doğduğu ana kadar devam etmiş, bebeğin başı doğduktan sonra anne ıkın-mayı bırakmış ve derin derin nefes alarak gevşemiştir (77, 122). Bebeğin doğumu gerçekleştikten sonra doğum saati Doğum Eylemi İzlem Formuna yazılmıştır. Servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanıp doğuma kadar olan 2. evrenin süresi de hesaplanarak kaydedilmiştir.

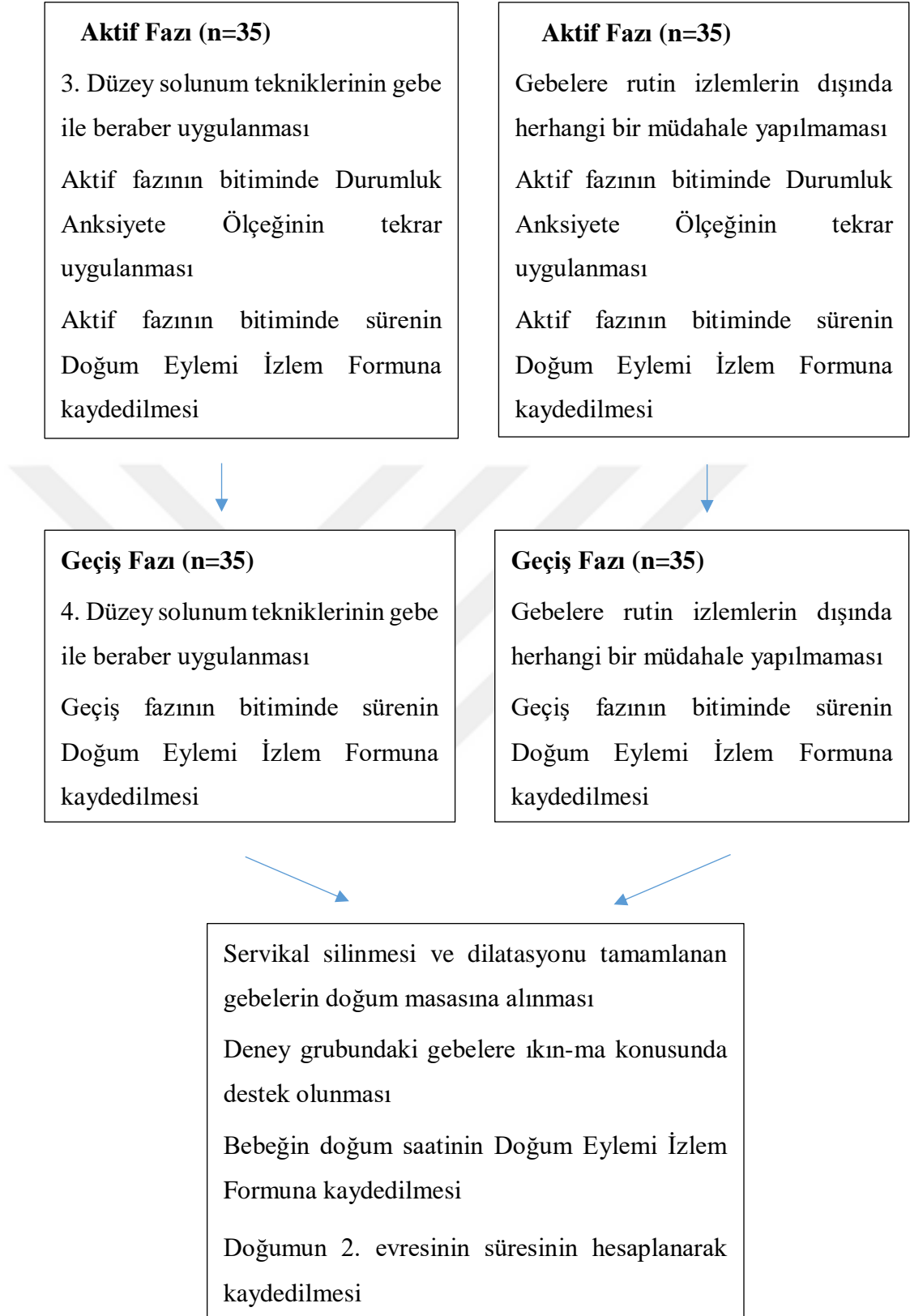
Uygulama sırasında fetüsün sağlığını değerlendirmek için gebeler bazen fetal monitorizasyona bağlı kaldıklarından dolayı hareket kısıtlaması yaşamışlardır. Gebelere ayakta durdukları ya da yürüdükleri sırada destek verilmiştir. Veri toplama süresince gebelerin araştırmacıya olan güven duygusunun gelişmesi için, dokunma, sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerinden faydalanılmıştır. Ayrıca gebe ile gerekli güven ortamı oluşturulduktan sonra, özellikle ağrıları geldiğinde isteğine bağlı elinden tutulup destek alması sağlanmıştır.

Kontrol Grubuna Yönelik Yapılan Uygulamalar

Gebelerin onayı alındıktan sonra latent fazda gebelere Kişisel Bilgi Formu, Durumluk Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır ve Doğum Eylemi İzlem Formu'nda gerekli yerler zamanı geldikçe sıra ile doldurulmuştur. Kontrol grubunda bulunan gebelere bu formlar uygulandıktan sonra, doğum eylemi hakkında bilgi verilmiştir ve gebeler rutin doğumhane bakımına bırakılıp, gebelere herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Latent fazın sonunda ve aktif fazın sonunda gebelere Durumluk Anksiyete Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Doğum eyleminin 1. evresinin her fazının (latent, aktif, geçiş) sonundaki süre ve servikal silinme ve dilatasyon tamamlanıp bebeğin doğumuna kadar olan 2. evrenin süresi de Doğum Eylemi İzlem Formuna kaydedilmiştir.

Araştırmanın uygulama şeması Şekil 3.1’de verilmiştir.





Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 veri analiz paket programı kullanılarak bir uzman yardımıyla değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde gruplar arası homojenliğin karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için çapraz tablolar oluşturulup Ki kare (X^2), Fisher exact testi kullanılmıştır. Nümerik değişkenler ortalama±standart sapma ($\bar{X}\pm SD$), kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak tablolarda verilmiştir. Gebelerin durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılmasında, bağımsız gruplarda t testi (t) yapılmıştır. Doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazının süresi, 1. ve 2. evrenin süresi olmak üzere ölçülen süre ortalamalarının normal dağılım göstermedikleri saptanmış ve bu süreler logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Logaritmik dönüşüm uygulandıktan sonra normallik şartı sağlanan süre ortalamalarını, gruplar arasında karşılaştırmak için bağımsız gruplarda t testi (t) yapılmıştır. Ayrıca deney ve kontrol grubundaki gebelerin durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ve travay süre ortalamalarının en büyük (max) ve en küçük (min) değerleri tablolarda verilmiştir. Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanları ve doğum eyleminin evrelerinin süreleri arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson-Korelasyon testi uygulanmıştır. Sonuçlar $p<0.05$ ve $p<0.001$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Gruplar arası tanıtıcı ve obstetrik özelliklerinin homojenliğin karşılaştırılması	Kategorik değişkenler ki kare, fisher exact testi Nümerik değişkenler ortalama±standart sapma ($\bar{X}\pm SD$)
Gruplar arası durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi
Doğum eylemi süre ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi
Durumluk anksiyete ölçeği puanları ile doğum eyleminin evrelerinin süreleri arasındaki ilişki	Pearson-Korelasyon testi

3.8. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırma ile ilgili etik kurul izni T.C. Dumlupınar Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2015-KAEK-86/02-21 sayılı yazı ile alınmıştır (EK 4)

Araştırmanın verilerinin toplanması için T.C. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 38627517/605.99 sayılı yazı ile izin alınmıştır (EK 5).

Araştırmada kullanılan Durumluk Anksiyete Ölçeği'nin izni ise, ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını yapan Sayın Necla Öner tarafından alınmıştır (EK 6).

Araştırmaya katılan katılımcılardan, araştırmanın amacı ve hedefleri açıklandıktan sonra yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK 7 ve 8).

4. BULGULAR

Travay sırasında verilen solunum teknikleri eğitiminin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları verilmiştir.

4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo- Demografik Özellikler	Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		Toplam (n=70)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
<u>Yaş grubu</u>								
18-20 yaş	12	34.3	14	40.0	26	37.1	1.628	.443*
21-23 yaş	8	22.9	11	31.4	19	27.2		
24-35 yaş	15	42.8	10	28.6	25	35.7		
<u>Eğitim durumu</u>								
İlkokul	4	11.4	6	17.1	10	14.3	1.917	.590*
Ortaokul	18	51.4	13	37.2	31	44.3		
Lise	11	31.4	12	34.2	23	32.8		
Yüksekokul ve üzeri	2	5.8	4	11.5	6	8.6		
<u>Çalışma durumu</u>								
Çalışıyor	4	11.4	2	5.7	6	8.6	.729	.673*
Çalışmıyor	31	88.6	33	94.3	64	91.4		
<u>Medeni durum</u>								
Evlü	34	97.1	33	94.2	67	95.8	1.015	.602*
Bekâr	-	-	1	2.9	1	1.4		
Boşanmış/ayrı yaşıyor	1	2.9	1	2.9	2	2.8		
<u>Evlilik süresi</u>								
0-5 yıl	35	100	35	100	70	100	**	
6-10 yıl	-	-	-	-	-	-		
11 yıl ve üzeri	-	-	-	-	-	-		
<u>Eşin eğitim durumu</u>								
İlkokul	3	8.6	6	17.1	9	12.9	2.629	.453*
Ortaokul	13	37.1	15	42.9	28	40.0		
Lise	17	48.6	11	31.4	28	40.0		
Yüksekokul ve üzeri	2	5.7	3	8.6	5	7.1		
<u>Eşin mesleği</u>								
İşçi	17	48.6	14	40.0	31	44.3	.650	.885*
Memur	4	11.4	4	11.4	8	11.4		
Esnaf/ serbest meslek	11	31.4	14	40.0	25	35.7		
İşsiz	3	8.6	3	8.6	6	8.6		
<u>Aile gelir durumu</u>								
Gelir giderden az	7	20.0	10	28.6	17	24.3	1.106	.575*
Gelir gidere denk	17	48.6	13	37.1	30	42.9		
Gelir giderden fazla	11	31.4	12	34.3	23	32.9		
<u>Aile tipi</u>								
Çekirdek aile	23	65.7	27	77.1	50	71.4	1.209	.546*
Geniş aile	11	31.4	7	20.0	18	25.7		
Parçalanmış aile	1	2.9	1	2.9	2	2.9		
<u>Yaşadığı yer</u>								
İl	29	82.9	28	80.0	57	81.4	1.970	.373*
İlçe	4	11.4	2	5.7	6	8.6		
Köy	2	5.7	5	14.3	7	10.0		

*p>0.05, ** Gözlere düşen rakamlar yetersiz olduğu için istatistiksel analiz dışı bırakılmıştır.

Tablo 4.1’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre; deney grubundaki gebelerin %42.8’i 24-35 yaş, kontrol grubundaki gebelerin %40’ı 18-20 yaş grubundadır.

Gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; deney grubundaki gebelerin %51.4’ü ortaokul, %31.4’ü lise; kontrol grubundaki gebelerin ise %37.2’si ortaokul, %34.2’si lise mezunudur. Gebelerin eğitim durumları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki gebelerin %88.6’sı, kontrol grubundaki gebelerin %94.3’ü çalışmamaktadır. Gebelerin çalışma durumları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki gebelerin %97.1’i, kontrol grubundaki gebelerin %94.2’si evlidir. Gebelerin tamamının evlilik süresi 1–5 yıl arasındadır.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; deney grubundaki gebelerin eşlerinin %48.6’sı lise, %37.1’i ortaokul; kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin ise, %42.9’u ortaokul, %31.4’ü lise mezunudur. Eşlerin eğitim durumları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki gebelerin eşlerinin; % 48.6’sının eşi işçi, %31.4’ünün eşi esnaf/serbest meslek; kontrol grubundaki gebelerin %40’ının eşi işçi, %40’ının eşi esnaf/serbest meslek grubunda yer almaktadır. Eşlerin meslek durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin aile gelir durumları incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %48.6’sının, kontrol grubundaki gebelerin %37.1’inin geliri giderine denktir. Gebelerin aile gelir durumları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki gebelerin %65.7’si, kontrol grubundaki gebelerin %77.1’i çekirdek aile yapısına sahiptir. Deney grubundaki gebelerin %82.9’u, kontrol grubundaki gebelerin %80’i il merkezinde yaşamaktadır. Gebelerin aile tipi ve yaşadıkları yer durumları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gebeler sosyo-demografik özellikler yönünden karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı

Özellik	Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		Toplam (n=70)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Gebelik haftası								
38 hafta	13	37.1	12	34.3	25	35.7	.151	.985
39 hafta	7	20.0	7	20.0	14	20.0		
40 hafta	11	31.4	11	31.4	22	31.4		
41 hafta	4	11.5	5	14.3	9	12.9		
Bebeğin cinsiyeti								
Kız	18	51.4	16	45.7	34	48.6	1.146	.564
Erkek	17	48.6	18	51.4	35	50.0		
Bilmiyorum	-	-	1	2.9	1	1.4		
Gebeliğin istenme durumu								
Evet	30	85.7	33	94.3	63	90.0	1.429	.428
Hayır	5	14.3	2	5.7	7	10.0		
Gebelikte kontrole gitme durumu								
Evet	35	100	35	100	70	100	-	*
Hayır	-	-	-	-	-	-		
Kontrole gidilen yer**								
Devlet Hastanesi	35	100	35	100	70	100	-	-
Aile Sağlığı Merkezi	33	94.3	32	91.4	65	92.9	.215	.643
Özel klinik	14	40.0	12	34.3	26	37.1	.245	.621
Kontrol yapan kişi**								
Ebe/Hemşire	34	97.1	34	97.1	68	97.1	.000	1.000
Doktor	35	100	35	100	70	100	-	-
Gebelikte sigara kullanma								
Evet	3	8.6	6	17.1	9	12.9	1.148	.284
Hayır	32	91.4	29	82.9	61	87.1		
	n=3		n=6		n=9			
Sigara sayısı								
0-9 adet/gün	2	66.7	6	100	8	88.9	2.250	.333
10-19 adet/gün	1	33.3	0	0	1	11.1		
Gebelikte sorun yaşama durumu								
Evet	29	82.9	25	71.4	54	77.1	1.296	.255
Hayır	6	17.1	10	28.6	16	22.9		
Gebelikte yaşanan sorun**								
Bulantı- kusma	3	8.8	2	5.7	5	7.1	.215	.643
Kanama	7	20.0	7	20.0	14	20.0	.000	1.000
İdrar yolu enfeksiyonu	25	71.4	18	51.4	43	61.4	2.954	.806
Üst solunum yolu enfeksiyonu	13	37.1	12	34.3	25	35.7	.062	.803
Yorgunluk	2	5.7	2	5.7	4	5.7	.000	1.000
Diğer (baş ve karın ağrısı)	7	20.0	8	22.9	15	21.4	.085	.771
Doğum öncesi hazırlık kursuna katılma durumu								
Evet	-	-	-	-	-	-	-	*
Hayır	35	100	35	100	70	100		
Solunum teknikleri hakkında bilgi sahibi olma durumu								
Evet	1	2.9	1	2.9	2	2.9	.000	1.000
Hayır	34	97.1	34	97.1	68	97.1		
Gebelikte doğum ile ilgili hikâyeler dinleme								
Evet	30	85.7	31	88.6	61	87.1	.128	.721
Hayır	5	14.3	4	11.4	9	12.9		
Hikâyelerden etkilenme								
Olumlu	5	16.7	5	16.1	10	16.4	3.763	.288
Olumsuz	7	23.3	9	29.0	16	26.2		
Hem olumlu hem olumsuz	17	56.7	12	38.7	29	47.5		
Etkilenmedim	1	3.3	5	16.1	6	9.8		

* Gözlere düşen rakamlar yetersiz olduğu için istatistiksel analiz dışı bırakılmıştır.

**Birden fazla gebelikte kontrole gidilen yer, kontrol yapan kişi ve sorun yaşandığı belirtilmiştir ve her grup ayrı ayrı kendi arasında değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özellikleri ve gebelik öykülerine göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre; deney grubundaki gebelerin %37.1’i, kontrol grubundaki gebelerin %34.3’ü 38.gebelik haftasındadır. Deney grubundaki gebelerin %51.4’ünün bebeği kız, kontrol grubundaki gebelerin %51.4’ünün bebeği erkektir. Gebelerin gebeliği isteme durumlarına bakıldığında; deney grubundaki gebelerin %85.7’si, kontrol grubundaki gebelerin %94.3’ü gebeliği istediğini ifade etmiştir.

Gebelikte bakım alma durumları incelendiğinde; araştırmaya katılan gebelerin tamamının doğum öncesi dönemde kontrole gittikleri görülmüştür. Gebeler bakım aldıkları yerler açısından incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin tamamı devlet hastanesinden, %94.3’ü aile sağlığı merkezlerinden; kontrol grubundaki gebelerin yine tamamı devlet hastanesinden ve %91.4’ü aile sağlığı merkezlerinden bakım almıştır. Hem deney hem de kontrol grubunda bulunan gebelerin tamamı bu bakımı doktordan, %97.1’i de ebe/hemşireden almıştır.

Gebelerin sigara içme durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; deney grubundaki gebelerin %8.6’sı, kontrol grubunda bulunan gebelerin %17.1’i sigara içmektedir. Deney grubunda sigara içen gebelerin %66.7’si, kontrol grubunda sigara içen gebelerin tamamı günde 0-9 adet sigara içtiğini ifade etmiştir.

Gebelikte sorun yaşama durumlarına göre incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %82.9’u, kontrol grubundaki gebelerin %71.4’ü gebeliğinde sorun yaşadığını ifade etmiştir. Gebelerin en çok yaşadığı sorun ise deney grubunda %71.4 ile, kontrol grubunda %51.4 ile idrar yolu enfeksiyonudur.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının doğum öncesi hazırlık kursuna katılmadıkları görülmüştür. Ayrıca deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin %97.1’inin solunum teknikleri hakkında bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

Deney grubundaki gebelerin %85.7’si, kontrol grubundaki gebelerin %88.6’sı gebelikleri süresince başkalarından doğumla ilgili hikâyeler dinlemiş olup, deney grubundaki gebelerin %56.7’si, kontrol grubundaki gebelerin %38.7’si dinlediği bu hikâyelerden hem olumlu hem olumsuz olarak etkilendiğini ifade etmiştir.

Gebeler obstetrik özellikleri ve gebelik öykülerine göre karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Anında Anksiyete Yaşama Durumlarının Dağılımı

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Anında Anksiyete Yaşama Durumlarının Dağılımı

Özellik	Deney (n=35)		Kontrol (n=35)		Toplam (n=70)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
<u>Doğum anından dolayı anksiyete duyma durumu</u>								
Evet	33	94.3	35	100	68	97.1	2.059	.493
Hayır	2	5.7	-	-	2	2.9		
	n=33		n=35		n=68			
<u>Anksiyete sebebi*</u>								
Doğum sırasında ortaya çıkabilecek sorunlara bağlı	24	68.6	26	74.3	50	71.4	.280	.597
Doğumun nasıl olacağına ilişkin belirsizliklere bağlı	30	85.7	34	97.1	64	91.4	2.917	.198
Bebeğin sağlığına ilişkin korku ve endişe	22	62.9	27	77.1	49	70	1.701	.192
Sağlık personeli ve davranışına ilişkin	1	2.9	5	14.3	6	8.6	2.917	.198
Doğum sonrası döneme ilişkin	17	48.6	14	40.0	31	44.3	.521	.470
Diğer (ağrı)	13	37.2	17	48.6	30	42.8	.299	.584

*Birden fazla anksiyete duyma sebebi belirtilmiştir ve her grup ayrı ayrı kendi arasında değerlendirilmiştir.

Tablo 4.3’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin travay anında anksiyete yaşama durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre; deney grubundaki gebelerin %94.3’ü, kontrol grubundaki gebelerin tamamı doğum anından dolayı anksiyete duyduğunu belirtmiştir. Gebelerin yaşadıkları anksiyete sebeplerine göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %85.7’si doğumun nasıl olacağına ilişkin belirsizliklere bağlı, %68.6’sı doğum sırasında ortaya çıkabilecek sorunlara bağlı; kontrol grubundaki gebelerin ise %97.1’i doğumun nasıl olacağına ilişkin belirsizliklere bağlı, %77.1’i bebeğin sağlığına ilişkin korku ve endişeden dolayı anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin doğum anından dolayı anksiyete

duyma ve sebepleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Evreleri	Gruplar	$\bar{X}\pm SD$	Min- Max	t	p
Latent Fazın	Deney (n=35)	37.48±3.12	33-44	.246	.807
Başı (LB)	Kontrol (n=35)	37.25±4.53	32-47		
Latent Fazın	Deney (n=35)	38.00±3.71	32-47	-.289	.773
Sonu(LS)	Kontrol (n=35)	38.22±2.85	33-45		
Aktif Fazın	Deney (n=35)	38.88±3.13	35-48	-5.597	<0.001*
Sonu(AS)	Kontrol (n=35)	43.20±3.31	35-48		

* $p<0.001$

Tablo 4.4’de araştırma kapsamına alınan gebelerin doğum eylemi evrelerine göre durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; latent fazın başında deney grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları 37.48 ± 3.12 , kontrol grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları 37.25 ± 4.53 bulunmuştur. Latent fazın başında durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları açısından iki grup karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t= .246$, $p>0.05$).

Latent fazın sonunda deney grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları 38.00 ± 3.71 , kontrol grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları 38.22 ± 2.85 bulunmuştur. Latent fazın sonunda durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları açısından iki grup karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t= -.289$, $p>0.05$).

Aktif fazın sonunda ise deney grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları 38.88 ± 3.13 , kontrol grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları 43.20 ± 3.31 bulunmuştur. Aktif fazın sonunda

durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları açısından iki grup karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -5.597$, $p < 0.001$).

4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Sürelerinin Karşılaştırılması/dk

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Sürelerinin Karşılaştırılması/dk

Doğum Evreleri	Gruplar	$\bar{X} \pm SD$	Min- Max	t	p
1.evre*	Deney (n=35)	679.85±191.63	410-1270	-7.083	<0.001
	Kontrol (n=35)	1043.14±262.13	630-1860		
Latent faz**	Deney (n=35)	403.71±99.92	270-600	-8.110	<0.001
	Kontrol (n=35)	658.71±171.69	360-1200		
Aktif faz***	Deney (n=35)	174.00±69.90	60-390	-2.869	.005
	Kontrol (n=35)	264.57±164.74	60-720		
Geçiş fazı****	Deney (n=35)	110.71±79.62	15-370	1.101	.275
	Kontrol (n=35)	101.42±108.61	25-560		
2. evre*****	Deney (n=35)	19.11±12.49	5-60	-1.512	.135
	Kontrol (n=35)	24.48±16.32	5-80		

*1.evre Servikal dilatasyonun başından 10 cm olmasına kadar geçen süre

**Latent faz Servikal dilatasyonun başından 3 cm olmasına kadar geçen süre

***Aktif faz Servikal dilatasyonun 4 cm olduğu evreden 7 cm olmasına kadar geçen süre

****Geçiş fazı Servikal dilatasyonun 8 cm olduğu evreden 10 cm olmasına kadar geçen süre

*****2. evre Servikal dilatasyonun tamamlanmasından bebeğin doğumuna kadar geçen süre

Tablo 4.5’de araştırma kapsamına alınan gebelerin doğum eylemi evrelerine göre travay süre ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Doğum eyleminin birinci evresinin ortalama süresi deney grubunda 679.85 ± 191.63 dk, kontrol grubunda 1043.14 ± 262.13 dk’dır. Doğumun birinci evresinin ortalama süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($t = -7.083$, $p < 0.001$) ve deney grubunun birinci evresinin süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu bulunmuştur.

Doğum eyleminin birinci evresinin süre ortalamaları fazlara göre karşılaştırıldığında; latent fazın süresi deney grubunda 403.71 ± 99.92 dk, kontrol grubunda 658.71 ± 171.69 dk’dır. Latent fazın süresi bakımından gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($t=-8.110$, $p<0.001$) ve deney grubunun latent faz süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu bulunmuştur.

Aktif fazın süresi deney grubunda 174.00 ± 69.90 dk, kontrol grubunda 264.57 ± 164.74 dk'dır. Aktif fazın süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($t=-2.869$, $p<0.05$) ve deney grubunun aktif faz süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu bulunmuştur.

Geçiş fazın süresi deney grubunda 110.71 ± 79.62 dk, kontrol grubunda 101.42 ± 108.61 dk'dır. Geçiş fazın süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.101$, $p>0.05$).

Doğum eyleminin ikinci evresinin süre ortalaması deney grubunda 19.11 ± 12.49 dk, kontrol grubunda 24.48 ± 16.32 dk'dır. Doğum eyleminin ikinci evresinin ortalama süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-1.512$, $p>0.05$).

4.6. Deney Grubundaki Gebelerin Travay Süreleri ile Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 4.6. Deney Grubundaki Gebelerin Travay Süreleri ile Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Doğum Evreleri		Durumluk Anksiyete (LB)	Durumluk Anksiyete (LS)	Durumluk Anksiyete (AS)
1.evre (dk)	r	.139	.128	.252
	p	.426	.464	.144
Latent faz (dk)	r	.157	-.015	.377
	p	.368	.934	.026*
Aktif faz (dk)	r	.046	.100	.040
	p	.795	.568	.819
Geçiş faz (dk)	r	-.009	.278	-.061
	p	.957	.106	.728
2. evre (dk)	r	.083	.237	.154
	p	.635	.171	.377

* $p<0.05$

Tablo 4.6'da araştırma kapsamına alınan deney grubundaki gebelerin doğum eylemi evrelerine göre travay süreleri ile durumluk anksiyete ölçeği puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre; deney grubunda bulunan gebelerin aktif fazın sonunda durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ile doğum eyleminin

latent fazının süresi arasında %37.7 oranında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aktif fazın sonunda durumluk anksiyete puanı arttıkça doğum eyleminin latent fazının süresinin arttığı saptanmıştır ($r = .377, p < 0.05$).



5. TARTIŞMA

Travay sırasında verilen solunum teknikleri eğitiminin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılan araştırmanın sonuçlarının tartışılması verilmiştir.

5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan gebeler, sosyo-demografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan gebeler ilk doğumunu yapan gebelerdir ve gebelerin %37.1'inin 18-20 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1). Bu bağlamda araştırmamıza katılan gebelerin yaşları ilk doğum yaşlarını göstermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre ise kadınların ilk doğum yaşı 22.9'dur (67). İlk doğum yaşı bakımından araştırmamızın sonuçları TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir. Erken yaşta gebe kalmanın anne sağlığı açısından birçok zararı olmasına rağmen ilk gebe kalma yaşı olarak daha çok 25 yaşın altı tercih edildiği görülmektedir. Bu durum, ülkemizde erken yaşta yapılan evliliklerin hala önemini koruduğunu göstermektedir. Araştırmamızda da 18-20 yaş grubunda ilk defa gebe kalan kadınların çoğunlukta olması, evliliklerin erken yaşta yapıldığının göstergesidir.

Gebelerin çoğu (%44.3) ortaokul mezunudur ve %91.4'ü ev hanımıdır (Bkz. Tablo 4.1). TNSA 2013 verilerine göre ise kadınların çoğu (%34.6) ilkokul mezunudur ve %31.1'i hala çalışmaktadır (67). Çalışma durumları açısından aradaki bu fark Kütahya bölgesinin kırsal bir bölge olması ve araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamalarının düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Gebelerin %95.8'i evli ve tamamının evlilik süresi ilk beş yılındadır. Gebelerin eşlerinin %40'ı ortaokul, %40'ı lise mezunudur ve %44.3'ü işçidir. Gebelerin %71.4'ü çekirdek aile yapısına sahip olup, aile gelir durumu bakımından aralarında anlamlı fark yoktur (Bkz. Tablo 4.1).

5.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Gebelik Öykülerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan gebeler, obstetrik özellikleri ve gebelik öyküleri açısından karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.2).

Gebelerin %35.7'si 38. gebelik haftasındadır ve %98.6'sı bebeğinin cinsiyetini bilmektedir. Gebelerin %90'ı gebeliği istediğini ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.2). İstenmeyen gebeliklerin az olması sevindirici bir durumdur. Bu durumun, gebelerin tamamının ilk gebeliği olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin tamamının doğum öncesi dönemde en az bir kez kontrole gittikleri saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Doğum öncesi bakım alma oranlarının yüksek olması istenilen bir durumdur. Ayrıca literatürde gebelik sayısı arttıkça doğum öncesi bakımdan yararlanma oranının azaldığı belirtilmiştir (128). Bu nedenle araştırmamıza katılan gebelerin ilk gebelikleri olması bakım alma oranlarının yüksek olmasını etkilemiş olabilir. Türkiye'de ise bu bakımı alan kadınların oranlarında son on yılda önemli gelişmeler olmuş olup, 2003'de %81, 2008'de %92, 2013'de %97'dir (67). Doğum öncesi bakım alma oranları bakımından araştırmamızın sonuçları TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir.

Doğum öncesi bakım, gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır (36, 128, 142). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; kadınların gebe olduklarını anlar anlamaz doğum öncesi bakım almaya başlamaları gerekmektedir (175). Sağlık Bakanlığı ise doğum öncesi bakım hizmetlerinin 14., 18-24., 30-32. ve 36-38. haftalar arasında olmak üzere en az dört defa verilmesini öngörmüştür (162). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) verilerine göre; Dünya'da gebe kadınların %85'i sağlık personelinden en az bir kez, %58'i en az dört kez doğum öncesi bakım almaktadır (168).

Doğum öncesi bakım alınan yerler bakımından gebelerin tamamının devlet hastanesinden, %92.9'unun aile sağlığı merkezinden, %37.1'inin özel klinikte kontrollerini aldıkları saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Gebelerin antenatal bakım hizmetini birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği tedavi edici kurumlarda aldıkları görülmüştür. Oysa doğum öncesi bakım, ana ve çocuk sağlığı

hizmetlerinin ücretsiz sunulduğu birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sunulması gereken bir hizmettir.

Araştırmaya katılan gebelerin tamamı doğum öncesi bakımı doktordan alırken, %97.1'i ebe/hemşireden almıştır (Bkz. Tablo 4.2). TNSA 2013 verilerine göre; doğum öncesi bakım alan kadınların %94.5'i bu bakımı doktordan, %2.5'i ebe/hemşireden almıştır (67). Gebelerin %12.9'u gebeliğinde sigara kullanmakta olup, bu gebelerin %88.9'unun günde 0-9 adet sigara içtiği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Gebelikte sigara kullanımı, hem anneyi hem de fetüsü olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir. Araştırmaya katılan gebelerin %77.1'i gebeliğe ilişkin problem yaşadığını belirtmiştir ve en çok yaşanan problemler sıra ile idrar yolu enfeksiyonu (%61.4), üst solunum yolu enfeksiyonu (%35.7), baş ve karın ağrısı (%21.4) dır (Bkz. Tablo 4.2).

Gebelerin tamamının doğum öncesi hazırlık kursuna katılmadığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.2). Yıldırım ve Hotun Şahin'in (182) 2004 yılında yaptıkları çalışmada gebelerin %95'inin, Gönenç'in (63) 2013 yılında yaptığı başka bir çalışmada gebelerin tamamına yakınının (%98.3) doğum öncesi hazırlık programına katılmadığı vurgulanmıştır. Doğum öncesi hazırlık kursuna katılma bakımından araştırmamızın sonuçları Yıldırım ve Hotun Şahin (182) ve Gönenç'in (63) çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Ancak Chang vd.'nin (25) 2008 yılında Güney Tayvan'da bir sağlık merkezinde yaptıkları çalışmaya göre; deney grubundaki gebelerin %26.7'si, kontrol grubundaki gebelerin %30.8'i doğum öncesi hazırlık eğitime katılmıştır. Bu çalışmaya göre, araştırmamız sonuçları kadınların doğum öncesi hazırlık kursuna katılma oranlarının düşük olduğunu yansıtmaktadır. Bu durum, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde doğum öncesi hazırlık kurslarının yaygın olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %97.1'i solunum teknikleri hakkında bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Mugambe vd.'nin (118) 2007 yılında yaptıkları çalışmada kadınların %56.3'ünün nonfarmakolojik yöntemler ve %29.4'ünün ise solunum teknikleri hakkında bilgi sahibi oldukları belirtilmiştir. Hamlacı (70) 2013 yılında yaptığı çalışmada kadınların %28.4'ünün sadece solunum egzersizlerini bildiğini ifade etmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırmamızda solunum teknikleri hakkında bilgi sahibi olan kadınların oranının düşük olduğu açıktır. Bu durum solunum teknikleri, gevşeme egzersizi gibi doğumda

ağrıyı hafifletmek ve anksiyeteyi azaltmak için kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin eğitiminin yapıldığı doğum öncesi hazırlık kurslarının yaygın olmadığını desteklemektedir. Yine bu da gebelerin yapılan eğitimler hakkında bilgi düzeylerinin istenilen düzeyde olmamasına neden olmaktadır.

Doğum sırasında kadınların yaşadığı olumsuz deneyimler doğum korkusunu tetiklemekte ve kadınlar arasında doğum hikâyelerinin anlatılmasına neden olmaktadır. Bu deneyimlerin paylaşılarak yayılması ve yine görsel medyada yer alan olumsuz doğum sahneleri kadınların doğuma karşı olumsuz düşüncelere sahip olmasına neden olmaktadır (55). Araştırmaya katılan gebelerin %87.1'i gebelikleri süresince başkalarından doğumla ilgili hikâyeler dinlemiştir ve %47.5'i bu hikâyelerden hem olumlu hem olumsuz etkilenirken, %26.2'si olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Araştırma sonuçlarımız da kadınların dinlediği hikâyelerden dolayı, doğuma karşı olumsuz düşüncelere sahip olduklarını doğrulamaktadır.

5.3. Gebelerin Travay Anında Anksiyete Yaşama Durumlarının Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmaya katılan gebelerin %97.1'inin doğum anından dolayı anksiyete yaşadığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.3). Jokić-Begić vd.'nin (74) 2014 yılında son trimesterdeki nullipar ve multipar gebeler üzerinde yaptıkları çalışmaya göre; nulliparların yaşadığı doğum korkusunun daha fazla olduğu belirtilmiştir. Literatürde de ilk doğumunu yapacak anne adaylarının, daha önce doğum yapanlardan daha fazla doğum korkusu yaşadıkları desteklenmektedir (91, 132, 153, 167, 184). Araştırmaya katılan bütün gebeler nullipar olduğu için, çoğunluğunun (%97.1) anksiyete yaşaması beklendik bir durumdur.

Gebelerin anksiyete duyma nedenleri incelendiğinde ise en çok, doğumun nasıl olacağına ilişkin belirsizliklere (%91.4), doğum sırasında ortaya çıkabilecek sorunlara (%71.4) ve bebeğin sağlığına ilişkin korku ve endişe duygusuna (%70) bağlı olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3). Deklava vd.'nin (43) 2015 yılında gebelikteki anksiyete ve nedenlerini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada kadınların yenidoğana yönelik, gebelik sırasında yaşanan şikayetler, vajinal ve perineal travma yaşamaktan dolayı anksiyete duydukları belirtilmiştir.

Yeşilçiçek ve Çalık (178) 2014 yılında yaptıkları çalışmada gebelerin en çok doğum ağrısı çekmekten (%43.5), doğumda panik olmaktan/doğuramamaktan ve ne olacağını bilememekten (%28.3) ve doğumda komplikasyon gelişmesinden (kanama, bebeğin zarar görmesi, ölmekten) (%13) dolayı korktukları belirtilmiştir. Gönenç'in (63) 2013 yılında yaptığı çalışmada gebelerin %74.5'i şiddetli ağrı yaşamaktan, %54.3'ü bebeğin sağlığının bozulacağından, %24.5'i doğum salonundaki ortamdan, %22.3'ü ölümden ve %21.3'ü sezaryen olmaktan korktuğunu ifade etmiştir. Doğum anından dolayı yaşanan anksiyete ve korku sebeplerine göre incelendiğinde; bu çalışmaların sonuçları araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

5.4. Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Kadınların yaşam dönemleri biyolojik yapılarından dolayı erkeklerden farklıdır (181). Gebelik ve doğum, kadın hayatının önemli dönüm noktalarındandır. Bu dönemlerin hem kadın ve ailesi hem de toplum üzerinde önemli ve uzun süreli etkileri vardır. Doğum eylemi kadınlarda anksiyeteye neden olur (63, 166). Doğum eylemi ilerledikçe doğum ağrısının sıklık, süre ve şiddetinin artmasına bağlı anksiyete düzeyi de artar. Gebelerin anksiyete düzeyleri doğumhaneye ilk geldikleri anda dâhil olmak üzere toplam üç kez değerlendirilmiştir. Birinci değerlendirme gebeler doğumhaneye ilk geldiklerinde solunum teknikleri eğitimi verilmeden önce latent fazın başında yapılmıştır. İkinci değerlendirme solunum teknikleri eğitimi verildikten sonra latent fazın sonunda ve üçüncü değerlendirme ise aktif fazın sonunda yapılmıştır. Anksiyete düzeyi Spielberger vd. tarafından (1970) geliştirilmiş olan Durumluk Anksiyete Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki gebelerin eylem ilerledikçe anksiyete puan ortalamalarının arttığı, ancak kontrol grubundaki artmanın deney grubundaki gebelere göre daha fazla olduğu görülmüştür (D: LB: 37.48±3.12, LS: 38.00±3.71, AS: 38.88±3.13; K: LB: 37.25±4.53, LS: 38.22±2.85, AS: 43.20±3.31) (Bkz. Tablo 4.4).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, doğumhaneye ilk geldiklerinde solunum teknikleri eğitimi verilmeden önce latent fazın başında, solunum teknikleri eğitimi verildikten sonra

latent fazın sonunda ve daha sonra aktif fazın sonunda deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırılmıştır (Bkz. Tablo 4.4).

Gebelerin doğumhaneye ilk geldiklerinde solunum teknikleri eğitimi verilmeden önce latent fazın başında durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun puan ortalaması 37.48 ± 3.12 , kontrol grubunun puan ortalaması 37.25 ± 4.53 bulunmuştur. Latent fazın başında durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Bkz. Tablo 4.4). Latent fazın başında yapılan ilk değerlendirmede gruplar arasında anksiyete düzeyleri bakımından farklılığın olmaması, gebelerin doğumun başında olması ve henüz hiçbir eğitim verilmemesine bağlı olabilir. Bu durum beklenen ve istenen bir sonuçtur.

Bastani vd.'nin (17) 2005 yılında yaptıkları çalışmada da müdahale öncesinde durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalaması deney grubunda 37.18 (5.35), kontrol grubunda 38.58 (6.52) olduğu ve gruplar arasında benzerlik olduğu belirtilmiştir. Smith vd.'nin (148) 2011 yılında aktardığı gibi, Almeida vd.'nin 2005 yılında solunum ve gevşeme tekniklerinin doğum sırasında ağrı ve anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada latent fazda anksiyete düzeylerinin her iki grupta da düşük olduğu belirtilmiştir.

Deney ve kontrol grubunda bulunan gebeler solunum teknikleri eğitimi verildikten sonra latent fazın sonunda durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; deney grubunun puan ortalaması 38.00 ± 3.71 ; kontrol grubunun puan ortalaması 38.22 ± 2.85 bulunmuştur. Latent fazın sonunda durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları deney grubundaki gebelerde daha az olmasına rağmen, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Bkz. Tablo 4.4). Bu durum gebelerin verilen solunum teknikleri eğitimine uyum süreçlerinin henüz belirgin olmadığını göstermektedir.

Gadade ve Podder'in (59) 2015 yılında tempolu solunumun doğumun ilk evresi sırasında ağrı algısına ve anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada müdahaleden iki saat sonra yapılan ilk değerlendirmede; solunum eğitimi uygulanan gruptaki gebelerin durumluk anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada solunum teknikleri eğitimi verildikten sonra

gebelerin durumluk anksiyete düzeyleri iki kez değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın yöntemi ve sonuçları araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Boaviagem vd.'nin (22) 2017 yılında doğumun ilk evresinin aktif fazı sırasında uygulanan solunum modellerinin anksiyeteye etkisini değerlendikleri çalışmalarında müdahaleden iki saat sonra yapılan değerlendirmede; anksiyete düzeyleri bakımından gruplar arasında önemli bir fark olmadığı belirtilmiştir. Boaviagem vd. yaptıkları bu çalışmanın sonucunda solunum tekniklerinin tek başına uygulanmasının ağrıyı dindirmede ve anksiyeteyi azaltmada yeterli olmadığını ve diğer yöntemlerle kullanılmasının daha etkili olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu çalışma, araştırmamız ile çelişkili sonuçlar göstermektedir.

Deney ve kontrol grubunda bulunan gebeler solunum teknikleri eğitimi verildikten sonra aktif fazın sonunda durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında; deney grubunun puan ortalaması 38.88 ± 3.13 , kontrol grubunun puan ortalaması 43.20 ± 3.31 bulunmuştur. Aktif fazın sonunda durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Bkz. Tablo 4.4). Aradaki fark, gebelerin eğitime olan uyumlarının ve eğitim vericiye olan güvenlerinin artmasından kaynaklanmış olabilir.

Smith vd.'nin (148) 2011 yılında aktardığı gibi, Almeida vd.'nin 2005 yılında solunum ve gevşeme tekniklerinin doğum sırasında ağrı ve anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; aktif fazda deney grubundaki gebelerin anksiyete düzeylerinin, kontrol grubundaki gebelere göre düşük olduğu belirtilmiştir. Gevşeme ve solunum teknikleri uygulanan gebelerin doğum sırasında daha uzun süre düşük anksiyete seviyelerini korudukları vurgulanmıştır. Bu çalışma, araştırmamız ile benzer sonuçlar göstermektedir.

Araştırmamızın başlangıcında durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmayan iki grubun puan ortalamalarında, deney grubuna verilen solunum teknikleri eğitimi sonucunda istatistiksel olarak önemli fark bulunması, bu farkın verilen eğitimden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. **Bu sonuç ile “travay sırasında uygulanan solunum teknikleri eğitimi anksiyete düzeyini azaltır” şeklindeki araştırmamızın H1 hipotezi kabul edilmiştir.**

Gadade ve Podder'in (59) 2015 yılında tempolu solunumun doğumun ilk evresi sırasında ağrı algısına ve anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada müdahaleden dört saat sonra yapılan ikinci değerlendirmede; solunum teknikleri eğitimi uygulanan gruptaki gebelerin durumluk anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmada da solunum teknikleri eğitim verildikten sonra iki kez gebelerin durumluk anksiyete düzeyleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın yöntemi ve sonuçları araştırmamız ile benzerlik göstermektedir. Bastani vd.'nin (17) 2005 yılında primipar gebeler üzerinde solunum teknikleri ve gevşeme eğitiminin etkinliğini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada; eğitim alan gebelerin, almayan gebelere göre eğitim sonrasında durumluk anksiyete düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Chuang vd.'nin (28) 2011 yılında preterm eylem riski olan kadınlar üzerinde solunum tekniklerini de içeren gevşeme eğitimi programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada gevşeme eğitim programı uygulanan kadınlarda uygulanmayan kadınlar ile karşılaştırıldığında durumluk anksiyete düzeyi önemli derecede düşük bulunmuştur. Guskowska vd.'nin (65) 2013 yılında yaptıkları çalışmada ikinci ve üçüncü trimesterde olan gebeler solunum teknikleri, progresif gevşeme, otojenik eğitim, hayal kurma gibi gevşeme teknikleri eğitimini içeren sınıflara alınmıştır. Verilen eğitim sonrasında gebelerin durumluk anksiyete düzeylerinin önemli derecede azaldığı belirtilmiştir.

Cıobanu'nun (30) 2010 yılında yaptığı çalışmada üçüncü trimesterde olan gebelere solunum ve gevşeme eğitimi verilmiştir. Gevşeme ve solunum teknikleri eğitimi almayan grup, eğitim alan grup ile karşılaştırıldığında, eğitim sonrası durumluk anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yu ve Song'un (183) 2010 yılında preterm eylem tanısı alan gebelerde abdominal solunumun, durumluk anksiyete ve stres düzeyine etkisini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada eğitim alan grubun, stres ve durumluk anksiyete seviyelerinin almayan gruba göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Avcıbay (12) 2009 yılında travayda gebelere uygulanan ağrıyla doğal baş etme yöntemlerinden gevşeme, pozisyon değişikliği ve solunum egzersizinin ağrı anksiyetesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada müdahale uygulanan gebelerin uygulama öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın, girişimin etkinliği bakımından anlamlı olduğunu vurgulamıştır. Özer'in (123) 2004

yılında travayda gebelere uygulanan ağrıyla doğal başetme yöntemlerinden gevşeme, solunum egzersizi ve dokunmanın ağrı anksiyetesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında da bu girişimlerden önce ve sonra gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu belirtmiştir.

Görüldüğü gibi literatürde solunum teknikleri ve gevşeme eğitiminin anksiyete düzeyi üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda araştırmamız ile benzer sonuçlar bulunduğu belirtilmiştir.

Literatürde solunum tekniklerinin masaj, kas gevşemesi, görselleştirme gibi diğer nonfarmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması daha etkili sonuçlar gösterdiği için yukarıda yapılan çalışmalarda solunum teknikleri daha çok gevşeme teknikleri olmak üzere diğer yöntemlerle beraber uygulanmıştır. Ancak, araştırmamız sadece solunum teknikleri eğitiminin etkinliğini göstermektedir.

5.5. Gebelerin Travay Sürelerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Doğumda kadının ağrı deneyimi ile korku, gerilim ve anksiyete arasında ilişki vardır (100, 149). Ağrı arttıkça anksiyete seviyesi artar. Anksiyete düzeyinin artması ile uterus kontraksiyonlarının etkinliği azalır ve doğum süresinin uzamasına neden olabilir (22, 141). Araştırma kapsamına alınan gebelerin travay süreleri doğum eyleminin latent fazının sonunda, aktif fazının sonunda, geçiş fazının sonunda ve ikinci evrenin sonunda deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırılmıştır (Bkz. Tablo 4.5).

Doğumun birinci evresinin ortalama süresi deney grubunda 679.85 ± 191.63 dk, kontrol grubunda 1043.14 ± 262.13 dk'dır. Deney grubundaki gebelerin birinci evre süre ortalaması, kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı derecede daha kısadır ($p < 0.001$) (Bkz. Tablo 4.5).

Cıobanu vd.'nin (31) 2010 yılında üçüncü trimesterde verilen gevşeme ve solunum teknikleri eğitiminin rolünü belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada eğitim alan gruptaki gebelerin doğum eyleminin süresi (5 saat 57 dk), eğitim almayan gruptaki gebelere (8 saat 55 dk) göre önemli derecede daha kısa olduğu belirtilmiştir. Kaur vd.'nin (82) 2013 yılında primipar gebeler üzerinde doğum sırasında solunum egzersizleri videosu izlettirilmesinin doğum süresine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; solunum egzersizleri videosunu izleyen ve uygulayan gruptaki gebelerin doğumun ilk evresinin ortalama süresi (8 saat 48 dk), izlemeyen grup ile

karşılaştırıldığında (9 saat 48 dk) istatistiksel olarak önemli derecede daha kısa olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmaların sonuçları, araştırmamız sonuçları ile paralellik göstermektedir. Hesson vd.'nin (71) 1997 yılında doğumun latent evresi sırasında uygulanan solunum tekniklerinin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada solunum tekniklerini uygulayan grupta doğumun süresi (düzenli kontraksiyonların başlamasından tam dilatasyona kadar) 352 dk iken, uygulamayan grupta 528,5 dk olarak bulunmuştur. Aradaki farkın iki saatten fazla olmasına ramen, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Literatürde doğum eyleminin birinci evresinin süre ortalamaları bakımından araştırmamız sonuçları ile çelişen çalışmalar da bulunmaktadır (58, 148). Smith vd.'nin (148) 2011 yılında aktardığı gibi Almeida vd. 2005 yılında solunum ve gevşeme tekniklerinin etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, doğumun süresi bakımından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Fahami vd.'nin (58) 2007 yılında gebeliğin 24-26. haftasında olan kadınlarda lamaze eğitim programının doğum sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; lamaze eğitimi alan ve almayan iki grup arasında doğumun birinci evresinin uzunluğu bakımından önemli bir fark olmadığı belirtilmiştir.

Doğum eyleminin birinci evresinin süre ortalamaları fazlara göre karşılaştırıldığında; latent fazın süresi deney grubunda 403.71 ± 99.92 dk, kontrol grubunda 658.71 ± 171.69 dk'dır. Deney grubundaki gebelerin latent faz süre ortalaması kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı derecede daha kısadır ($p < 0.001$). Aktif fazın süresi deney grubunda 174.00 ± 69.90 dk, kontrol grubunda 264.57 ± 164.74 dk'dır. Deney grubundaki gebelerin aktif faz süre ortalaması kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı derecede daha kısadır ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.5).

Nattah ve Abbas'ın (120) 2015 yılında primipar gebelerde doğumun ilk evresinde uygulanan solunum tekniklerinin etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; solunum teknikleri uygulanmayan gruptaki gebelerin latent ve aktif faz süre toplamı ortalamaları (4.185 ± 2.985 saat), uygulanan gruptaki gebelere (3.614 ± 2.334 saat) göre daha uzun olmakla birlikte aradaki farkın önemli olmadığı belirtilmiştir.

Geçiş fazın süresi deney grubunda 110.71 ± 79.62 dk, kontrol grubunda 101.42 ± 108.61 dk'dır. Doğum eyleminin geçiş fazı süre ortalamaları bakımından

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.5).

Vakilian ve Keramat'ın (170) 2013 yılında solunum teknikleri ve aromaterapi uygulamasının doğumun birinci ve ikinci evresinin süresi üzerine etkisini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada doğumun aktif ve geçiş fazı süre toplamının, sadece solunum teknikleri uygulanan gruptaki gebelere göre anlamlı derecede daha kısa olduğu belirtilmiştir.

Travay sırasında uygulanan solunum teknikleri eğitimi verilen grup ile verilmeyen grup travay süreleri bakımından karşılaştırıldığında, deney grubundaki gebelerin doğum ayleminin birinci evre, latent fazı ve aktif fazı süre ortalamaları, kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. **Bu sonuç ile “travay sırasında uygulanan solunum teknikleri eğitimi travay süresini kısaltır” şeklindeki H2 hipotezi kabul edilmiştir.** Literatürdeki çalışmalar da araştırmamız sonuçları ile benzerlik göstermektedir (31, 82).

Doğum eyleminin ikinci evresinin süre ortalaması deney grubunda 19.11 ± 12.49 dk, kontrol grubunda 24.48 ± 16.32 dk'dır. Deney grubunda bulunan gebelerin doğum eyleminin ikinci evresinin süre ortalaması, kontrol grubunda bulunan gebelere göre daha kısa olmasına rağmen, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.5).

Cıobanu vd.'nin (31) 2010 yılında üçüncü trimesterde verilen gevşeme ve solunum teknikleri eğitiminin rolünü belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada eğitim alan gruptaki gebelerin doğumun ikinci evresinin süresi (21 dk), eğitim almayan gruptaki gebelere (39 dk) göre önemli derecede kısa olduğu saptanmıştır. Fahami vd.'nin (58) 2007 yılında gebeliğin 24-26. haftasında olan kadınlarda lamaze eğitim programının doğum sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; lamaze eğitimi alan grupta doğumun ikinci evresinin uzunluğunun, eğitim almayan gruba göre anlamlı derecede daha kısa olduğu ifade edilmiştir.

Kaur vd.'nin (82) 2013 yılında primipar gebeler üzerinde doğum sırasında solunum egzersizleri videosu izlettirilmesinin doğum süresine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; solunum egzersizleri videosunu izleyen ve uygulayan gruptaki gebelerin doğumun ikinci evresinin ortalama süresi (24 dk), izlemeyen grup ile karşılaştırıldığında (32 dk) istatistiksel olarak önemli derecede daha kısa olduğu

saptanmıştır. Vakilian ve Keramat'ın (170) 2013 yılında solunum teknikleri ve aromaterapi uygulamasının doğumun birinci ve ikinci evresinin süresi üzerine etkisini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada doğumun ikinci evresinin süre toplamının, sadece solunum teknikleri uygulanan gruptaki gebelere göre anlamlı derecede daha kısa olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarımız doğum eyleminin ikinci evresinin süre ortalaması bakımından literatürdeki bu çalışmalar ile karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu görülmüştür. Ancak araştırmamızda deney grubunda bulunan gebelerin doğum eyleminin ikinci evresinin süre ortalamasının, kontrol grubunda bulunan gebelere göre daha kısa olmasına rağmen, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Araştırmamız sonuçları literatür ile uyumlu olup, solunum teknikleri eğitiminin travay süresini kısaltmada etkili olduğu yönündedir (Bkz. Tablo 4.5). Gebeler doğumun farklı evrelerinde kullanılan solunum tekniklerini bilmeli ve doğum eyleminin her evresinde kontraksiyon geldikçe odaklanabilmek için solunumu nasıl kullanacağını öğrenmelidir (31). Kadın hayatında önemli bir süreç olan doğum eyleminin olumlu bir şekilde sonuçlanması için bu tekniklerin gebeye öğretilmesi ve üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu bağlamda solunum teknikleri gibi gebeye doğum sürecinde ağrı ve anksiyete ile başa çıkma yöntemleri hakkında eğitim veren doğuma hazırlık sınıfları önemli yer tutmaktadır. Bu eğitimlerin özellikle doğum öncesi dönemde verilmesinin çok önemli olduğu düşünülmektedir.

5.6. Gebelerin Travay Süreleri ile Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Solunum teknikleri doğru olarak kullanıldığında uterus kontraksiyonları ile başatmesinde kadına yardımcı olur ve uterus fonksiyonlarının daha etkili olmasını sağlar (13, 160). Ağrı toleransını artırarak gevşemeyi sağlar, kontrol mekanizmalarını geliştirir ve gebenin sakin kalmasına yardımcı olur (31, 50). Böylece gebeler, doğumda kontraksiyonlar sırasında kendilerini kasmak yerine gevşemeyi başarabilirlerse doğum sürelerinin kısalmaya başlayacağı da bildirilmektedir (109).

Araştırmamızda deney grubundaki gebelerde doğumun aktif fazının sonunda gebelerin anksiyete ölçeğinden aldıkları puan azaldıkça latent faz sürelerinin de azaldığı tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.6).

Adams vd.'nin (4) 2012 yılında doğum süresi ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada doğum korkusu olan kadınların doğum sürelerinin daha uzun olduğu belirtilmiştir. Madhavanprabhakaran vd.'nin (102) 2013 yılında gebelikte görülen anksiyete düzeyi ile doğum süresi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada gebelikte yaşanan anksiyetenin doğum süresinin uzamasına neden olduğu belirtilmiştir. Sydsjö vd.'nin (154) 2013 yılında önceki travmatik doğum deneyimden dolayı doğum korkusu yaşayan kadınların aktif ve geçiş faz süre toplamalarının (4 cm dilatasyondan doğuma kadar olan süre) anlamlı derecede daha fazla olduğu bildirilmiştir. Saisto vd.'nin (136) 1999 yılında primiparlar üzerinde yaptıkları çalışmada doğum korkusu yaşayan kadınların doğumun birinci evre süre ortalaması 101 dk, ikinci evre süre ortalaması 15 dk daha uzun olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalar doğum korkusunun ve anksiyetenin travay süresini artırdığını desteklemektedir.

Rajabi vd.'nin (130) 2012 yılında doğum sırasında yaşanan anksiyetenin doğum süresi ile ilişkisini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada anksiyete ile doğum eyleminin evrelerinin süresi (birinci, ikinci, üçüncü evre) arasında önemli ilişki olmadığını ifade etmişlerdir. Araştırmamız sonuçları, bu çalışma ile çelişmektedir. Araştırmamızda doğumun aktif fazının sonunda gebelerin anksiyete puanları arttıkça latent faz sürelerinin de arttığı saptanmış olup, ancak aradaki ilişkinin kuvvetli olmadığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.6).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Travay sırasında verilen solunum teknikleri eğitiminin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu doğrultuda yapılan öneriler verilmiştir.

Gebelere travay sırasında verilen solunum teknikleri eğitiminin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar;

Araştırmaya katılan gebelerin %37.1'i 18-20 yaş grubunda, %95.8'i evli, %44.3'ü ortaokul mezunu ve %91.4'ü çalışmamaktadır. Gebelerin eşlerinin %40'ının ortaokul, %40'ının lise mezunu olduğu ve %44.3'ünün işçi olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.1).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özellikler bakımından gruplar arasında fark olmadığı ve her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

Gebelerin %35.7'si 38. gebelik haftasındadır ve %90'ı gebeliği istediğini ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.2).

Gebelerin tamamının gebeliğinde kontrollere gittiği, bu kontrollerin tamamının devlet hastanesinden, %92.9'unun aile sağlığı merkezlerinden aldıkları ve tamamının kontrollerinin doktor, %97.1'inin de ebeler/hemşireler tarafından yapıldığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2).

Gebelerin %12.9'unun gebeliğinde sigara kullandıkları, bu gebelerin %88.9'unun da günlük ortalama 0-9 adet sigara içtikleri saptanmıştır. Gebelerin %77.1'inin gebeliklerinde sorun yaşadıkları ve bu gebelerin en çok yaşadıkları sorunun %61.4 ile idrar yolu enfeksiyonu olduğu görülmüştür. Gebelerin tamamının doğum öncesi hazırlık kursuna katılmadıkları ve %97.1'inin solunum teknikleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özellikler ve gebelik öyküleri bakımından gruplar arasında fark olmadığı ve her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2).

Gebelerin %97.1'inin travay anından dolayı anksiyete duyduğu saptanmıştır. Anksiyete duyma sebepleri bakımından incelendiklerinde gebelerin en çok doğumun

nasıl olacağına ilişkin belirsizliklere bağlı (%91.4) ve doğum sırasında ortaya çıkabilecek sorunlara bağlı (%71.4) anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3).

Deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin eylem ilerledikçe anksiyete puan ortalamalarının arttığı, ancak kontrol grubundaki gebelerin anksiyete düzeylerindeki artmanın deney grubundaki gebelere göre daha fazla olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.4).

Deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin solunum teknikleri eğitimi verilmeden önce latent fazın başında durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4).

Deney grubunda bulunan gebelere solunum teknikleri eğitimi verildikten ve bu teknikler uygulandıktan sonra yapılan ilk değerlendirmede; latent fazın sonunda deney grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları kontrol grubunda bulunan gebelere göre daha düşük olmasına rağmen, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.4).

Solunum teknikleri eğitimi verildikten ve bu teknikler uygulandıktan sonra yapılan ikinci değerlendirmede; aktif fazın sonunda deney grubunda bulunan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları, kontrol grubunda bulunan gebelere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.4). Bu sonuç ile **“travay sırasında uygulanan solunum teknikleri eğitimi anksiyete düzeyini azaltır”** denilebilir.

Doğumun birinci evresinin ortalama süresi deney grubunda 679.85 ± 191.63 dk, kontrol grubunda 1043.14 ± 262.13 dk bulunmuştur. Deney grubunda bulunan gebelerin doğumun birinci evresi süre ortalamasının kontrol grubunda bulunan gebelere göre anlamlı derecede kısa olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.5).

Doğum eyleminin birinci evresinin süre ortalamaları fazlara göre karşılaştırıldığında; latent fazın süresi deney grubunda 403.71 ± 99.92 dk, kontrol grubunda 658.71 ± 171.69 dk bulunmuştur. Deney grubunda bulunan gebelerin latent fazın süre ortalamasının kontrol grubunda bulunan gebelere göre anlamlı derecede kısa olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.5).

Aktif fazın süresi deney grubunda 174.00 ± 69.90 dk, kontrol grubunda 264.57 ± 164.74 dk'dır. Deney grubunda bulunan gebelerin aktif fazın süre ortalamasının kontrol grubunda bulunan gebelere göre anlamlı derecede kısa olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.5).

Geçiş fazın süresi deney grubunda 110.71 ± 79.62 dk, kontrol grubunda 101.42 ± 108.61 dk'dır. Geçiş fazın süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.5).

Doğum eyleminin ikinci evresinin süre ortalaması deney grubunda 19.11 ± 12.49 dk, kontrol grubunda 24.48 ± 16.32 dk'dır. Doğum eyleminin ikinci evresinin ortalama süresi deney grubunda daha kısa olmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.5). Bu sonuçlar ile **“travay sırasında uygulanan solunum teknikleri eğitimi travay süresini kısaltır”** denilebilir.

Araştırmaya katılan deney grubundaki gebelerin aktif fazın sonunda durumluk anksiyete puanları ile doğum eyleminin latent fazının süresi arasında %37.7 oranında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aktif fazın sonunda durumluk anksiyete puanı arttıkça doğum eyleminin latent fazının süresinin arttığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.6).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Gebelerin bilgi eksikliğinden kaynaklanan kaygılarını azaltmak amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından gebelik süresince uygun ortam sağlanarak doğuma yönelik bilgi eksiklerinin, endişe ve korkularının giderilmesi,

Doğumhanede çalışan sağlık personellerine yönelik, solunum teknikleri ve diğer doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri hakkında hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve bu uygulamaların pratiğe aktarılması,

Gebelerin doğuma yönelik yapılan eğitimleri uygulamaları konusunda uygun ortamın sağlanması ve teşvik edilmesi,

Gebelere doğum öncesi dönemde de solunum teknikleri eğitimi verilerek, doğum eyleminde bilinçli ve kontrollü solunum yapmaları konusunda desteklenmesi,

Diğer gebelerden etkilenme gibi olumsuzlukları düşünerek travay ve doğum odalarının tek kişilik olacak şekilde hazırlanması ve böylece gebeye destek olacak kişilerin yanlarında kalmasına olanak sağlanması,

Ülkemizde henüz yaygın olmayan doğuma hazırlık sınıflarının açılması, doğum eylemine hazırlanmalarına yardımcı olmak için gebe ve eşlerinin bu sınıflara katılmalarının sağlanması ve böylece gebelerin hem gebelik hem de doğum sürecini daha olumlu bir tecrübe olarak yaşamalarına destek olunması,

Solunum teknikleri uygulamalarının doğum eylemi sürecine, doğum ağrısına, anksiyeteye, doğum sonrasına, anne ve yenidoğan sonuçları üzerine etkilerini netleştirmek amacıyla daha geniş gruplarda ve daha geniş süreyi kapsayan çalışmaların planlanması,

Solunum teknikleri uygulamalarının etkinliğini artırmak amacıyla diğer nonfarmakolojik yöntemlerle beraber desteklenerek kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., Sheikhan, F. (2014). Effect of Dance Labor on the Management of Active Phase Labor Pain & Clients' Satisfaction: A Randomized Controlled Trial Study. *Global journal of health science*, 6(3), 219.
2. Abo-Romia, F. A. ve El-Adham, A. F. M. (2014). Effect of Warm Showering on Labor Pain during the First Stage of Labor. *International Journal*, 2(5), 438-442.
3. Adams, J., Frawley, J., Steel, A., Broom, A., Sibbritt, D. (2015). Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery*, 31(4), 458-463.
4. Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.
5. Aksoy, A. N. (2015). Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2, 161-165.
6. Aksu, H. (2003). *Preterm Eylem Tanısı Konmuş Gebelerde Solunum ve Progressif Egzersizlerinin Gebelik Süresine Etkisi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
7. Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E., Vafaei, M.A. (2011). The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(2), 169-173.
8. Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2013). Alternatif/Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4).
9. Anarado, A., Ali, E., Nwonu, E., Chinweuba, A., Ogbolu, Y. (2015). Knowledge and willingness of prenatal women in Enugu Southeastern Nigeria to use in labour non-pharmacological pain reliefs. *African Health Sciences*, 15(2), 568-575.

10. Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Ongel, K., Mungan, M. T. (2011). Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21(2), 79-84.
11. Asadi, N., Maharlouei, N., Khalili, A., Darabi, Y., Davoodi, S., Shahraki, H. R., Kasraeian, M. (2015). Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. *Journal of acupuncture and meridian studies*, 8(5), 249-254.
12. Avcıbay, B. (2009). *Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
13. Avcıbay, B., Alan, S. (2011). Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 18-24.
14. Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2), 37-48.
15. Bahadoran, P., Asefi, F., Arizi, H., Valiani, M. (2010). The effect of participating in the labor preparation classes on maternal vitality and positive affect and attitude toward the labor methods during the pregnancy and after the labor in women referring to the selected Isfahan Public Health Centers in 2010. *IJNMR/Fall*, 15(4), 1-6.
16. Barragán Loayza, I. M., Solà, I., Juandó Prats, C. (2011). Biofeedback for pain management during labour. *The Cochrane Library*, 6.
17. Bastani, F., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., Vafaei, M., Kashanian, M. (2005). A Randomized Controlled Trial of the Effects of Applied Relaxation Training on Reducing Anxiety and Perceived Stress in Pregnant Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), 36-40.
18. Bastani, F., Hidarnia, A., Montgomery, K. S., Aguilar M. E., Vafaeii M. E., Kazemnejad, A. (2006). Does Relaxation Education in Anxious Primigravid Iranian Women Influence Adverse Pregnancy Outcomes? A Randomized Controlled Trial. *J Perinat Neonat Nurs.*, 20(2), 138–146.
19. Baysan Arabacı, L., Korhan, E. A., Tokem, Y., Torun, R. (2015). Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(1).

20. Beksaç, M.S., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A. (2001). *Obstetrik Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji*. Ankara: Medikal ve Nobel Kozan Ofset.
21. Bharatti, B. (2010). Effective Nursing Interventions on Pain during Labour among Primi Mothers. *The Nursing Journal of India*, 6.
22. Boaviagem, A., Junior, E. M., Lubambo, L., Sousa, P., Aragão, C., Albuquerque, S., Lemos, A. (2017). The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 26, 30-35.
23. Brown, S. T., Douglas, C., Flood, L. P. (2001). Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used during Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 10(3).
24. Chaillet, N., Belaid, L., Crochetiere, C., Roy, L., Gagné, G. P., Moutquin, J. M., Bonapace, J. (2014). Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis. *Birth*, 41(2), 122-137.
25. Chang, M. Y., Chen, C. H., Huang, K. F. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of clinical nursing*, 17(19), 2580-2587.
26. Chang, M. Y., Wang, S. Y., Chen, C. H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of advanced Nursing*, 38(1), 68-73.
27. Choi, S. M., Park J. Y. (2010). The Effects of Relaxation Therapy on Anxiety and Stress of Pregnant Women with Preterm Labor. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 16(4), 336-347.
28. Chuang, L. L., Lin, L. C., Cheng, P. J., Chen, C. H., Wu, S. C., Chang, C.L. (2011). Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 170-180.
29. Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., Hatthakit, U. (2008). Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary therapies in clinical practice*, 14(2), 105-115.

30. Ciobanu, D. I. (2010). Relaxation and breathing techniques–positive factors in the deployment of pregnant women’s labor and delivery. *Eur J Physic Health Educ*, 3(2), 39-48.
31. Ciobanu, D.I., Deac, A., Lozinca, I. (2010). Comparative Study Regarding The Influence Of Pain Management On Labor Deployment. *Ovidius University Annals, Series Physical Education and Sport / Science, Movement And Health*, 10(2), 883-892.
32. Coşkun, A. M. (2012). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
33. Curzik, D., Jokic-Begic, N. (2011). Anxiety sensitivity and anxiety as correlates of expected, experienced and recalled labor pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(4), 198-203.
34. Çam, O., Engin, E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. (1. Baskı)*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
35. Çapkın, N. (2011). *Personelin Kaygı Düzeyinin İş Tatminine Olan Etkisi: Sağlık Sektöründe Yapılan Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
36. Çatak, B., Aksan, A. D., Zincir, M. (2012). Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği, *TAF Prev Med Bull*, 11(2), 153-162.
37. Çiçek, N., Mungan, T. (2007). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
38. Çiçek, Ö., Mete, S. (2015). Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 263-268.
39. Çöçelli, L. P., Bacaksız, B. D., Ovayolu, N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14,53-58.
40. Davim, R.M.B., Torres, G. V., Dantas, J. C. (2009). Effectiveness of non-pharmacological strategies in relieving labor pain. *Rev Esc Enferm USP*, 43(2), 435-41.
41. Davim, R. M. B., Torres, G. V., Melo, E. S. (2007). Non-Pharmacological Strategies On Pain Relief During Labor: Pre-Testing Of An Instrument. *Rev Latino-am Enfermagem novembro-dezembro*, 15(6), 1150-6.

42. Dehcheshmeh, F. S., Rafiei, H. (2015). Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(4), 229-232.
43. Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V., Millere, I. (2015). Causes of Anxiety during Pregnancy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 623-626.
44. Dengsangluri, J.A., Salunkhe, J. A.(2015). Effect of Breathing Exercise in Reduction of Pain during First Stage of Labour among Primigravidas. *International Journal of Health Sciences & Research*, 5(6), 390- 398.
45. Derry, S., Straube, S., Moore, R.A., Hancock, H., Collins, S. L. (2012). Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *The Cochrane Library*.1.
46. Dolatian, M., Hasanpour, A., Montazeri, S., Heshmat, R., Majd, H. A. (2011). The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iranian red crescent medical journal*, 475-479.
47. Dong, C., Hu, L., Liang, F., Zhang, S. (2015). Effects of electro-acupuncture on labor pain management. *Archives of gynecology and obstetrics*, 291(3), 531-536.
48. Downe, S., Finlayson, K., Melvin, C., Spiby, H., Ali, S., Diggle, P., Trepel, D. (2015). Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(9), 1226-1234.
49. Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T., Neilson, J. P. (2009). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *The Cochrane Library*. 9.
50. El-Refaye, G. E., El Nahas, E. M., Ghareeb, H. O. (2016). Effect of kinesiо tapping therapy combined with breathing exercises on childbirth duration and labor pain: a randomized controlled trial. *Bulletin of Faculty of Physical Therapy*, 21(1), 23.

51. Emelonye, A. U., Pitkäaho, T., Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). Spousal Presence as a Nonpharmacological Pain Management during Childbirth: A Pilot Study. *Nursing research and practice*, 1-7
52. Erdine, S. (2000). *Ağrı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
53. Erdine, S. (2006). *Ağrı Tedavisi El Kitabı* (R. Melzack, P. D. Wall, Çev.). İstanbul: Güneş Kitabevi.
54. Erdine, S. (2007). *Ağrı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
55. Ergöl, Ş., Kürtüncü, M. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26–34.
56. Ertem, G., Sevil, Ü. (2005). Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 117-123.
57. Eti Aslan, F. (2006). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Ankara: Avrupa Tıp Kitapçılık.
58. Fahami, F., Masoudfar, S., Davazdahemami, S. (2007). The Effect of Lamaze Practices on the Outcome of Pregnancy and Labor in Primipara Women Iranian. *Journal of Nursing and Midwifery Research Summer*, 12(3), 111- 114.
59. Gadade, M., Podder, L. (2015). Effectiveness of selected paced breathing on anxiety level and pain perception during first stage of labor among parturient in Pune. *International Journal of Nursing Research and Practice*, 2(1). 2350-1324.
60. Gagnon, A. J., Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood or both. *The Cochrane Library*, 3.
61. Gayeski, M. E., Brüggemann, O. M., Monticelli, M., Dos Santos, E. K. A. (2015). Application of nonpharmacologic methods to relieve pain during labor: The point of view of Primiparous women. *Pain Management Nursing*, 16(3), 273-284.
62. Gottesman, C. (2014). Stress Relief at Your Finger Tips for Labor, Delivery and Afterward. *International Journal of Childbirth Education*, 29(4).
63. Gönenç, İ. M. (2013). *Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

64. Gönenç, İ., Terzioğlu, F. (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 129-143.
65. Guskowska, M., Langwald, M., Sempolska, K. (2013). Influence of a relaxation session and an exercise class on emotional states in pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 121–133.
66. Gündoğdu, G. (2013). *Son Trimesterdeki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri İle Doğumdaki Anksiyete ve Ağrı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
67. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı. Erişim: 29.03.2017.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
68. Hajighasemali, S., Akbari Sedegheh, A. A., Akbarzadeh Baghban, A. R., Heshmat, R. (2015). Comparison of the effects of spleen 6 acupressure and foot reflexology on the intensity of pain in the first stage of labor. *Pars Journal of Medical Sciences*, 12(4), 15-22.
69. Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(5), 567-576.
70. Hamlacı, Y. (2013). *LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
71. Hesson, K., Hill, T., Bakal, D. (1997). Variability in breathing patterns during latent labor a pilot study. *Journal of nurse-midwifery*. 42(2), 99-103.
72. Ibáñez-Gil, N., Oliva-Pérez, J., Simonelli-Muñoz, A. J. (2015). Midwives and gynecologists: Knowledge about sterile water injections for pain relief in labor. *Pain Management Nursing*, 16(2), 9-16.
73. Jallo, N., Salyer, J., Ruiz, R. J., French, E. (2015). Perceptions of guided imagery for stress management in pregnant African American women. *Archives of psychiatric nursing*, 29(4), 249-254.

74. Jokić-Begić, N., Žigić, L., Nakić Radoš, S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(1), 22-28.
75. Jones, L., Dou, L., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Neilson, J. P. (2011). Pain management for women in labour: generic protocol. *The Cochrane Library*. 6.
76. Jones, L., Othman M., Dowswell T., Alfirevic Z., Gates S., Newburn M., Jordan S., Lavender T., Neilson J.P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 5(2), 101-102.
77. Kadayıfçı, O. (2005). *Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
78. Kamalifard, M., Shahnazi, M., Melli, M. S., Allahverdizadeh, S., Toraby, S., Ghahvechi, A. (2012). The Efficacy of Massage Therapy and Breathing Techniques on Pain Intensity and Physiological Responses to Labor Pain. *Journal of Caring Sciences*, 1(2), 73-78.
79. Kaptan, G., Dedeli, Ö. (2012). *Ebe ve Hemşireler İçin Gebelikte İç Hastalıkları*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
80. Karaman, N. (2008). *Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar İle Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki Ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
81. Karlsdottir, S. I., Sveinsdottir, H., Olafsdottir, O. A., Kristjansdottir, H. (2015). Pregnant women's expectations about pain intensity during childbirth and their attitudes towards pain management: Findings from an Icelandic national study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(4), 211-218.
82. Kaur, K., Rana, A. K., Gainer, S. (2013). Effect of video on 'Breathing Exercises during labour' on Pain Perception and Duration of Labour Among Primigravida Mothers. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 9(1), 1-9.
83. Kermane, M. M. (2016). A Psychological Study on Stress among Employed Women and Housewives and Its Management through Progressive Muscular Relaxation Technique (PMRT) and Mindfulness Breathing. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6(1).

84. Khoda Karami, N., Safarzadeh, A., Fathizadeh, N. (2007). Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 12(1).
85. Khosravy, F., Shahoei, R., Nasab, L. H., Ranaei, F., Abdolahi, M. (2013). Fears associated with Pregnancy and Childbirth among Kurdish Women in Iran. *Life Science Journal*, 10(2), 367-373.
86. Kızılkaya Beji, N. (2015). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
87. Koyyalamudi, V., Sidhu, G., Cornett, E. M., Nguyen, V., Labrie-Brown, C., Fox, C. J., Kaye, A. D. (2016). New Labor Pain Treatment Options. *Current pain and headache reports*, 20(2), 1-9.
88. Köksal, Ö., Taşçı Duran, E. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *DEUHYO ED*, 6 (3), 144-148.
89. Kömürcü, N., Berkiten Ergin, A., Çalışkan, E., J. Buckley, S., Yeşilçiçek Çalık K., Çoker, H., Karabekir, N. (2013). Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler. N. Kömürcü (Ed.), *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. İstanbul: Bedray Yayıncılık.
90. Köroğlu, E. (2004). *PsikoNezoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: HYB Yayıncılık.
91. Körükçü, Ö., Fırat, M. Z., Kukulu, K. (2010). Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 467-470.
92. Landolt, A. S., Milling, L. S. (2011). The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review. *Clinical psychology review*, 31(6), 1022-1031.
93. Lee, M. K., Chang, S. B., Kang, D. H. (2004). Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10(6), 959-965.
94. Lee, N., Webster, J., Beckmann, M., Gibbons, K., Smith, T., Stapleton, H., Kildea, S. (2013). Comparison of a single vs. a four intradermal sterile water injection for relief of lower back pain for women in labour: A randomised controlled trial. *Midwifery*, 29(6), 585-591.

95. Leung, R.W., Li, J. F., Leung, M. K., Fung, B. K., Fung, L. C., Tai, S. M., Sing, C., Leung, W. C. (2013). Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. *Hong Kong Med J*, 19(5), 393-9.
96. Levett, K. M., Smith, C. A., Bensoussan, A., Dahlen, H. G. (2016). The Complementary Therapies for Labour and Birth Study Making sense of labour and birth—experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. *Midwifery*, 40, 124–131.
97. Lindholm, A., Hildingsson, I. (2015). Women's preferences and received pain relief in childbirth—A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 74-81.
98. Liu, Y. H., Chang, M. Y., Chen, C. H. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of clinical nursing*, 19(7-8), 1065-1072.
99. Lothian, J. A. (2011). Lamaze Breathing. *The Journal of perinatal education*, 20(2), 118-120.
100. Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., Jones, L. (2012). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *The Cochrane Library*, 5.
101. Maddocks-Jennings, W., Wilkinson, J. M. (2004). Aromatherapy practice in nursing: literature review. *J Adv Nurs.*, 48(1), 93-103.
102. Madhavanprabhakaran, G. K., Kumar K. A., Ramasubramaniam S., Akintola A. A. (2013). Effects of pregnancy related anxiety on labour outcomes: A prospective cohort study. *J Res Nurs Midwifery*, 2(7), 96-103.
103. Mamuk, N., Davas, N. İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 44, 137-144.
104. Mayor, D., Vixner, L., Mårtensson, L. B., Schytt, E. (2016). Acupuncture with manual and electrical stimulation for labour pain: a two month follow up of recollection of pain and birth experience. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 59(1), 28-30.
105. Mc Nabb, M. T., Kimber, L., Haines, A., McCourt, C. (2006). Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during

- labour and birth? - A feasibility study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(3), 222-231.
106. Mc Neill, J. A, Alderdice F. A, McMurray F. A. (2006). Retrospective cohort study exploring the relationship between antenatal reflexology and intranatal outcomes. *Complement Ther Clin Pract.*, 12(2),119-25.
107. Mehdizadeh, A., Roosta, F., Chaichian, S., Alaghebandan, R. (2005). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American journal of perinatology*, 22(01), 7-9.
108. Merksey, H., Bogduk, N. (1994). "Classification Of Chronic Pain Descriptions Of Chronic Pain Syndromes And Definitions Of Pain Terms. USA: Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain (IASP). Erişim: 17.03.2017. <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>.
109. Mete, M., Ertuğrul M., Uludağ M. (2015). Bir Doğuma Hazırlık Eğitim Programı "Doğumda Farkındalık". *DEUHFED*, 8(2), 131-141.
110. Mete, S. (2013). Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki. *DEUHYO ED*, 6 (2), 93-98.
111. Mete, S., Çiçek, Ö., Uludağ, E. (2016). Doğum Ağrısı ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *DEUHFED*, 9(3), 101-104.
112. Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Makuch, M. Y. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 1.
113. Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Makuch, M. Y. (2015). Developing strategies to be added to the protocol for antenatal care: An exercise and birth preparation program. *Clinics*, 70(4), 231-236.
114. Moghimi-Hanjani, S., Mehdizadeh-Tourzani, Z., Shoghi, M. (2015). The effect of foot reflexology on anxiety, pain, and outcomes of the labor in primigravida women. *Acta Medica Iranica*, 53(8), 507-511.

115. Mollart, L. J., Adam, J., Foureur, M. (2015). Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: A systematic review. *Women and Birth*, 28(3), 199-206.
116. Mollart, L., Skinner, V., Foureur, M. (2016). A feasibility randomised controlled trial of acupressure to assist spontaneous labour for primigravid women experiencing a post-date pregnancy. *Midwifery*, 36, 21-27.
117. Mucuk, S. (2010). *Li4 ve Sp6 Akupunktur Noktasına Yapılan Uyarının Doğum Ağrısı ve Süresine Etkisi*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
118. Mugambe, J. M., Nel, M., Hiemstra, L. A., Steinberg, W. J. (2007). Knowledge of and attitude towards pain relief during labour of women attending the antenatal clinic of Cecilia Makiwane Hospital, South Africa. *South African Family Practice*, 49(4), 16-16d.
119. Mukherji, A., Glickman-Simon, R. (2016). Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder, Coffee Consumption and Mortality, Phytoestrogens for Menopause, Light Therapy for Non-Seasonal Depression, Electroacupuncture for Labor Pain. Explore. *The Journal of Science and Healing*, 12(3), 210-214.
120. Nattah F. M., Abbas W. A. K. (2015). Breathing Exercise in the First Stage of Labour among Primi Mothers at Hilla Teaching Hospital. *European Journal of Scientific Research*, 135(2), 121-128.
121. Nishi, D., Shirakawa, M. N., Ota, E., Hanada, N., Mori, R. (2014). *Hypnosis for induction of labour*. The Cochrane Library, 11.
122. Okumuş, H., Mete, S. (2014). *Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık/Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber*. İstanbul: Deomed Yayıncılık.
123. Özer, H. G. (2004). *Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
124. Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(1), 083-092.

125. Özyürek, A., Demiray, K. (2010). Yurtta ve ailesi yanında kalan ortaöğretim öğrencilerinin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 247-256.
126. Paramban, S., Bala, S., Sowmya, J. K., Rao, M. V., Veetil, P. K. (2016). Effectiveness of Benson's Relaxation Therapy on Reduction of Stress among Primigravid Mothers. *Acta Medica International*, 3(2), 133-140.
127. Phumdoung, S., Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain management nursing*, 4(2), 54-61.
128. Pirinçci, E., Polat, A., Köroğlu, A., Kumru, S. (2010). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2), 1-7.
129. Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gray, S., Strickland, O. L. (1998). First stage labor management: An examination of patterned breathing and fatigue. *Birth*, 25(4), 241-245.
130. Rajabi, F., Ali Akbari, S. A., Shams, J., Majd H. A. (2012). Correlation Between Anxiety In Labor And Duration As Well As Outcome. *Advances in Nursing & Midwifery*. 21(75z).
131. Rammero, A., Hanson, U., Kihlgren, M. (2002). Acupuncture treatment during labor—a randomized controlled trial. *BJOG*, 109(6), 637-644.
132. Rathfisch, G. (2012). *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
133. Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B., Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of Womens Mental Health*, 16(5), 363-369.
134. Rooks, J. P. (2012). Labor pain management other than neuraxial: what do we know and where do we go next? *Birth*, 39(4), 318-322.
135. Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2009). *Klinik Psikiyatri El Kitabı* (A. Bozkurt, Çev.). Ankara: Öncü Basımevi.
136. Saisto, T., Ylikorkala, O., Halmesmäki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 94(5, Part 1), 679-682.
137. Santana, L. S., Gallo, R. B. S., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., Quintana, S. M., Marcolin, A. C. (2016). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

- reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 62(1), 29-34.
138. Saxena, K. N., Shokeen S., Taneja B. (2016). Comparative evaluation of efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation administered by dermatomal stimulation versus acupuncture points stimulation. *Northern Journal of ISA*, 1(1), 29-34.
139. Sayner, F. D., Demirci, N. (2007). Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 15(60), 146-154.
140. Serçekuş, P., Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162.
141. Shirvani, M. A., Ganji, J. (2013). The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 23 (17-18), 2473-2480.
142. Sialubanje, C., Massar, K., Hamer, D. H., Ruiters, R. A. (2014). Understanding the psychosocial and environmental factors and barriers affecting utilization of maternal healthcare services in Kalomo, Zambia: a qualitative study. *Health Education Research*, 29(3), 521-532.
143. Silva Gallo, R. B., Santana, L. S., Jorge Ferreira, C. H., Marcolin, A. C., PoliNeto, O. B., Duarte, G., Quintana, S. M. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 59(2), 109-116.
144. Simkin, P., Ancheta R. (2016). *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire, Ebe ve Hekimler İçin Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*. (S. Mete, Çev.). İstanbul: Medikal Yayıncılık.
145. Simkin, P., Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*, 49(6), 489-504.6.
146. Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A. (2011). Aromatherapy for pain management in labour. *The Cochrane Library*, 7,
147. Smith, C. A., Crowther, C. A. (2004). Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.

148. Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Crowther, C. A. (2011). Relaxation techniques for pain management in labour. *The Cochrane Library*, 12.
149. Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Jones, L. (2012). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *The Cochrane Library*, 2.
150. Solivan, A. E., Xiong, X., Harville, E. W., Buekens, P. (2015). Measurement of perceived stress among pregnant women: A comparison of two different instruments. *Maternal and child health journal*, 19(9), 1910-1915.
151. Spiby, S., Slade, P., Escott, D., Henderson, B., Fraser, C. ve R. (2003). Selected Coping Strategies in Labor: An Investigation of Women's Experiences. *BIRTH*, 30(3), 189-194.
152. Steel, A., Frawley, J., Sibbritt, D., Broom, A., Adams, J. (2016). The characteristics of women who use hypnotherapy for intrapartum pain management: Preliminary insights from a nationally-representative sample of Australian women. *Complementary therapies in medicine*, 25, 67-70.
153. Subaşı, B, Özcan, H, Pekçetin, S, Göker, B, Tunç, S, Budak, B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg.*, 29(4),165-167.
154. Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A., Josefsson, A. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 92(2), 210-214.
155. Şahin, N., Dinç, H., Dişsiz, M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.
156. Şahin, Ş., Owen, M. D. (2006). *Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi*. İstanbul: Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi.
157. Şirin, A., Kavlak, O. (2008). *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
158. Taavoni, S., Abdolahian, S., Haghani, H. (2013). Effect of Sacrum-Perineum Heat Therapy on Active Phase Labor Pain and Client Satisfaction: A Randomized, Controlled Trial Study. *Pain Medicine*, 14(9), 1301-1306.
159. Taşçı, E., Sevil, Ü. (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, 17(3), 181-186.

160. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Özyurt Matbaacılık.
161. T.C. Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstatistik Birimi (2015), Kütahya.
162. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. (2014). Ankara: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi.
163. Teixeira, J. M., Martin, D., Prendiville, O., Glover, V. (2005). The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol*, 26(4), 271-276.
164. Thomas, E., Dhiwar, S. (2011). Effectiveness Of Patterned Breathing Technique In Reduction Of Pain During First Stage Of Labour Among Primigravidas. *Sinhgad e-Journal of Nursing*, 1(2), 6-8.
165. Toosi, M., Akbarzadeh, M., Sharif, F., Zare, N. (2014). The Reduction of Anxiety and Improved Maternal Attachment to Fetuses and Neonates by Relaxation Training in Primigravida Women. *Women's Health Bulletin*, 1(1):e18968,1-6.
166. Toosi, M., Akbarzadeh, M., Zare, N., Sharif, F. (2013). The role of relaxation training in health index of infants in pregnant mothers. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 11(1), 13-19.
167. Uçar, T., Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(2),54-58.
168. UNICEF (2015). *UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women: Antenatal Care*. New York. Erişim: 20.03.2017, <http://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/#>
169. Üst, Z. D., Pasinlioğlu, T., Özkan, H. (2013). Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 16(2).
170. Vakilian, K., Keramat, A. (2013). The Effect of the Breathing Technique With and Without Aromatherapy on the Length of the Active Phase and Second Stage of Labor. *Nursing and Midwifery Studies*, 1(3), 115-9.
171. Valiani, M., Shiran, E., Kianpour, M., Hasanpour, M. (2010). Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor

- on the primiparous women. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 15(Suppl1), 302.
172. Vargens, O. M., Silva, A. C., Progianti, J. M. (2013). Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth-The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*, 29(11), 99-106.
173. Vixner, L., Mårtensson, L. B., Schytt, E. (2015). Acupuncture with manual and electrical stimulation for labour pain: a two month follow up of recollection of pain and birth experience. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 15(180), 1-9.
174. Westhuizen, M., ICCE, H. (2011), Trends in South African Labor & Pain Management. *International Journal of Childbirth Education*, 26(4), 29-31.
175. World Health Organisation (2005). The World Health Report: Make Every Mother and Child Count. Erişim tarihi: 18.02.2017. <http://www.who.int/whr/2005/en/>
176. Yanıkkerem, E., Altan, E., Demirtosun, P. (2004). Manisa 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Gebelerde Depresyon Durumu. *Kadın Doğum Dergisi*, 2(4), 301-306.
177. Yeşilçiçek Çalık, K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1).
178. Yeşilçiçek Çalık, K., Kömürcü, N. (2014). SP6 noktasına akupresür uygulanan gebelerin doğum eylemine ve akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 29-37.
179. Yılar, Z. (2014). *Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
180. Yıldırım, G. (2001). *Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
181. Yıldırım, G., Hotun Şahin, N. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 14-20.
182. Yıldırım, G., Hotun Şahin, N. (2004). The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Research and Management*, 9(4), 183-187.

183. Yu, W. J., Song, J. E. (2010). Effects of abdominal breathing on state anxiety, stress, and tocolytic dosage for pregnant women in preterm labor. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(3), 442-452.
184. Zar, M., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84.
185. Østborg, T. B., Romundstad, P. R., Eggebø, T. M. (2017). Duration of the active phase of labor in spontaneous and induced labors. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(1), 120-127.



EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Sorular

1.Yaşınız?

2.Medeni durumunuz?

a) Evli b)Bekar c)Boşanmış/ayrı yaşıyor d)Diğer

3.Eğitim durumunuz?

a) Okur yazar değil d) Ortaokul
 b) Okur yazar e) Lise
 c)İlkokul f) Yüksekokul ve üstü

4.Eşinizin eğitim durumu?

a) Okur yazar değil d) Ortaokul
 b) Okur yazar e) Lise
 c) İlkokul f) Yüksekokul ve üstü

5.Çalışma durumunuz nedir? a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6.Eşinizin mesleği?

a) İşçi d) Emekli
 b) Memur e) İşsiz
 c)Esnaf/ Serbest meslek f) Diğer

7.Sosyal güvenceniz var mı? a) Evet b) Hayır

8.Ailenizin gelir durumu?

a) Düşük (gelir giderden az) b) Orta (gelir gidere denk) c) İyi (gelir giderden fazla)

9.Kaç yıllık evlisiniz? a) 0-5 b)6-10 c) 11 ve üzeri

10.Aile tipiniz? a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile d) Diğer

11.Nerede yaşıyorsunuz? a) İl b) İlçe c) Köy d) Diğer

12.Oturduğunuz ev size mi ait? a) Evet b) Hayır

Obstetrik Özelliklere İlişkin Sorular

13.Son adet tarihiniz.....

14.TDT (Tahmini Doğum Tarihi).....

15.Gerçekleşen Doğum Tarihi.....

16.Kaç haftalık gebesiniz?

17.Bebeginizin cinsiyeti nedir? a) Kız b) Erkek c) Bilmiyorum

18.Gebeliğiniz isteyerek ve planlı kalınmış bir gebelik mi? a) Evet b) Hayır

19.Gebeliğiniz süresince sigara kullandınız mı? (Cevabınız hayır ise 21.soruya geçiniz) a)Evet b)Hayır

20.Günde kaç adet sigara kullandınız?

a) 0-9 adet/gün b) 10-19 adet/gün c) 1 paket ve üzeri

21.Gebeliğiniz süresince hiç kontrole gittiniz mi? (Cevabınız hayır ise 25. soruya geçiniz) a) Evet b) Hayır

22.Kontrollere nereye gittiniz?

a) Devlet Hastanesi c) Özel klinik e) Diğer....

b) Sağlık ocağı/Sağlık evi d) Özel doktor muayenesi

23.Gebeliğiniz süresince kontrolleriniz kim tarafından yapıldı?

a) Ebe b) Hemşire c) Doktor d) Diğer.....

24.Gebeliğiniz süresince kaç kez kontrole gittiniz?

a) 4'den az b)4-8 c) 8'den fazla

25. Gebeliğiniz süresince herhangi bir ilaç kullandınız mı? (Cevabınız hayır ise 27. soruya geçiniz) a) Evet b)Hayır

26.Ne tür bir ilaç kullandınız?

a) Demir b)Vitamin c)Folik asit d) Diğer.....

27.Gebeliğiniz süresince herhangi bir sorunuz oldu mu? (Cevabınız hayır ise 29. soruya geçiniz) a) Evet b)Hayır

28.Gebeliğiniz süresince yaşadığınız sorununuz nedir?

- a) Bulantı-kusma c) İdrar yolu enfeksiyonu e) Yorgunluk
b) Kanama d) Üst solunum yolu enfeksiyonu f) Diğer.....

29.Gebeliğiniz süresince başkalarından doğumlu ilgili hikâyeler dinlediniz mi?

(Cevabınız hayır ise 31. soruya geçiniz.) a) Evet b)Hayır

30.Dinlediğiniz bu hikâyelerden nasıl etkilendiniz?

- a) Olumlu b) Olumsuz c) Diğer.....

31.Günlük yaşantınızda ağrınız olduğunda ağrınızı gidermek için neler yaparsınız?

- a) Hiçbir şey yapmam, hemen yatarım.
b) Ağrı kesici alırım.
c) Masaj, solunum egzersizi, gevşeme gibi ilaç dışı yöntemler kullanırım.
d) Dikkatimi başka yöne çekmeye çalışırım.
e) Diğer.....

32.Gebeliğiniz süresince doğuma yönelik herhangi bir doğum öncesi hazırlık kursuna katıldınız mı? (Cevabınız hayır ise 34. soruya geçiniz)

- a) Evet b)Hayır

33.Doğuma yönelik doğum öncesi hazırlık kursunda hangi konularda eğitim aldınız?

- a) Doğum öncesi bakım(gebeliğin fizyolojisi, beslenme,.....)
b) Doğum sırasında ağrı ile baş etmede kullanılan yöntemler (genel anestezi, lokal anestezi, masaj, hipnoz,.....)
c) Doğum sonrası bakım (lohusalık ve bebek bakımı,.....)
d) Diğer.....

34.Doğum sırasında uygulanan solunum teknikleri hakkında bilginiz var mı?

(Cevabınız hayır ise 36. soruya geçiniz) a) Evet b) Hayır

35.Bu bilgiyi nereden aldınız?

- a) TV-radyo, basın-yayın-internet d) Yakınımdan
b) Sağlık personelinde e) Arkadaşlarımdan

c) Ailemden f) Diğer.....

36.Şu an doğum anından dolayı anksiyete duyuyor musunuz? a) Evet b) Hayır

37.Ansiyete duymanızın sebebi nedir?

- a) Doğum sırasında ortaya çıkabilecek sorunlara bağlı (ıkmamama, eylemin uzaması, aşırı kanama, bebeğin başının sıkışması,)
- b) Doğumun nasıl olacağına ilişkin belirsizliklere bağlı (bilgi eksikliğine bağlı korku,.....)
- c) Bebeğin sağlığına ilişkin korku ve endişe (bebeğin sakat, kör, sağır doğmasından,,.....)
- d) Sağlık personeli ve davranışına ilişkin (hata yapması, kötü davranması, acıyı anlamaması,...)
- e) Doğum sonrası döneme ilişkin (sütün gelmemesi, emzirememe, doğum sonrası bebekte oluşabilecek sorunlar,)
- f) Diğer.....

38. Günlük yaşantınızda anksiyete yaşadığınızda bu durumu gidermek için neler yaparsınız?

- a) Sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.
- b) Farklı şeyler düşünerek dikkatimi başka yöne vermeye çalışırım.
- c) Moralim bozulur, çaresiz kalırım ve kendimi soruna teslim ederim.
- d) Başka insanlardan sorunla ilgili tecrübelerini dinlerim ve örnek alırım.
- e) Alkol ya da sakinleştirici alırım.
- f) Diğer.....

EK 2. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

	Hiç (1)	Biraz (2)	Çok (3)	Tamamen (4)
1.Şu anda sakinim.				
2.Kendimi emniyette hissediyorum.				
3.Şu anda sinirlerim gergin.				
4.Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5.Şu anda huzur içindeyim.				
6.Şu anda hiç keyfim yok.				
7.Başıma geleceklerden endişe duyuyorum.				
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9.Şu anda kaygılıyım.				
10.Kendimi rahat hissediyorum.				
11.Kendime güvenim var.				
12.Şu anda asabım bozuk.				
13.Çok sinirliyim.				
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16.Şu anda halimden memnunum.				
17.Şu anda endişeliyim.				
18.Heyecandan şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19.Şu anda sevinçliyim.				
20.Şu anda keyfim yerinde.				

EK 3. DOĞUM EYLEMİ İZLEM FORMU

Kontraksiyonların başladığı tarih ve saat:

Hastaneye geldiği tarih ve saat:.....

Solunum teknikleri eğitiminin uygulanmaya başlandığı tarih ve saat:

Solunum teknikleri eğitiminin uygulanmasının bittiği tarih ve saat:.....

Doğumun gerçekleştiği tarih ve saat:


	Başlangıç	Bitiş	Süre
Doğumun latent fazı (0-3 cm)			
Doğumun aktif fazı (4-7 cm)			
Doğumun geçiş fazı (8-10 cm)			
Toplam travay			

EK 4. ETİK KURUL İZİNİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Solunum Teknikleri Eğitiminin Travay Süresi ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015-KAEK-86/2

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	26.01.2016	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	26.01.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>		CD, 5 adet literatür
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016-2	Tarih: 08.02.2016		
	<p>Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, çalışmanın sonlanım raporunun Etik Kurul Başkanlığı'na iletilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>(İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.)</p>			

Etik Kurul Başkanı
Prof.Dr.Keyser ONBAŞI
İmza: 

EK 5. KURUM İZİNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KARAR NO : 6
KARAR TARİHİ : 07.03.2016

ÖN İZİN BAŞVURU KOMİSYONU KARARIDIR

TKHK Destek ve İdari Hizmetler Başkan Yardımcılığının 22.04.2014 tarih ve 2014.1304995.209 sayılı Klinik Araştırmalarda Ön İzin Süreci hakkındaki yazıları ile Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönergenin 6. Maddesine istinaden Genel Sekreterliğimize başvuru klinik araştırma ile bilimsel araştırma ve proje çalışmalarını değerlendirmek ve yürütmek üzere Genel Sekreterlik Oluru ile oluşturulan Komisyonunda;

DPÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sevil ÇİÇEK'in "Solunum Teknikleri Eğitiminin travay Süresi ve Anksiyet Düzeyine Etkisi" konulu bilimsel çalışmasına ait anket çalışmasını D.P.Ü Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniğinde uygulayabilmesi amacıyla istenilen ön izin başvuru evrakları "Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" kapsamında Genel Sekreterlik Makamının 13.04.2015 tarih ve 903.07.02/6357 sayılı oluru ile oluşturulan İnceleme Komisyonu tarafından değerlendirilerek çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimize sunulması ve Sağlık Bakanlığının 07.01.2013 tarih ve 145 sayılı yazılarındaki kısıtlar ve sonuçlarını Genel Sekreterliğimizden izin alarak paylaşmak koşuluyla oy birliğiyle uygun görülmüştür.

Uzm.Dr. Sabahattin ALTINTAŞ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Uzm.Dr. Mesut KARACA
İdari Hizmetler Başkanı

Mevlüt YILDIZ
Mali.Hizmetler Başkanı

Dr.Dr. Faah OGHAN
Hastane Yöneticisi

Dr. Neslihan ÜNAL
Uzman

H.Gülçin AGAHOĞLU
Uzman

Adres : Ali Paşa Mh. Abdurrahman Kuru Bulv. No: 13 Kat: 1
Konak Rezidansı 43100KÜTAHYA
Faks: (0274) 2236059

Ayrıntılı Bilgi : Biran ÖZGÖR

Dakik Tel : (0274) 2236070/1199

EK 6. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

01/31/2016 07:16 99-212-2872958

BUREM

PAGE 01

22.01.2016

BOĞAZIÇI ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİ

REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK MERKEZİ'NE

Dumlupınar Üniversitesi Kutahya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Yüksek lisans tezimde Necla Öner tarafından Türkiye'ye uyarlanan ve standartizasyonu yapılan Durumluk Anksiyete Ölçeği'ni kullanmak için izin istiyorum.

Adres: Dumlupınar Üniversitesi
Kutahya Sağlık Yüksekokulu
Evliya Çelebi Yerleşkesi
Tavaşanlı Yolu 10 km Kutahya / Türkiye
Fax Numarası: 0(274) 265 21 91
Cep Telefonu: 0(507) 193 69 70

Arş. Gör. Sevil ÇİÇEK



Sevgili Psik,
Araştırmamda ölçeği
kullanabiliriz.
Sevgilerle
N. Öner

17.02.16
4

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (DENEY GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Kadınların en güzel yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi bazen ağırlı bir sürece dönüşebilmektedir. Bu süreci stres, anksiyete ve korku gibi faktörler de etkilemektedir. Oluşan stres, korku ve anksiyetenin etkisi ile doğum anında kendi kendinize gevşeyemeyebilirsiniz. Bu da doğum sürecinizi olumsuz etkileyebilir. Eğer oluşan anksiyete ortadan kalkarsa doğum süreciniz iyi bir şekilde sonlanabilir. Bu çalışma ile de gevşeme yöntemlerinden biri olan solunum tekniklerini size öğretip, beraber uygulamak istiyoruz. Bu amaçlar doğrultusunda tasarlanan bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, doğumda kullanılan solunum tekniklerinin anksiyete düzeyi ve travay süresine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın yapılması doğum yapmak üzere hastaneye başvurmanız ile başlayacaktır. Öncelikle doğum sancılarınızın başlaması ile doğumhaneye başvurduğunuzda tarafımızdan oluşturulan kişisel bilgi formu ve durumluk anksiyete ölçeği uygulanacaktır. Açıklığınız 1-3 cm iken, kasılmalarınız daha seyrek aralıklarla geldiği için bu dönemde size solunum teknikleri eğitimi verilecektir ve bu eğitimler doğum süreci boyunca yanınızda bulunularak uygun zamanda uygun tekniğin kullanılması sağlanacaktır. Açıklığınız 4 cm'e ulaştığında durumluk anksiyete ölçeği tekrar uygulanacaktır. Kontraksiyonlarınız sıklaşıp, açıklığınız 7 cm'e ulaştığında durumluk anksiyete ölçeği tekrar uygulanacaktır. Doğumun her evresi sonunda süre ise tarafımızdan oluşturulmuş Doğum Eylemi İzlem Formuna kaydedilecektir.

Araştırma ile ilgili bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya herhangi bir anda neden belirtmeksizin ve önceden haber vererek araştırmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi araştırma dışı bırakabilir. Herhangi bir cezai yaptırım olmayacak ve alacağınız tedavi ve bakımı etkilemeyecektir. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için ödeme talep edilmeyecek ve tarafınıza herhangi bir ücret ödenmeyecektir

Gönüllünün/Katılımcının Beyanı:

Arş. Gör. Sevil ÇİÇEK tarafından Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane servisinde, gebelere travay sırasında verilen solunum teknikleri eğitiminin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacı ile araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma verildi. Bu bilgilerden sonra araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırma sırasında herhangi sorun ile karşılaştığımda; araştırmacı Arş. Gör. Sevil ÇİÇEK’i 02742652031 (3665) no’lu telefondan arayabileceğimi ve Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Tarıfıma araştırma ile ilgili yapılan tüm bilgileri okudum. Araştırmanın kapsamını, amacını ve üzerime düşen görevleri anladım. Araştırmanın uygulama aşaması tarafıma yazılı ve sözlü olarak ayrıntılı şekilde anlatıldı. Bu bağlamda, araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)	Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin
	Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:	Adı Soyadı:
İmzası:	İmzası:
Adresi:	Adresi:
(varsa Telefon No, Faks No):	Varsa Telefon No, Faks No:
Tarih (gün/ay/yıl):/..../....	Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....
Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin	Açıklamaları Yapan Kişinin
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İmzası:	İmzası:
Görevi:	
Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....	Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

İletişim Kurulacak Kişi(ler): Arş. Gör. Sevil ÇİÇEK- 0274 265 20 31 (3665)

EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Kadınların en güzel yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi bazen ağırlı bir sürece dönüşebilmektedir. Bu süreci stres, anksiyete ve korku gibi faktörler de etkilemektedir. Oluşan stres, korku ve anksiyetenin etkisi ile doğum anında kendi kendinize gevşeyemeyebilirsiniz. Bu da doğum sürecinizi olumsuz etkileyebilir. Eğer oluşan anksiyete ortadan kalkarsa doğum süreciniz iyi bir şekilde sonlanabilir. Bu amaçlar doğrultusunda tasarlanan bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, doğumda kullanılan solunum tekniklerinin anksiyete düzeyi ve travay süresine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, doğum yapmak üzere doğumhaneye başvurmanız ile başlayacaktır. Öncelikle doğum sancılarınızın başlaması ile doğumhaneye başvurduğunuzda tarafımızdan oluşturulan kişisel bilgi formu ve durumluk anksiyete ölçeği uygulanacaktır. Doğum süreci boyunca size herhangi bir müdahalede bulunulmayacak ve rutin doğumhane bakımına bırakılacaksınız. Açıklığınız 4 cm'e ulaştığında durumluk anksiyete ölçeği tekrar uygulanacaktır. Kontraksiyonlarınız sıklaşıp, açıklığınız 7 cm'e ulaştığında durumluk anksiyete ölçeği tekrar uygulanacaktır. Doğumun her evresi sonunda süre ise tarafımızdan oluşturulmuş Doğum Eylemi İzlem Formuna kaydedilecektir.

Araştırma ile ilgili bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya herhangi bir anda neden belirtmeksizin önceden haber vererek araştırmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi araştırma dışı bırakabilir. Ayrıca herhangi bir cezai yaptırım kesinlikle olmayacak ve alacağınız tedavi ve bakımı kesinlikle etkilemeyecektir. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için ödeme talep edilmeyecek ve tarafınıza herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Gönüllünün/Katılımcının Beyanı:

Arş. Gör. Sevil ÇİÇEK tarafından Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane servisinde, gebelere travay sırasında verilen solunum teknikleri eğitiminin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacı ile araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma verildi. Bu bilgilerden sonra araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırma sırasında herhangi sorun ile karşılaştığımda; araştırmacı Arş. Gör. Sevil ÇİÇEK’i 02742652031 (3665) no’lu telefondan arayabileceğimi ve Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Tarıfıma araştırma ile ilgili yapılan tüm bilgileri okudum. Araştırmanın kapsamını, amacını ve üzerime düşen görevleri anladım. Araştırmanın uygulama aşaması tarafıma yazılı ve sözlü olarak ayrıntılı şekilde anlatıldı. Bu bağlamda, araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)	Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin
	Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:	Adı Soyadı:
İmzası:	İmzası:
Adresi:	Adresi:
(varsa Telefon No, Faks No):	Varsa Telefon No, Faks No:
Tarih (gün/ay/yıl):/..../....	Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....
Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin	Açıklamaları Yapan Kişinin
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İmzası:	İmzası:
Görevi:	
Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....	Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

İletişim Kurulacak Kişi(ler): Arş. Gör. Sevil ÇİÇEK- 0274 265 20 31 (3665)

EK.9. DOĞUMA HAZIRLIK SINIFI EĞİTİCİ EĞİTİMİ KURSU



EK. 10. EFT İLE DOĞUMA HAZIRLIK KURSU










EGE G-EBELİK VE DOĞUM KONGRESİ

2

"Gebelik Öncesinden Doğum Sonrasına"

4-5-6 MAYIS 2016 | TEPEKULE KONGRE MERKEZİ

Katılım Belgesi

Sayın SEVİL ÇİÇEK

4-6 Mayıs 2016 tarihleri arasında İzmir'de düzenlenen "2. EGE G-EBELİK ve DOĞUM KONGRESİ" kapsamında "EFT İLE DOĞUMA HAZIRLIK KURSU" na katılmıştır.

Prof. Dr. Neriman Soğukpınar
Kongre Eş Başkanı

Op. Dr. Kenan Ertopçu
Kongre Eş Başkanı

Ayşe Aksoç
Rekiz Öğretmeni - EFT Uzmanı