



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

**DOĞUM AĞRISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

FUNDA DURDU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN

KARABÜK-2015

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU**

03.12.2015

Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN danışmanlığında, Funda DURDU
tarafından hazırlanan bu çalışma 03/12/2015 tarihinde jürimiz tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Yrd. Doç Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN

Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Fatma Betül KURNAZ

Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
...../...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Nurettin SERTCELİK

BEYAN FORMU

Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim. 03/12/2015

Funda DÜRDU

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımıyla beni yönlendiren ve yardımlarını esirgemeyen, büyük destek aldığım, değerli hocam

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN' ne,

Çalışmanın her aşamasında bilgi ve desteğini esirgemeyen, görüş ve önerileri ile çalışmaya değerli katkılarda bulunan, değerli hocam

Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN'a,

Tezimin istatistiksel analizini yapan ve bana zamanını harcayan, destek olan

Öğr. Gör. Dr. Egemen CEVAHİR'e,

Araştırmanın yürütüldüğü İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne,

Doğum salonunda ve doğum sonu servisinde çalışan tüm sağlık personeline, çalışmaya katılan tüm annelere,

Öğrenim hayatım boyunca beni destekleyen, bana inanan dayım Erkan HALİS'e ve her zaman yanımda olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

Funda DURDU

Karabük 2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY FORMU	ii
BEYAN FORMU	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
SUMMARY	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Sorusu	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ağrının Tarihçesi ve Tanımı.....	4
2.2. Ağrı Teorileri.....	5
2.2.1. Kapı kontrol teorisi.....	5
2.2.2. Endorfin teorileri.....	5
2.3.3. İnteraktif ağrı modeli.....	6
2.3. Ağrının Sınıflandırılması.....	6
2.4. Doğum Ağrısının Evrelere Göre Nörofizyolojisi.....	6
2.5. Doğum Ağrısının Özellikleri.....	8

2.6. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler.....	9
2.6.1. Ağrıyı etkileyen demografik ve obstetrik faktörler.....	9
2.6.2. Ağrıyı etkileyen doğum sürecine ilişkin faktörler.....	11
2.6.3. Ağrıyı etkileyen psikolojik ve psikososyal faktörler.....	17
2.6.4. Ağrıyı etkileyen diğer faktörler.....	21
2.7. Doğum Ağrısının Şiddetli Algılanmasının Olumsuz Etkileri.....	24
2.8. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi.....	25
2.9. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Ebenin Rolü.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	29
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	30
3.4. Veri Toplanma Araçları.....	31
3.4.1. Gebe tanıtım formu.....	31
3.4.2. Doğum eylemine ilişkin partograf formu.....	32
3.4.3. Gebe izlem ve değerlendirme formu.....	32
3.4.4. Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS).....	33
3.4.5. Doğum sonrası değerlendirme formu.....	33
3.5. Verilerin Toplanması.....	33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler.....	34
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar.....	35
4. BULGULAR.....	37
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular... ..	37
4.2. Ağrıyı Etkileyen Doğum Sürecine İlişkin Faktörlere Ait Bulgular.....	47
4.3. Ağrıyı Etkileyen Psikolojik Faktörlere İlişkin Bulgular	54

4.4. Ağrıyı Etkileyen Diğer Faktörlere İlişkin Bulgular.....	58
4.5. Gebelerin Doğum Sonu Değerlendirmesine İlişkin Bulgular.....	60
5. TARTIŞMA.....	62
5.1.Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.2. Ağrıyı Etkileyen Doğum Sürecine İlişkin Faktörlere Ait Bulguların Tartışılması.....	72
5.3. Ağrıyı Etkileyen Psikolojik Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	78
5.4. Ağrıyı Etkileyen Diğer Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	80
5.5. Gebelerin Doğum Sonu Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
6.1. Sonuç.....	84
6.2. Öneriler.....	89
7. KAYNAKLAR.....	90
8. EKLER.....	96
8.1. Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu (Ek-1).....	97
8.2. Gebe Tanıtım Formu (Ek-2).....	98
8.3. Doğum Eylemine İlişkin Partograf Formu (Ek-3)	101
8.4.Gebe İzlem ve Değerlendirme Formu (Ek-4).....	102
8.5.Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS) (Ek-5).....	104
8.6. Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek-6).....	105
8.7. Etik Kurul İzni (Ek-7).....	106
8.8. Kurum İzni (Ek-8).....	107
9. ÖZGEÇMİŞ.....	109

KISALTMALAR DİZİNİ

CDC : Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

DÖB : Doğum Öncesi Bakım

GKÖ : Görsel Kıyaslama Ölçeği

IASP : Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VAS : Visüel Analog Skala

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

Min : Minimum Değer

Mak : Maksimum Değer

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri.....	38
Tablo 2. Gebelerin Yaşı ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	39
Tablo 3. Gebelerin Eğitim Durumu ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4. En Fazla Yaşadıkları Bölgeler ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 5. Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	42
Tablo 6. Doğum Sayısı ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...	43
Tablo 7. Gebelerin Doğum Öncesi Döneme İlişkin Özellikleri.....	44
Tablo 8. Gebelerin Doğum Ağrısıyla Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları.....	45
Tablo 9. Gebelerin Doğuma İlişkin Görüş ve Düşünceleri.....	46
Tablo 10. Gebelerin Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Kontraksiyon ve Servikal Dilatasyon Özellikleri ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 11. Doğumda Yapılan Müdahaleler ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Gebelerin Doğum Eyleminin Evrelerinde Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları.....	51
Tablo 13. Doğum Evrelerinin Ortalama Süreleri.....	51
Tablo 14. Doğum Evrelerinin Ortalama Süreleri ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	52

Tablo 15. Doğum Saati ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...	53
Tablo 16. Yalnız Kalma Korkusu Yaşama ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 17. Doğum Yapan Birini Görme ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 18. Doğum Hikayelerini Dinleme ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 19. Doğum Yapma Düşüncesinden Korkma ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 20. Gebelerin Anemi Varlığı ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 21. Gebelikten Önce Ağrılı Adet Yaşama ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 22. Yenidoğana İlişkin Özellikler.....	60
Tablo 23. Doğum Sonuna İlişkin Özellikler	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Ağrı Ölçekleri..... 27



ÖZET

Doğum eylemi kadının hayatı boyunca yaşadığı en önemli deneyimlerden biri olmakla birlikte doğumda yaşanan ağrı, çoğu kadın için yaşamının bilinen en şiddetli ağrısıdır. Bu çalışma doğum ağrısını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesine, 24 Mart - 15 Mayıs 2015 tarihleri arasında, doğum yapmak üzere başvuran gebeler, örneklemini ise, 18 - 35 yaşları arasında, çalışmaya katılmaya gönüllü araştırma kriterlerine uyan 397 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak geliştirilen “Gebe Tanıtım Formu”, “Doğum Eylemine İlişkin Partograf Formu”, “Gebe İzlem ve Değerlendirme Formu” ve “Doğum Sonrası Değerlendirme Formu” ile doğum ağrısını değerlendirebilmek için Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) kullanılmıştır. GKÖ ile gebenin; latent fazda kontraksiyon öncesi (GKÖ 1) ve kontraksiyon sonrası (GKÖ 2), aktif fazda (GKÖ 3), geçiş fazında (GKÖ 4), doğumun 2 evresinde (GKÖ 5), doğum sonrası erken postpartum dönemde (GKÖ 6) doğum ağrısı değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; pearson korelasyon testi, One-Way ANOVA testi, bağımsız gruplarda t-testi, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler, sayı ve yüzdelikler kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, doğum ağrısı ölçüm değerleri ile adet ağrısının şiddeti, anemi, servikal dilatasyon, servikal efasman, kontraksiyon şiddeti, fundal basınç, epizyotomi, doğum süresi, doğum saati, yaşadığı yer, doğumda yalnız kalma korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Ebelerin önemli rollerinden olan doğum ağrısını etkileyen faktörleri değerlendirmesi ve uygun girişimleri gerçekleştirmesi desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Ağrı, doğum ağrısı, ebelik, etkileyen faktörler

SUMMARY

The Factors of Affecting Labor Pain

The act of giving birth is one of the most important experiences for a woman throughout her life whereas labor pain is the known most severe pain of their lives for most of them. This study was carried out by following a cross sectional - descriptive method. The population of the study consists of pregnant women who are about to give birth and applied to a public hospital in between the dates 24th March and 15th May 2015, and the sampling of the study consists of 397 pregnant women who are between the ages 18 – 35, willing to and in a suitable situation for the sampling criteria of the study. “Pregnant Introduction Form”, “Partograph Form of Labor”, “Pregnant Monitoring and Evaluation Form” and “Postnatal Evaluation Form” which were developed by the researcher on the basis of literature were used in order to collect the data and “Visual Analog Scale” (VAS) was used to evaluate the labor pain. The labor pain of the pregnant were evaluated with the “Visual Comparison Scale”, in the latent phase before contraction (VAS 1) and after contraction (VAS 2), in the active phase (VAS 3), in the transitional phase (VAS 4), in the two stages of birth (VAS 5) and in the early postpartum (VAS 6) phases. Pearson Correlation test, One-Way ANOVA test, T Test in Independent Groups, median, standard deviation, minimum and maximum values and numbers and percentages were used in the study in order to evaluate the data obtained. In the conclusion of the study, a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between the labor pain measurement values and the level of her menstrual pain, anemia, cervical dilatation, cervical effacement, the level of contraction, fundal pressure and episiotomy, birth duration and time, the location where she lives, the fear of being alone in the birth time was found. It is suggested for midwives to evaluate the factors affecting the labor pain which is one of the biggest role of them and to carry out appropriate attempts.

Key Words: Pain, Labor Pain, Midwifery, Affecting Factors

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Doğum eylemi, doğal bir süreç olması ile birlikte annenin sağlığını fiziksel ve emosyonel yönden etkileyen önemli bir deneyimdir (Yıldırım 2001).

Doğum deneyiminin kadın açısından olumlu sonuçlanması önemlidir. Çünkü doğum sürecinde bakımın odağı, yalnızca anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum deneyimi oluşturmaya yönelmiştir (Yıldırım 2001).

Doğum, kadın ve ailesi için çok önemli bir deneyimdir. Doğum ağrısı ise; bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli akut ağrı kaynaklarından biridir. Özellikle primigravidalar doğumu ve uterin kontraksiyonlarını karşılaştıkları en şiddetli ağrı deneyimi olarak tanımlamakla birlikte, yaşanacak ağrıdan korkmaları ve ne yapacaklarını bilmedikleri için ağrıyı daha yoğun algıladıkları gözlenmiştir. Bununla birlikte doğum ağrısı; bel ağrısı, kanser ağrısı, fantom ağrı ve nevralji gibi çeşitli kronik ağrılardan daha şiddetli bulunmuştur (Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010).

Doğum ağrısı anneyi aşırı şekilde yoran, hiperventilasyon ile oksijen gereksinimini, kan basıncını ve kardiyak out-put'u artıran bir olaydır. Doğum ağrısı stres ve anksiyeteye cevap olarak sempatik stimülasyon ve bunun oluşturduğu ACTH, kortizol, epinefrin, norepinefrin ve beta-endorfinlerin seviyesinin artması sonucunda, annede uterin kan akımını azaltarak ve metabolik asidoz oluşturarak fetal hipoksiye de neden olmaktadır. Ağrının oluşturduğu stres fetüse ve anneye zarar vermektedir. Bu nedenle doğum ağrısını etkileyen faktörleri bilmek ve buna uygun girişimleri yapmak gerekir (Mucuk 2010).

Dick Read'in 1933'de yayınlanan "Korkusuz Doğum" kitabında; doğum ağrısını oluşturan nedenleri tartışmıştır. Yapılan çalışmalarda doğum ağrısını etkileyen faktörlerin; servikal dilatasyon ve efasman, kontraksiyonların şiddeti, sıklığı ve sürekliliği, anne yaşı, annenin pozisyonu, doğum süresi ve saati, doğum sayısı, yapılan uygulamalar, doğum yapma düşüncesinden korkma, doğum yapan birini

görme, doğum hikayeleri dinleme, doğumda yalnız kalma korkusu, annenin doğum ağrısıyla ilgili düşüncesi, annenin eğitimi, yaşanmış deneyimler, uyku kalitesi ve doğuma hazırlık eğitimi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kültürel değerler ve öğrenilmiş davranışlar da ağrıyı algılamayı ve ağrıya verilen cevabı etkilemektedir. Bununla birlikte gebeler arasında ağrının şiddetinin farklı olmasına neden olan bazı faktörler vardır. Bunlar primipar olmak, oksitosin infüzyonu, genç anne yaşı, dismenore ve anemidir. Bu faktörler potansiyel olarak travayda ve doğumda daha fazla ağrı olacağına göstergesidir (Yıldırım 2001, Korkmaz Yıldız 2003, Ertem ve Sevil 2005, Öztürk 2006, Kömürcü ve Berkiten 2008, Sayiner ve Özerdoğan 2009, Avcıbay 2009, Yeşilçiçek Çalık 2010, Mucuk 2010).

Doğum her kadının yaşamında önemseydiği pozitif bir deneyim olmakla birlikte her zaman için endişe ve korkuya neden olmuştur. Anne adayları doğum ağrısından korktukları için sezaryen olmayı tercih etmektedirler (Kömürcü ve Berkiten 2008). Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere ilişkin çalışmalarda, doğum ağrısından korkmaları ve doğumda desteğin göz ardı edilmesi gibi faktörlerden söz edilmektedir (Turnbull et al 1999, Gamble and Creedy 2001). İsteğe bağlı sezaryen doğum yapan kadınların %62,1'i ağrı korkusu, %26,4'ü güvenli bulma nedenleri ile seçtiklerini bildirmişlerdir (Şahin 2009). Ülkemizdeki son yapılan TNSA 2013 sonuçlarında sezaryen oranlarının %48'e ulaştığını bildirmektedir.

Her gebenin doğum ağrısı ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmek en önemli beklentisidir. Doğum ağrılarıyla baş edebilen gebenin, doğum eylemiyle ilgili görüşlerinin olumlu olduğu yapılan çalışmalarla da gösterilmiştir (Lowe 1996, Gençalp 1998, Yıldırım 2001, Karabulut 2014).

Doğumların ağrı, korku dolu ve kötü sahnelerle hatırlanması yerine, normal doğum ve doğum ağrısı hakkında kişilerde yeterli bilincin oluşması, doğum ağrısında etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve doğuma hazırlık sınıflarının oluşturulması ile ilgili olarak doğum alanında çalışan ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Doğum sırasında ağrının azaltılması ile birlikte elektif sezaryen oranlarını azaltarak devlete, kuruma ve bireye getirdiği maliyet azalacak, hastanede yatma süresi kısıllacaktır (Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010, Mucuk 2010).

Doğum ağrısıyla nasıl baş edeceğini öğrenen anne adayının, doğum sürecinde kendini rahat ifade etmesi, sağlık ekibiyle daha iyi iletişim kurabilmesi, kısaca doğumu daha baş edebilir, olumlu bir deneyim olarak yaşaması ve doğumun sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanması ile mümkün olacaktır (Kömürcü ve Berkiten 2008, Avcıbay 2009, Yeşilçiçek Çalık 2010, Mucuk 2010).

1.2. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde anne adayları doğum ağrısından korktukları için endikasyon olmadığı halde sezaryenle doğum yapmayı tercih etmektedir. Doğum ağrısı sadece doğumdaki memnuniyeti ve doğum yapma deneyimini etkilemekle kalmayıp, anne ve yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri de vardır (Çimen 2007, Kömürcü ve Berkiten 2008). Bu nedenle bu araştırmada doğum ağrısını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Sorusu

Araştırmada doğum ağrısını etkileyen faktörler nelerdir sorusuna cevap aranmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tarihçesi ve Tanımı

İnsanlığın başlangıcından bu yana ağrıdan kurtulma, insanların ilgi alanı olmuştur. Yunan mitolojisinde ‘‘Eileithya’’ doğum, doğum ağrısı ve ebelik tanrıçası olarak bilinmektedir. Doğum ve bu dönemde yaşanan ağrı olgusunun ne kadar önemli olduğu 6 yy.’da bile görülmektedir. Buna karşın çağlar boyunca ağrının nedenleri ve onunla nasıl başa çıkılabileceği sorularının, günümüzde de tam olarak yanıt bulduğu söylenemez. Ağrıya karşı düşünce ve tavırlarda her çağda farklılıklar gözlemlenmiş ve bu farklılıklara paralel olarak ağrı ile mücadelede büyü ve batıl inançlar gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır (Gentz 2001, Yıldırım 2001, Kömürcü ve Berkiten 2008).

Melzack ve Wall tarafından 1965’de ortaya atılan ve hala günümüzde geçerliliğini koruyan ağrı mekanizması ile ilgili ‘‘Kapı Kontrol Teorisi’’ bu alanda büyük bir gelişmenin başlangıcı olmuştur (Korkmaz Yıldız 2003).

1985’de ülkemizde ilk kez İstanbul Tıp Fakültesi bünyesinde Ağrı Ünitesi kurulmuş, 1990’da aynı fakültenin Anesteziyoloji Anabilim Dalına bağlı Algoloji Bilim Dalı kurulmuştur (Korkmaz Yıldız 2003).

Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Toksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre ‘‘Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur, davranış şeklidir’’. Mc Caffery ağrıyla ‘‘Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır’’ şeklinde ifade etmiştir (Yıldırım 2001).

Ağrı Türkçe bir kelimedir. Türk Dil Kurumu ağrı’yı; vücudun herhangi bir yerinde duyulan sürekli ve şiddetli acı olarak tanımlamaktadır. ‘‘Divan ü Lügat-it Türk’’ adlı ilk sözlüğümüzde (XI. yüzyıl), ‘‘ağrımak’’ ve ‘‘ağrığ’’ kelimeleri vardır. Bütün dillerde olduğu gibi Türkçe’de de ağrının en eski sözcüklerden biri olma olasılığı yüksektir. Açlık, susuzluk gibi acı ve ağrı duygusu canlılığa zorunlu olarak eşlik eder. Latince ceza, işkence, intikam anlamında ‘‘poena’’ sözcüğünden gelen ağrının (pain), tanımı oldukça güç bir kavramdır (Öztürk 2006).

Ağrı subjektiftir ve bireyden bireye farklı algılanır. Genel olarak ağrının yaralanmış doku hücrelerinin bir işaret olduğu kabul edildiği halde sürecin sadece reseptörlerin uyarısı ile başlamadığıdır. Yaralanma ya da hastalığın oluşturduğu sinirsel uyarılar sinir sistemine girerken bu durum geçmiş deneyimler, kültür, anksiyete ve diğer sinirsel süreçlerinden etkilenir (Lowe 1996, Yıldırım 2001).

2.2. Ağrı Teorileri

Geçmişten günümüze ağrı, ağrı nörofizyolojisi ve ağrı tedavi yöntemleri ile ilgili uğraşlar her geçen gün bilim adamlarının daha fazla ilgisini çekmektedir (Yıldırım 2001).

Ağrı teorileri, doğumdaki ağrılı hastanın ağrısının giderilmesinde bazı uygulamaların temeline dayandığından bu bölümde bazı ağrı teorilerine değinilmiştir (Kömürcü ve Berkiten 2008).

2.2.1. Kapı kontrol teorisi

Kapı kontrol teorisi; ağrının ilk olarak spinal kord da kontrol edildiği düşüncesini savunmakta ve bugünde geçerliliğini sürdüren bir teoridir. Ronald Melzack ile Patrick Wall 1965 yılında bu teoriyi ileri sürmüştür. Bu teoriye göre; ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır. Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder; eğer kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilince ulaşmaz ve ağrı hissedilmez.

Bu teorinin ağrının giderilmesine katkı sağlayan üç yönü vardır. Deri uyarısı ağrıyı giderebilir. Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir. Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir (Korkmaz Yıldız 2003, Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010).

2.2.2. Endorfin teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmaları)

“Endorfin” terimi “endojen” ve “morfin” kelimelerinin birleşimi olup, içinde morfin olan demektir. 1970’lerin ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı opioidlere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara “endorfin” denilmiştir. Endorfinlerin üretimi vücudun sınırları ötesine itilerek oluşturulan fiziksel strese

karşı verdiği doğal bir cevaptır. Bu teori ağrının algılaması ile ilgili kimyasal medyatörlerin tanımlanmasına ve ağrı iletisinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur (Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010).

2.2.3. İnteraktif ağrı modeli

Ağrısı olan ve ona reaksiyon gösteren gebeler çeşitli sosyal sistemlerin içindedir (aile, kültür, bakım sistemi v.b). Bu sosyal sistemler ağrının yorumlanmasını, ifade edilmiş biçimini ve ağrı giderilmesi için neyin yapılabileceğini etkiler. Sosyal sistemler gebenin ve bakım verenlerin davranışlarını düzenler ve önemli bir biçimde de ağrı giderilmesini etkiler (Kömürcü ve Berkiten 2008).

2.3. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrıyı doğru bir şekilde değerlendirmek için ağrının sınıflandırılması önemlidir. Ağrının kaynağının belirlenebilmesi, ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi planının doğru yapılabilmesi için ağrının sınıflandırılması gerekir. Ağrı; duyum şekline, süresine, kaynaklandığı dokuya göre üç grupta sınıflandırılır (Eti Aslan 2006, Mucuk 2010).

- **Duyum Şekline Göre Ağrı Sınıflaması**
 - ✓ Ani, keskin, batıcı,
 - ✓ Yavaş artan,
 - ✓ Künt, bazen yanıcı
- **Başlama Süresine Göre Ağrı Sınıflaması**
 - ✓ Akut Ağrı
 - ✓ Kronik Ağrı
- **Kaynaklandığı Dokuya Göre Ağrı Sınıflaması**
 - ✓ Somatik Ağrı
 - ✓ Visseral Ağrı
 - ✓ Sempatik Ağrı

2.4. Doğum Ağrısının Evrelere Göre Nörofizyolojisi

Doğum eylemi son menstrual periyottan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterusun dış ortama atıldığı bir süreçtir (Taşkın 2009).

Doğum eylemi anne ve bebek için önemli bir deneyim olmakla birlikte bu süreçte yaşanan ağrı genellikle çok şiddetlidir ve kadınların büyük bir çoğunluğu tarafından

yaşamalarındaki en ağırlı deneyim olarak tanımlanır. Bu nedenle kadın genital organlarının anatomisi ve fizyolojisi, doğum ağrısının özellikleri, ağrıyı etkileyen faktörler, doğum ağrısının anne ve fetus üzerindeki etkileri ve doğumdaki ağrı mekanizmalarının ve ağrı iletiminin iyi anlaşılması gerekir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010, Hamlacı 2013).

Ağrı iletiminde rol alan ağrı reseptörlerine nosiseptör denir. Nosiseptörler, vücut içinde, deride, kan damarlarında, cilt altı yağ dokusunda, kaslarda, fasiada, periostumda ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Nosiseptörler, uyarıldıklarında A ve C fiberleri ile spinal korda iletilirler. A fiberleri miyelinlidir ve ağrı impulslarını hızla iletirler. A fiberleri ile iletilen impulslar keskin ve lokal ağrılar olarak algılanırlar. C fiberleri ise miyelinsizdirler ve ağrı impulslarını daha yavaş iletirler. C fiberleri tarafından iletilen ağrı impulsları dağınık, sürekli, donuk veya sızı şeklinde ağrı olarak algılanırlar (Yeşilçiçek Çalık 2010).

Doğumda A fiberlerinin iletkenliği arttırdığı bilinmektedir. Doğum süreci 4 evreden oluşmaktadır. Açılma evresi olarak da adlandırılan I. evre, bebeğin doğumu II. evre, plasentanın çıkışı III. evre ve doğum sonu ilk 4 saatlik süre IV. evre olarak tanımlanır. Doğumun birinci evresi düzenli doğum ağrılarının meydana gelmesi ile başlar ve servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer. Bu evrede ağrı çoğunlukla serviksin dilatasyonuna bağlıdır. Bu süreçte kontraksiyonlar başlangıçta 15-20 dk bir gelip hafif şiddetli ağrıya neden olurken, ilerleyen aşamalarda kontraksiyonlar 2-3 dk bir gelip şiddetli ağrıya dönüşür. Serviks ve uterustan kaynaklanan ağırlı uyarılar afferent yollar ve eşlik eden sempatik sinir sistemi lifleri ile birlikte lomber sempatik zinciri takip ederek T10-11-12 ve L1 spinal sinirlerinin arka kökleri ile santral sisteme ulaşır. Uyarılar erken dönemde yalnızca T11- T12 düzeyinde iken travay ilerledikçe T10-L1 arası tutulmuş olur. Bu dönemdeki ağrı, belden sırta ve bacaklara yayılan, iyi lokalize edilemeyen ve gittikçe şiddetlenen visseral ağrı şeklindedir. Ağrı şiddeti serviks ve alt uterin segmentlerin dilatasyon derecesi ile ilgilidir ve uterus kontraksiyonlarının başlaması ile eş zamanlıdır (Öztürk 2006, Yeşilçiçek Çalık 2010, Hamlacı 2013). Bu dönemde gebeler doğum ağrıları hafif dereceli ağrı olarak hissederler. Doğumun ilerleyen aşamalarında orta uterin ağrı ciddi ağrıya dönüşebilir. Gebe şiddetli ağrı ile birlikte,

ağrının sırtta ve bacaklara yayılması, pubisin üstünde ve sakrumda basınç hissi, terleme, yorgunluk gözlenir (Hamlacı 2013).

Doğumun ikinci evresi serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Kontraksiyonlar 1,5-2 dakika sıklıkla gelir, 60-90 sn sürer ve çok şiddetlidirler. Bu evrede ağrı somatik ağrı karakterindedir. Bu ağrı çoğu zaman yoğun, keskin, yanıcı ve iyi lokalize olmuş şekildedir. Ağrı, fetüsün çıkışına izin verebilmek için perineal dokunun gerginliğini kaybetmesi, pelvik tabanın çekilmesi ve yumuşak dokuda meydana gelen yırtılmalardan oluşmaktadır. Bu evrede meydana gelen ağrı perineal dokularca S2 ile S4 spinal sinir segmentleri arasında parasempatik sistemde taşınmaktadır. Çoğu anne doğumun ikinci evresini, doğumun en zor ve ağrılı dönemi olarak tanımlamaktadır (Çimen 2007, Kömürcü ve Berkiten 2008, Hamlacı 2013).

Doğumun üçüncü evresi bebeğin doğumundan sonra başlayıp, plasenta ve membranların tam olarak atılması ile sonlanır. Bu evrede ağrı, daha önce fetüsün aşağı iniş ve plasantanın ayrılışına eşlik eden ağrılı uyarıyı yansıtır. Epizyotomi gibi kesici insizyon sonucu oluşan ağrı birkaç gün sürebilir. Anne titreme, hafif orta şiddetli uterus kasılmaları, perinede ağrı hissetmektedir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010, Hamlacı 2013).

Doğumun dördüncü evresi plasantanın doğmasından sonraki ilk 4 saatlik süre olarak tanımlanmaktadır. Bu evrede ağrı az ya da yoktur. Annede şiddetli titreme, açlık, yorgunluk, perinede sızlama ve diğer evrelere göre daha az ağrı tariflemektedir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Hamlacı 2013).

2.5. Doğum Ağrısının Özellikleri

Doğum ağrısı subjektif olup kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Ağrının varlığı kişinin ona verdiği yanıtıdır. Doğum ağrısı diğer ağrılardan farklıdır.

- Ağrı normal bir sürecin parçasıdır. Diğer ağrı çeşitleri bir hastalığı veya bozukluğu işaret ederken doğum ağrısı tamamen normaldir. Hem gebenin bu durumdan kurtulmak için çaba sarf etmesini hem de bebeğin doğum yolunda ilerlemesini sağlar.

- Doğum ağrısı beklenir, bir hazırlık dönemi vardır. Gebenin, doğuma hazırlanabilmesi için zamanı vardır ve bu süreler içinde gebe ağrı kontrolünü başarabilecek beceriler geliştirebilir. Bilgilendirme ve hazırlama, ağrı ile baş etme becerilerinin kazanılmasını sağlar.
- Doğum ağrıları sürekli değildir. Dinlenme dönemleri vardır.
- Doğum ağrısı sonu olan bir ağrıdır. Doğum ağrısı günler, haftalar, aylar sürmez, bir kaç saat içinde biter. Diğer ağrılar da kısa süreli olabilir ama doğum ağrısı bebeğin doğması ile çabucak azalır.
- Ağrı kontrolüne katılım ve işbirliği fazladır. Doğum ağrısı çekerken annelere bebeklerinin sağlık durumunu düşündürerek ağrıyı daha kolay tolere etmeleri sağlanır (Yeşilçiçek Çalık 2010, Hamlacı 2013).

2.6. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Bu bölümde doğum ağrısını etkileyen faktörler 4 başlık altında incelenecektir. Bu faktörler; ağrıyı etkileyen demografik ve obstetrik faktörler, ağrıyı etkileyen doğum sürecine ilişkin faktörler, ağrıyı etkileyen psikolojik ve psikososyal faktörler ve ağrıyı etkileyen diğer faktörlerdir.

2.6.1. Ağrıyı etkileyen demografik ve obstetrik faktörler

Bu bölümde ağrıyı etkileyen demografik faktörler olan anne yaşı, annenin eğitim durumu ile obstetrik faktör olan doğum sayısı incelenecektir.

Anne yaşı: Yaşlanmanın myelinli liflerin kaybına yol açtığı için yaşlı kadınlarda doğum gençlere göre daha az ağrılı olduğu belirtilmektedir (Yeşilçiçek Çalık 2010). Literatürde yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildirimiminin ise azaldığı belirtilmiştir (Kuğuoğlu 2006). Abushaikha ve Oweis (2005), Ürdün’de 100 gebe ile doğum ağrısının deneyimi ve şiddetini incelediği çalışmasında, yaşın ağrı algılamasında fark yarattığı belirtilmiştir. Öztürk (2006), İzmir’de 150 gebe ile algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisini incelediği deneysel çalışmada gebelerin yaş ortalaması ile ağrı puan ortalaması arasında ilişki bulamamıştır. Yine aynı şekilde yapılan bazı çalışmalarda yaş ortalaması ile ağrı puan ortalaması arasında ilişki bulunamamıştır (Klostergaard et al 2001, Ozgoli et al 2010, Yeşilçiçek Çalık 2010, Hamlacı 2013).

Annenin eğitimi: Literatürde gebelerin eğitiminin doğum ağrısı algısında belirleyici bir faktör olduğu ve eğitim seviyesinin arttıkça ağrının azaldığı belirtilmektedir (Coşar 2012). Sheiner ve ark.na göre (1998), doğum sayısı ile ağrı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada 447 annenin eğitim seviyesi arttıkça VAS puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Ozgoli ve ark.na göre (2010), 70 primipar gebelerde aktif fazda sağ elde hegu noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmalarında, anne eğitim düzeyinin algılanan ağrı düzeyine etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Yine aynı şekilde bazı çalışmalarda gebelerin eğitimi ile doğum ağrısı arasında ilişki bulunamamıştır (Yeşilçiçek Çalık 2010, Mucuk 2010, Hamlacı 2013).

Doğum sayısı: Literatürde doğum sayısının artması, doğum süresini ve ağrıları azalttığını, ancak sık aralıklı ve çok sayıdaki doğumların annenin fiziksel durumunu olumsuz etkilediği bilinmektedir (Korkmaz Yıldız 2003).

Lowe (2002), doğum ağrısının doğası adlı derleme çalışmasında, nulliparlar ile multiparların doğum ağrısını farklı tarif ettikleri belirtilmektedir. Bunun nedeni ise fizyolojik olarak bakıldığında doğumun birinci evresinde, daha önce doğum yapmış olan kadının üreme organlarının esnemiş olan yapısının acı veren uyanları daha az iletilebileceği ve fetusun inişi sırasında uterus alt segmentindeki değişikliklerin hızı da doğum ağrısı algısını artırabileceği belirtilmektedir (Mucuk 2010).

Sheiner ve ark.na göre (1998), doğum sayısı ile ağrı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada 447 annenin yaşı, gebelik ve çocuk sayısı arttıkça ağrı puan seviyesinin anlamlı derecede düştüğü belirtmişlerdir. Özellikle parite arttıkça ağrı seviyesinde anlamlı derecede belirgin bir düşüş olduğu vurgulanmıştır. Yapılan bazı çalışma doğum sayısı ile ağrı arasında ilişki bulunurken (Lowe 2002), bazı çalışma bulunamamıştır (Öztürk 2006).

2.6.2. Ağrıyı etkileyen doğum sürecine ilişkin faktörler

Bu bölümde ağrıyı etkileyen doğum sürecine ilişkin faktörler incelenecektir. Bu faktörler; uterusta hipoksi, servikal değişiklikler, kontraksiyonların süre, şiddet ve sıklığı, perineal gerginlik, fetüsün ağırlığı, yapılan uygulamalar, doğum saati, doğum süresi, annenin pozisyonu ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımınıdır.

Uterusta hipoksi: Doğum süresince anne her bir kontraksiyonda önemli bir ağrı yaşar. Doğumun ilk evresindeki ağrıların oluşmasının nedeni, uterusa giden kan damarlarının sıkışması sonucu uterin kaslarının hipoksisidir. İki kontraksiyon arasındaki gevşemeler kan akımını sağlar. Kontraksiyonlar arasında yeteri kadar gevşeme olmazsa ağrı çok yükselir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Mucuk 2010).

Servikal değişiklikler: Doğum ağrısının oluşmasında en büyük neden serviksin dilatasyonu ve efasmanıdır. Serviksin gerilmesiyle uterus kontraksiyonlarına neden olan fetal baş, aşağıya doğru iterek serviksin dilate olmasını sağlamaktadır. Ayrıca serviksin gerilmesi maternal hipofiz arka loptan oksitosin salgılamasına yol açarak uterus kontraksiyonlarını artırmaktadır. Uterus kontraksiyonlarının artması ile birlikte ağrı giderek şiddetlenir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Avcıbay 2009, Hamlacı 2013).

Mucuk (2010), LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini 120 gebe ile incelediği deneysel çalışmada servikal dilatasyon ve silinme arttıkça kontraksiyon sırası VAS değerlerinin de arttığı yani gebelerin ağrıyı daha fazla hissettikleri belirtmiştir.

Öztürk (2006), 150 gebe ile gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisini incelediği deneysel çalışmada servikal silinme ile VAS puanları arasında pozitif yönlü ancak istatistiksel düzeyde anlamlı olmayan ilişki belirlemiştir. Yapılan bazı araştırmalarda servikal dilatasyon ve efasmanın ağrı ile arasında ilişki bulunurken (Lowe 2002), bazı çalışmalarda bulunamamıştır (Baker et al 2001).

Kontraksiyonların süre, şiddet ve sıklığı: Normal doğum için uterin kontraksiyon ve servikal dilatasyon gereklidir. Doğum ağrısının ana kaynağı uterus kontraksiyonlarıdır.

Her bir kontraksiyonda anne önemli bir ağrı yaşamakla birlikte bu ağrıların nedeni, kontraksiyon sırasında, uterusu giden kan damarlarının sıkışması sonucu uterus kaslarının hipoksisidir. Yeterli gevşeme olmadığında uterus yeterince kanlanamaz, bir sonraki kontraksiyonu daha güçlü şekilde gerçekleştiremez ve ağrı çok artar (Mucuk 2010).

Eylemin başında 15-30 dakikada bir gelen ve 15-30 saniye süren kontraksiyonlar, I.evrenin aktif fazı sonunda 2-3 dakikada bir gelen 60-90 saniye süren ve daha şiddetli kontraksiyonlara dönüşür. Kontraksiyonların şiddet, süre ve sıklığındaki artışla ağrı düzeyinde de artış görülmektedir (Hamlacı 2013). Mucuk (2010), LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini 120 gebe ile yaptığı deneysel çalışmada kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddeti ile ağrı değerleri arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiş, sıklık ve şiddetin ağrı değerleri ile korelasyonunun, süreye göre daha iyi olduğu vurgulanmıştır.

Perineal gerginlik: Doğumun 2. evresinde fetus ilerledikçe perineal bölgedeki gerilme, genişleme ve bazen yırtılmaların etkisiyle somatik tarzda ağrı oluşur. Kişisel farklılıklar nedeniyle pelvik taban kaslarının değişen esnekliği ağrının farklı düzeylerde hissedilmesine neden olabilir. Kadınlar ağrıyı yanma, yırtılma ya da gerilme hissi şeklinde tanımlar. Bebeğin başının basısı ile perineal sinirler hissizleşerek doğal anestezi sağladığı da düşünülmektedir (Hamlacı 2013).

Fetüsün ağırlığı: Fetüsün ağırlığı doğum süresinin uzamasında ve ağrının artmasında önemli bir etkendir (Kömürcü ve Berkiten 2008). Ancak Klostergaard ve ark. na göre (2001), Danimarka’da yaptıkları çalışmada, 139 primipar ile çalışılmış, ilk kez doğum yapan kadınların doğum ağrısı ile fetüs ağırlığı karşılaştırılmış, fetüs ağırlığının doğum ağrısı üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Yine aynı şekilde Yıldırım, Sömek, Kayır’a göre (2006), İstanbul’da 73 gebe ile yenidoğanın kilosu ile doğum ağrısı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında yenidoğanın kilosu ile doğum ağrısı arasında ilişki bulamamıştır. Literatürde yenidoğanın ağırlığı ile doğum ağrısı arasında pozitif yönlü ilişki olabileceği belirtilirken, bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalar bu ilişkiyi doğrulamamaktadır (Lowe 2002, Mucuk 2010, Hamlacı 2013).

Yapılan uygulamalar: Anne, fetüsün güvenliği ve iyiliği için yapılan girişimler doğum ağrılarını arttırmakta etkili olabilir. Gebenin hareket etmesine engel olan intravenöz uygulamalar, fundal basınç, epizyotomi, lavman ve amniotomi çoğu gebe için rahatsızlık vericidir (Hamlacı 2013).

Oksitosin, uterus düz kaslarında kontraksiyonları uyararak eylemi hızlandırmak amacıyla kullanılmaktadır (Hamlacı 2013). Simpson ve Knox (2009), oksitosinin perinatal hasta güvenliği açısından etkilerini incelediği çalışmada miad aşımı durumunda 24 saat içinde doğum yapma oranını yükselttiği, sezaryen oranlarında azalmaya yol açmasına karşın şiddetli ağrıya neden olduğu ve travayda acil sezaryen gereksinimini artırdığı belirtilmektedir.

Doğum ağrısı, hızlı ve travmatik doğum gibi komplikasyonlara neden olduğu bildirilen oksitosinin, endikasyon taşımayan eylemlerde uygulanmaması gerektiği bildirilmektedir (Mamuk 2008).

Amniotomi, amniotik sıvıda mekonyum varlığının belirlenmesi ve kontraksiyonların süre ve şiddetini arttırıcı etkisi nedeniyle doğumhanelerde sıkça uygulandığı bilinmektedir (Hamlacı 2013). Amniotomi travay süresini kısaltmakla birlikte, fetal enfeksiyon tehlikesi yaratması ve kordon sarkmasına neden olabileceği için rutin amniotomi uygulamaması gerekir. Bu nedenle amniotominin rutin olarak uygulanmamasını, endikasyon taşıyan olgularda ise gelen kısım ve seviyesi dikkatle değerlendirildikten sonra uygulamaya geçilmesini önermektedir (Taşkın 2009, Rathfisch ve Güngör 2009, Yeşilçiçek Çalık 2010). Literatürde amniotomi, kontraksiyonların süre ve şiddetini arttırıcı etkisi olduğu bilinmekle birlikte ağrıyı arttırdığına ilişkin çalışmaya rastlanamamıştır.

İkinci evrede fundal basınç uygulaması, ıkınması yeterli olmayan ya da herhangi bir tıbbi nedenle sakıncalı olan kadında, fetüsün fundustan doğum kanalına doğru kuvvetli biçimde itilmesi esasına dayanır. Fundal basınç uygulama nedenleri daha sıklıkla fetal distress ve maternal yorgunluktur (Karabulut 2014). 500 kadını içeren bir çalışmada, şişirilebilir obstetrik kemer kullanılarak oluşturulan fundal basınç uygulanan ve fundal basınç uygulanmayan grup karşılaştırıldığında; spontan vaginal doğum insidansında benzerlik olduğu görülmüştür (Berghella, Baxter and Chauhan

2008). Literatürde fundal basınç uygulamasının ağrıyı etkileyen çalışma bulunamamıştır.

Epizyotomi, özellikle ilk doğumlarda bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve kadında perine ve vajen laserasyonlarını önlemek amacıyla sık uygulanan bir müdahaledir (Hamlacı 2013). Cochrane Pregnancy and Childbirth veri tabanını geliştiren araştırmacılar, rutin epizyotomi ile ilgili randomize kontrollü deneysel çalışmaların sonuçlarını incelenmiş ve epizyotomiye, “tehlikeli olma ihtimali vardır” şeklinde sınıflandırmıştır (Sayiner ve Özerdoğan 2009). Öztürk (2006), İzmir’de 150 gebe ile gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisini incelediği deneysel çalışmada epizyotominin ağrıyı arttırdığını belirtmiştir.

Lavman rektumun boşaltılmasını sağlayarak, fetal başın inişini kolaylaştırmak amacıyla yapılmaktadır (Hamlacı 2013). Lavmanın; kadın için hoş olmayan bir işlem olması, ağrının şiddetini arttırması ve etkinliğini gösteren kanıtlar olmaması nedeniyle rutin olarak uygulanması önerilmemektedir (Berghella, Baxter and Chauhan 2008).

Doğum saati: Literatürde gece doğum yapan kadınların gündüz saatlerde doğum yapan kadınlara oranla daha az ağrı hissettikleri belirtilmiştir (Yıldırım 2001). Harkness ve Gijbers (1989), İngiltere’de 29 kadın ile doğum saatinin doğum ağrısı üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, gece doğum yapan kadınların gündüz saatlerde doğum yapan kadınlara oranla daha az ağrı hissettikleri bulmuşlardır.

Literatürde melatonin hormonun gece salgılandığı ve miyometriyum kasları üzerinde inhibe edici etkisi olduğu belirtilmektedir (Pekmez ve ark 2004). Yapılan çeşitli çalışmalarda melatonin reseptörlerinin uterus ve çeşitli düz kaslarda görüldüğü saptanmış ve uterustaki düz kaslar üzerinde endokrin etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Zhao, Poon and Pang 2000, Pekmez ve ark 2004, Doolen et al 2008). Melatonin, miyometriyum kontraksiyonları üzerinde inhibitör bir etkiye sahip olduğu belirtilmesine rağmen bu etkinin nedenleri tam olarak açıklanamamıştır (Ayar 2001).

Pekmez ve ark. na göre (2004), 200-250 gram ağırlığındaki gebe olmayan 25 adet yetişkin Wistar cinsi dişi sıçanlarda oksitosinle indüklenmiş miyometriyum kasılmaları üzerine melatonin hormonunun etkisini incelediği deneysel çalışmasında, melatonin hormonunun oksitosinle indüklenmiş miyometriyum kontraksiyonlarını inhibe ettiği tespit etmişlerdir. Gece doğum yapan kadınların daha az ağrı çekmesinde, melatonin hormonun gece salgılanması ve miyometriyum kasları üzerinde inhibe edici etkisinde kaynaklı olabilir.

Doğum süresi: Doğum süresi primiparlarda doğumun birinci aşamasının ortalama 6-12 saat, multiparlarda 6–8 saat olduğu bildirilmektedir. Literatürde ikinci evre süresine ilişkin tam bir fikir birliği olmamakla birlikte pek çok kaynak bu evrenin primipar kadınlarda ortalama 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda ise 5–30 dakika sürdüğünü açıklanmaktadır (Hamlacı 2013). Mucuk (2010), Kayseri’de LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini 120 gebe ile incelediği deneysel çalışmasında doğum süresi ile ağrı değerleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Coşar (2012), İstanbul’da 70 gebe ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelemek amacıyla yaptığı deneysel çalışmada doğum süresi artıka ağrının arttığı, azaldıkça ağrının azaldığını bulmuştur. Bazı çalışmalar doğum süreleri ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında ilişki bulamamıştır (Chang et al 2002, Öztürk 2006).

Annenin pozisyonu: Tarihin çeşitli zamanlarında ve uygarlıklarında gebenin doğum pozisyonu ile ilgili uygulamalar farklılık göstermiştir. Mezopotamya, Hitit, Yunan ve Uzak Doğu uygarlıklarında kadınların doğum yaparken dikey pozisyonu tercih ettikleri görülmektedir (Kömürcü ve Gençalp 2002).

Literatürde annenin pozisyonlarının önemli olduğu ve bu pozisyona bağlı olarak doğum süresinin kısaldığı ve doğum ağrısının azaldığı belirtilmektedir (Kömürcü ve Berkiten 2008).

Simkin ve Bolding (2004), 311 kadınla yaptığı çalışmada kadınların sırt üstü pozisyon ile ayakta durma kıyaslandığında ayaktayken daha az ağrı hissettikleri belirtmişlerdir. Oturma ile sırt üstü pozisyonunu karşılaştırıldığında kadınların

otururken daha az ağrı hissettiği saptanmıştır. Yine aynı şekilde Simkin ve Bolding (2004), incelediği 19 randomize kontrollü çalışmada (n:5764) yatay ve dik pozisyonların doğum 2 evresindeki doğum ağrısına etkisini karşılaştırılmıştır. Çömelleme pozisyonunda yer alan kadınların supine pozisyonunda yer alan kadınlara göre daha az ağrı hissettiği belirlenmiştir.

Berkiten Ergin (2005), Kocaeli ilinde 104 gebe ile (52 deney, 52 kontrol) doğumun I. ve II. evresinde gebeye uygulatılan pozisyonların doğum sürecine etkisini incelediği non-randomize kontrollü deneysel çalışmasında anneye uygulatılan pozisyon ile ağrı puanları arasında ilişki bulunduğunu belirtmiştir.

Doğumun ikinci aşamasında yaygın kullanılan litotomi pozisyonu, doğumu yaptıran için kolaylık sağlamakla birlikte doğumda perineal travma gelişimini ve ağrı algısını arttırdığı, solunumu zorlaştırdığı, uterus kontaksiyonlarını azalttığı, fetüsün pelvis kavitesi içinde inişini yavaşlattığı ve doğum sonu tromboflebit riskini arttırdığı için önerilmemektedir. Doğumun ikinci aşamasında çömelleme pozisyonu daha çok önerilmektedir (Mamuk 2008).

Sonuçta hareket etme ve pozisyon değişikliğinin herhangi bir sakıncası olmadığı, üstelik daha az ağrı hissedildiği, doğum ağrısı ile daha kolay baş edildiği, doğum süresinin kısaldığı ve doğum açısından yararlı olduğu görülmüştür. Herhangi bir riskli durum söz konusu değilse, doğum eyleminde kadın, gezinmesi ve sıkça pozisyon değiştirmesi konusunda cesaretlendirilmelidir (Hamlacı 2013).

Nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı: Nonfarmakolojik yöntemlerden ilk olarak Read 1940'lı yıllarda söz etmiş, nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısını azaltmada etkili olduğunu bildirmiştir. Non-farmakolojik ağrı kontrol metotları bugün pek çok ülkede, doğumun farklı aşamalarında etkili ve basit olmaları nedeniyle sıkça kullanılmaktadır. Sahada kullanım şansı görmesine rağmen bu yöntemlerin etkinliğini ortaya koyan kanıt düzeyi yüksek araştırma örnekleri çok azdır. Ancak ebeler ve bu yöntemleri deneyen annelerin memnuniyetinin fazla olduğu araştırmalarda bildirilmektedir (Mamuk 2008).

Nonfarmakolojik yöntemle ağrılı uyarıyı azaltmak için 3 teknik kullanılmaktadır. Bunlar deriye uygulanan teknikler, işitsel veya görsel teknikler, bilişsel süreçlerle

ilgili tekniklerdir. Ağrılı uyarımı gidermek için deriye uygulanan teknikler; masaj, dokunma, sıcak ve soğuk uygulamalar, hidroterapi ve eflorajdır. Ağrılı uyarının iletimini engellemek için işitsel veya görsel teknikler; odak noktası, solunum teknikleri, dikkat odaklama, hipnoz, müziktir. Bir hissin ağrılı olarak yorumlanması derecesini kontrol eden bilişsel süreçler ise; doğum öncesi eğitim, rahatlama, hayal kurmadır (Kömürcü ve Berkiten 2008).

Nonfarmakolojik yöntemler uygulanırken genellikle tıbbi kurallara gereksinim duyulmaz. Anne ve fetüs açısından zararsızdır, eylemi yavaşlatmaz ve yan etki ya da allerji riskleri yoktur ve doğum ağrısını azaltmada etkilidir. Ancak kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada başarılı olmadıkları belirtilmiştir. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemlerin başka bir non-farmakolojik yöntemle kombine olarak kullanılması tavsiye edilmektedir (Avcıbay 2009).

2.6.3. Ağrılı etkileyen psikolojik ve psikososyal faktörler

Bu bölümde ağrılı etkileyen psikolojik ve psikososyal faktörler incelenecektir. Bu faktörler; kültürün etkisi, ağrının birey için anlamı, daha önce yaşanan deneyimler, anksiyete ve korku, destek sistemlerinin olması ve doğuma hazırlıktır.

Kültürün etkisi: Tüm insanların kültürel geçmişlerine ve yaşadıkları çevreye bakılmaksızın aynı tip “duygusal eşişe” sahip oldukları bilinmekle birlikte, kültürel yapı, ağrı algılama eşişinde ve ağrı tolerans düzeyinde güçlü bir etkiye sahiptir. Doğum ağrısının da tüm insanlarda benzer olmasına rağmen, sosyal, etnik ve kültürel farklılıklar bireyin ağrı algısında önemli rol oynar (Yeşilçiçek Çalık 2010).

Kültürel değerler ve inançlar hastanın ağrı ve hastalıklara yanıtlarını, gebe-ebe/hekim ilişkileri ve ebe/hekimlerin gebelerin sorunlarına vereceği yanıtda etkileyebilir. Bazı kültürler ağrı çeken bireyin duygu ve davranışlarını açıkça göstermesine izin verirken bazı kültürlerde ise duyguların ve davranışların açıkça gösterimi hoş karşılanmaz. Sağlık profesyonelleri ağrıya verilen tepkinin kültürel alt yapının etkisinde olduğunu bilerek ağrılı objektif olarak değerlendirmeleri oldukça önemlidir. Bunu yapabilmeleri için sağlık ekibi üyelerinin yaşadıkları ağrıya kendi verdikleri tepkinin de kültürel etkiler altında olduğunu farkında olmaları gerekir (Kuğuoğlu 2006).

Dick Read'in 1933'de yayınlanan "Korkusuz Doğum" kitabında; kültür kadın üzerinde ağrıyı etkileyen faktörlerden olup, doğumdaki anksiyete ve korkuların da oluşmasına neden olduğunu belirtmiştir. İnsanlarda kültür seviyesi yükseldikçe, doğumun ağrılı ve tehlikeli bir süreç olduğu düşüncesi artmaktadır (Sayiner ve Özerdoğan 2009).

Sheiner ve ark. na göre (1999), etnik farklılıkların doğum ağrısını etkilemesine yönelik bakım veren kişilerin tahminlerini incelediği çalışmalarında, 225 yahudi 192 bedevi kadınla kültürün doğum ağrısını algılamasında, ifade edilmesinde ve yorumlamasında etkisi olduğu belirtmiştir.

Mc Lachlan ve Waldenstroöm (2005), Avustralya'da doğan Türk, Vietnamlı ve Avusturyalı 300 gebe ile doğum deneyimini inceledikleri çalışmalarında, Türk ve Avusturyalı kadınların doğum ağrısı ile ilgili ifadeleri benzer bulunmuş olup, Türk kadınlarının doğum anını normal olarak algıladıkları ve ağrıyı daha iyi tolere ettikleri, gevşeme ve solunum tekniklerini daha fazla kullandıklarını belirtilmiştir.

Ağrının birey için anlamı: Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir. Ağrı ile birlikte yaşayan bireyin dinlenme dönemlerinde de ağrının tekrar geleceğini bildiği için anksiyetesi daha yüksek olur. Anksiyete de ağrının artmasına neden olmaktadır (Kuğuoğlu 2006).

Yıldırım (2001), 40 (20 deney 20 kontrol) gebe ile doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini incelediği deneysel çalışmada gebelerin doğum ağrısıyla ilgili düşüncesinde %90 "şiddetli ağrı çekme" gibi olumsuz duygular ifade etmiştir.

Green (1993), İngiltere'nin doğusunda 700 kadın ile kadınların doğumda görüş ve beklentilerini incelediği prospektif çalışmada, kadınların doğumla ilgili önceki görüş ve beklentilerinin doğum sürecini etkilediği belirterek doğuma hazırlık eğitimlerinin yapılmasını önermektedir.

Daha önce yaşanan deneyimler: Ağrının bedeni etkilemesi ile ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkiler. Güç ve

uzun sürmüş bir doğum deneyimi yaşanmış olabileceği gibi ağrı ile başa çıkma becerilerinin kazanıldığı olumlu deneyimlerde yaşanabilmektedir (Yıldırım 2001, Taşkın 2009).

Gebe kadının aile ve arkadaşlarının yaşamış olduğu doğum deneyimleri ve bunları ifade ediş biçimleri gebenin doğum eylemi hakkındaki beklentilerini etkileyebilmektedir (Yıldırım 2001).

Yıldırım (2001), 40 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin %85'i doğum hikayelerini dinlediği ve bunlar %82.4'ünün olumsuz etkilendiğini belirtmiştir.

Coşar (2012), 70 (35 deney 35 kontrol) gebe ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelediği deneysel çalışmada, gebelerin başka doğum yapan kadınların doğum hikayelerini dinleyip dinlemedikleri değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubunun dinleme oranının eşit olduğu belirtilmiştir.

Anksiyete ve korku: Kaynağı ister fiziksel ister psikolojik olsun tüm ağrılara eşlik eden bazı duygusal tepkiler vardır ki, bunların en önemlisi anksiyetedir. Anksiyete genellikle akut ve kısa süreli ağrılarla birliktedir. Ağrı ile arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirlerinin şiddetini arttırdıkları bilinmektedir (Kuğuoğlu 2006).

Anksiyete; ağrı korkusuna, kontrol kaybına, annenin ya da fetüsün zarar görmesine neden olabilir. Hafif ve orta şiddette anksiyete ağrıyı algılamayı olumlu etkilerken, yüksek düzeyde anksiyete ağrıya duyarlılığı artırır ve ağrı ile baş edebilme becerilerinde azalmaya neden olur (Yıldırım 2001).

Eylemde artan anksiyete, gerginliğe ve katekolamin sentezine yol açarak ağrının şiddetini artırır. Anksiyete ve korku arttığında kas gerginliği artar ve sonuçta uterus kontraksiyonlarının etkinliği azalır. Annenin duyduğu rahatsızlık da anksiyeteye bağlı olarak artar. Bu durum doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz etkiler (Taşkın 2009).

Melender ve Lauri (1999), Finlandiya’da yeni doğum yapmış kadınların gebelik ve doğum deneyimleri ile ilişkili korkuları incelendiği 10 primipar ve 10 multipar kadın üzerinde yaptıkları nitel bir çalışmada, kadınların çoğunun doğum ağrısına yönelik korku yaşadığını bulmuşlardır.

Serçekuş ve Okumuş (2009), İzmir ilinde yaptıkları nitel çalışmada, 19 nullipar kadın ile görüşülmüş, doğumdaki korkuların araştırıldığı çalışmada, kadınların korkularının en fazla doğum ağrısı, doğumdaki işlemler, sağlık personelinin davranışları ve cinsellik konularında olduğu belirlenmiştir.

Destek sistemlerinin olması: Literatürde doğuma yardımcı bir kişinin varlığı ile doğum süresinin kısaldığı, komplikasyonların ve doğum ağrısının azaldığı ve tıbbi tedavinin azalması ile bebek sağlığının daha iyi olduğu, anne memnuniyetinin arttığı belirtilmiştir (Kömürcü ve Berkiten 2008). Bununla birlikte endişeli bir eş, doğum eylemi sırasında kadının ihtiyaç duyduğu destek ve güveni sağlamak konusunda yetersiz kaldığında kadının yaşamış olduğu anksiyete düzeyini artırabilir. Eğer kadının çevresindeki kişiler endişeli ise kadın bundan büyük ölçüde etkilenecektir (Hamlacı 2013).

Kashanian, Javadi ve Haghghi’ye göre (2010), İran’da 100 gebe ile doğumda ebeler tarafından verilen sürekli desteğin doğum süresi ve sezaryen üzerine etkisini incelediği randomize çalışmalarında, doğumda destek verilen gebelerde doğumun aktif fazının ve ikinci evresinin daha kısa sürdüğü ve sezaryen oranının daha az olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte ebeler tarafından verilen desteğin sezaryen oranlarını azaltmada etkili olduğunu açıklamıştır.

Coşar (2012), İstanbul’da 70 gebe (35 deney, 35 kontrol) ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelediği deneysel çalışmasında desteklenen gebelerin daha az ağrı yaşadığını belirtmiştir.

Pınar ve Pınar (2009), Ankara’da 186 yeni doğum yapmış kadın ile empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumunu incelediği çalışmada, eylemdeki annenin duygusal desteğe ve bireysel ilgiye daha fazla ihtiyaç duyduğu, bu doğrultuda ebe/hemşirelerin eylem süresince annelerin kaygılarını gidermesi, anlayışlı davranması ve desteklemeleri gerektiği vurgulamıştır.

Doğuma hazırlık: Doğum öncesi hazırlık doğum ağrısını etkileyen en önemli değişkenlerden biridir. Doğum öncesi eğitimler ile yapılan hazırlık, doğum eylemiyle ilgili bilinmezlikten doğan anksiyete ve korkuyu azaltır. Kişisel tercih ve tutumlar, eğitim sınıflarındaki uygulamalarda değişiklikler ve doğum şekli (NSD, C/S) ağrının algılanışını etkilemektedir (Yeşilçiçek Çalık 2010). Bununla birlikte doğuma hazırlık kursları sadece katılan çiftlerin bu etkileyici deneyimi paylaşmalarında rol oynamakla kalmayıp anne ve bebeğin analjezi ve anesteziye maruz kalmalarını da önlemede etkilidir (Taşkın 2009).

Spiby ve ark.na göre (2003), 121 gebe ile doğum ağrısıyla başa çıkmada kadınların deneyimini incelediği çalışmalarında, doğuma hazırlık sınıflara devam eden kişilerin doğum ağrısı ile ilgili baş etme stratejileri geliştirdiği ve doğumda ağrı kesici kullanımının azaldığını belirtmektedir.

Coşar (2012), İstanbul'da 70 (35 deney, 35 kontrol) gebe ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelediği deneysel çalışmasında doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin daha az ağrı çektiğini belirtmiştir.

2.6.4. Ağrıyı etkileyen diğer faktörler

Bu bölümde ağrıyı etkileyen diğer faktörler incelenecektir. Bu faktörler; dismenore (ağrılı adet), anemi ve uyku kalitesidir.

Dismenore (ağrılı adet): Gebelik öncesi adet ağrısı şikayeti olanların doğum ağrılarının yüksek olmasının ve tarif ettikleri dismenore şiddeti ile de paralel artış göstermesi, kişilerin ağrı eşiği, ağrı mekanizması, fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel özellikleri ile ilgili olabilir. Bu süreçte artan prostaglandin sentezinin, kontraksiyonların şiddetinde artışa yol açtığı, bu mekanizmanın hem doğum ağrısında hem de dismenorede aynı olduğu belirtilmektedir. Doğum ağrısı şiddetinin oluşmasında kontraksiyon şiddetinin, kontraksiyon süresinden daha önemli olduğu, daha çok etkilediği verileri ile de desteklenmektedir (Mucuk 2010).

Phumdoung ve Good (2003), 110 gebe ile doğum ağrısının azaltılmasında müziğin etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, örneklem grubundaki gebelerin %61'inin ağrılı menstrasyon yaşadığı belirtilmiştir.

Mucuk (2010), LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini 120 gebe ile incelediği deneysel çalışmasında gebelikten önce ağrılı adet yaşama ile doğum ağrısı arasında ilişki bulmuştur.

Anemi: Doğum ağrısını etkileyen bir diğer faktörde anemidir (Head 1922). Gebelikte yaygın olarak görülen anemi, kandaki hemoglobin düzeyinin normal sınırlar altına düşmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu belirtmektedir. Ülkemizde ise kadınların yaklaşık olarak %40-50'si anemik olduğu ve bu sebeple kadın sağlığı açısından önemli bir sorun olduğu belirtilmektedir (Ekşi 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gebelikte anemiyi, gebeliğin herhangi bir döneminde hemoglobin seviyesinin 11gr/dl'nin altında olması olarak belirtilmiş ve gebeliğin 1 ve 3. trimesterde 11g/dl'nin altı, 2. trimesterinde plazma volümünün artmasına bağlı olarak, 10.5g/dl sınır değeri olarak kabul edilmektedir (Ekşi 2006, Taşkın 2009).

Gebelikte fizyolojik anemi dikkate alındığında anemi sınırları şu şekildedir (Ekşi 2006):

1. trimester hemoglobin: 11 g/dl↓

2. trimester hemoglobin: 10.5 g/dl↓

3. trimester hemoglobin: 11-10 gr/dl↓

Yine aynı şekilde Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) önerisi doğrultusunda, hemoglobin değeri 11 g/dL'nin altında olan gebeler anemik olarak kabul edilmesi gerektiği rapor etmişlerdir (Centers for Disease Control 1990).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından gebelik anemi sınıflandırılmasına bakıldığında ise;

Hemoglobin değeri 10.0-10.9 g/dl olması **Hafif Anemi**,

Hemoglobin değeri 7-9.9 g/dl olması **Orta Şiddette Anemi**,

Hemoglobin değeri <7 olması **Şiddetli Anemi** olarak tanımlanmıştır (Grewal 2010).

Gebelik döneminde, rutin olarak hemoglobin kontrolü yapılması çok kolaydır ve fazla bir zaman almaz. Genellikle gebelik döneminde kadının kan değerlerinin durumu fazla dikkate alınmaz ve dikkatlice sorulmaz. Yapılan gözlemlerde, 32-34'üncü ve daha ileri gebelik haftalarında hemoglobin değeri düşük olan kadınların çok nadiren iyi bir doğal doğum deneyimi yaşadıkları görülmüştür. Bu kadınların bebekleri çok sıkıntılı bir durum içinde olmaz. Fakat anemisi olan kadınların, çoğunlukla doğum eylemleri uzun, yorucu ve ağırlı geçer ve lohusalık dönemlerindeki iyileşme süreçleri de oldukça yavaş olur. Gebelikte yaşanan anemiyle ilgili birçok tartışmalar yapılmıştır, ancak ağrının algılanışıyla ilgili klinik yaklaşım biraz daha özeni hak etmektedir (Dick-Read 2010, Rathfisch 2012).

Henry Head (1922) "Ağrının Belirgin Yönleri" adlı kitabında anemiyi, ağrıyla başa çıkmayı azaltan nedenlerden biri olarak göstermiştir. Gebelik döneminde anemi, doğum eyleminde ağrı eşiğini düşürerek ağrının daha fazla algılanmasına neden olduğunu belirtmiştir (Rathfisch 2012).

Yine aynı şekilde Malhotra ve ark.na göre (2002), 447 gebe ile anemi düzeyinin maternal ve perianatal sonuçları belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, aneminin doğumun uzamasını ve operatif doğumu arttırdığını belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi literatürde, aneminin doğumun uzamasına, operatif doğumu arttırdığına ilişkin çalışmalar bulunmasına rağmen doğum ağrısını etkilemesi ilgili çalışmalar bulunamamıştır.

Uyku kalitesi: Literatürde, uykusuzluk, yorgunluk gibi durumların ağrı eşiğini azalttığı buna karşılık yeterli uyku, dinlenme ve gevşemenin ağrı eşiğini arttırdığı belirtilmektedir. Uyku kalitesinin kötü olması gebelerin uterin perfüzyonunu bozarak

daha fazla ağrı hissetmelerine ve olumsuz doğum deneyimi yaşamasına sebep olabilmektedir (Özkan 2012).

Bebee ve Lee (2007), 35 nullipar gebe ile gebeliğin son dönemlerinde ve doğumun erken dönemlerinde yaşanan rahatsızlıkları inceledikleri çalışmada; doğumdan önce beş gündeki uyku ile doğum sırasındaki ağrı ve yorgunluk arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Özkan (2012), 75 gebe ile gebelikte uyku kalitesinin travay süresi ve doğum ağrısı üzerine etkisini incelediği tanımlayıcı çalışmasında uyku kalitesi ile doğum ağrısı arasında ilişki bulamamıştır.

2.7. Doğum Ağrısının Şiddetli Algılanmasının Olumsuz Etkileri

Vücut sistemleri yaşanan doğum ağrısından etkilenmektedir. Gebenin solunum, dolaşım ve metabolizmasında önemli değişiklikler oluşur ve diğer vücut fonksiyonları değişir. Bu maternal değişikliklerin fetus ve yenidoğan üzerinde zararlı etkileri olabilir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010).

Doğum ağrısı annenin solunum hızının artmasına neden olmaktadır. Bu PaCO₂ seviyelerinde düşüşe ve dolayısı ile de pH'da artışa neden olur. Bu durum fetüsü etkilemekle birlikte fetal hipoksiye neden olabilir (Kömürcü ve Berkiten 2008).

Doğum ağrısı endokrin sistemi de etkiler. Gebenin aktif doğum sırasındaki şiddetli ağrısı ve endişesi sonucu adrenal düzeyinde % 300-600, noradrenalin düzeyinde % 200-400, kortizol düzeyinde de % 200-300 artış görülür (Şahin ve Owen Ünal 2006).

Kardiyovasküler etkilere bakıldığında ise, doğumun ilk ve ikinci evrelerinde kardiak out-put artar. Bu artış %20 ile %50 oranında olabilir. Bu artışın nedeni uterustaki kanın annenin dolaşımına verilmesidir ve bu yaklaşık her bir kontraksiyonda 250 ile 300 ml civarındadır. Bu artış sağlıklı gebelerde iyi tolere edilirken kalp hastalığı, preeklampsi, esansiyel hipertansiyon, pulmoner hipertansiyon ve anemi gibi durumlarda tolere edilemez. Doğum ağrısı ve anksiyete nedeni ile doğumun birinci ve ikinci evrelerinde serbest yağ asitleri ve laktat düzeyleri önemli derecede artar. Sempatik aktivitedeki artış, metabolizma ve oksijen

tüketimini arttırırken, gastrointestinal sistem ve mesane motilitesini azaltır (Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010).

Şiddetli doğum ağrılarının psikolojik etkilerine bakıldığında ise, gebenin ruh sağlığını bozabilir, bebeği ve eşi ile ilişkilerini uzun süreli ve ciddi şekilde etkileyebilecek duygusal bozukluklara, depresyon ve anksiyeteye yol açabilir (Şahin ve Owen Ünal 2006).

Doğum ağrısı sadece maternal sağlığı etkilemekle kalmayıp uterus aktivitesini de etkilemektedir. Ağrı ve emosyonel stres, kortizol ve katekolamin sekresyonunun artması yoluyla uterus kontraktilesini azaltarak yada arttırarak doğumun süresini etkileyebilir. Noradrenalin uterus aktivitesini artırırken, adrenalin ve kortizol azaltır. Bazen ağrı ve anksiyete, düzensiz uterus kontraksiyonlarına neden olur (Şahin ve Owen Ünal 2006).

Fetus üzerine etkilerine bakıldığında ise, doğumda kontraksiyonun en güçlü olduğu dönemde intervillöz mesafede kan akımının azalması, plasental gaz değişiminde geçici bir azalmaya yol açar. Bu durum ağrının neden olduğu hiperventilasyon ile daha da ilerler ve oluşan ciddi solunumsal alkaloz, anneden fetüse oksijen geçişinin azalmasına yol açar. Normal bir doğum sırasında, fetus da normal ise, fetal sirkülasyonda depolanmış olan oksijen, kısa süreli plasental hipoperfüzyon sırasında fetal oksijenasyonu sürdürmeye yeterli olabileceğinden, bu zararlı etkileri tolere edilebilir. Ancak, preeklampsi, kalp hastalığı, diabet gibi obstetrik veya maternal nedenlerle zaten risk taşımakta olan fetusta ağrının neden olduğu O₂ ve CO₂ transferindeki azalmalar, perinatal morbidite hatta mortalitenin artmasına neden olabilir (Şahin ve Owen Ünal 2006, Çimen 2007).

2.8. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğum, kadın ve ailesi için mutluluk verici olması yanında ağrı deneyimi güçlükleri olan bir olaydır. Doğumdaki ağrı derecesi uterin kontraksiyonlarının süre, sıklık ve şiddeti ile servikal dilatasyona göre değişir. Doğum ağrısının kontrol altına alınmasında ilk adım doğru bir şekilde değerlendirmekten geçmektedir (Öztürk 2006, Kömürcü ve Berkiten 2008).

Doğum ağrısını değerlendirme, doğum ağrısının temel niteliklerinin belirlenmesinde, oluşabilecek komplikasyonların tanınmasında ve ağrıyı azaltmaya yönelik girişimlerde karar verilmesinde rol oynar (Köksal ve Taşçı Duran 2013).

Ağrı deneyimi değerlendirilirken fiziksel boyutu yanı sıra öznelliği de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda gebenin ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişmektedir (Öztürk 2006).

Ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir göstergenin gebenin kendi ifadesi olmasına karşın, ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken ya da tanımlamayan gebelerin de olacağı unutulmamalıdır. Ağrısını ifade etmekte ya da değişik düşünce ve inançları nedeniyle ağrısını ifade etmek istemeyen gebelerin “ağrıları yoktur” şeklinde değerlendirilmeleri ağrının olası olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu gibi durumlar ağrı ölçekleri aracılığı ile gebenin sayısal ya da sözel olarak bildirdiği ağrı şiddeti olabildiğince objektif bir şekle çevrilmekte ve ağrı değerlendirilmesi yapılabilmektedir (Öztürk 2006, Kömürcü ve Berkiten 2008).

Ağrı ölçümünde birçok tek boyutlu ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi gebenin kendisi yapmaktadır. Çok boyutlu ölçekler ise ağrının yeri, niteliği ve ağrının şiddeti gibi birçok boyut aynı anda değerlendirilmektedir. Ağrının tipi, gebenin ve ölçeği kullanacak sağlık personelinin özellikleri gibi bir çok faktörün kullanılacak ölçeği belirlemede etkili olduğu unutulmamalıdır (Eti Aslan 2002, Eti Aslan 2006, Öztürk 2006, Kömürcü ve Berkiten 2008).

Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçeğin güvenilir, geçerli ve ölçülen ağrı tipine uygun olması, sağlık personeli ve gebe tarafından anlaşılır olması ve farklı yorumlara olanak vermemesi gerekir. Doğum ağrısının değerlendirilmesinde en fazla kullanılan ölçekler aşağıdaki şekilde verilmiştir (Kömürcü ve Berkiten 2008).

Tek Boyutlu Ölçekler

- Sözel Kategori Ölçeği
- Sayısal Ölçekler
- Görsel Kıyaslama Ölçeği–GKÖ (Visual Analog Scala=VAS)
- Burford Ağrı Termometresi (BAT)

Çok Boyutlu Ölçekler

- McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)
- Dartmount Ağrı Soru Formu
- West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
- Ağrı Algılama Profili
- Davranış Modelleri

Şekil 1: Ağrı Ölçekleri

Eti Aslan F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):916

2.9. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Ebenin Rolü

Doğum, kadın ve ailesi için çok özel bir deneyimdir. Bu deneyimin olumlu sonuçlanmasında ebenin rolü önemlidir. Bu nedenle bakımın odağı, annenin doğum sürecinde sadece anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmak ebenin sorumluluklarından biridir (Yıldırım 2001).

Doğum mutluluk ve heyecan verici bir deneyim olmasına karşın, doğumda yaşanan ağrı çoğu kadın için yaşamın bilinen ve tanımlanan en şiddetli ve travmatik ağrısıdır. Anne adayları doğum ağrısından korktukları için endikasyon olmadığı halde sezaryenle doğum yapmayı tercih etmektedir. Doğum ağrısı sadece doğumdaki memnuniyeti ve doğum yapma deneyimini etkilemekle kalmayıp, anne ve yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri de vardır. Bu yüzden doğum ağrısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve uygun girişimlerin yapılması önemlidir. Çünkü doğumda ağrı kontrolü her zaman yüksek teknolojiyi gerektirmeyebilir. Etkili ebelik girişimleri ile de ağrıyı hafifletmek mümkündür (Ertem ve Sevil 2005, Çimen 2007, Kömürcü ve Berkiten 2008).

Gebenin doğum ağrısı ile baş edebilmesi için etkili bir ebe desteğine gereksinimi vardır. Ebelerin bu desteği sağlayabilmeleri için doğum ağrısını etkileyen faktörleri bütün yönleriyle bilmesi gerekir. Bu sayede ağrıyla baş etmek için kadınla birlikte

uygun girişimler planlayıp uygulanabilir. Ebeler doğum ağrısını etkileyen faktörleri belirleyip uygun girişimleri yaptıklarında doğum ağrısının azaldığı görülmüştür. Bununla birlikte ebelerin doğum ağrısını etkileyen faktörleri belirleyerek uygun bakım vermelerini engelleyecek personel yetersizliği, zaman kısıtlılığı, eğitim eksikliği, hastane politikaları ya da rutinlerinin olmaması da gerekir. Sonuç olarak, günümüzde birçok hastanede destekleyici ve kişiye özgü bakımdan çok rutin uygulamalar yapılmaktadır. Oysaki gebeye yapılan her türlü tedavi ve bakımın ebelik uygulamalarına bırakıldığında ve bunun kanıt temelli çalışmalarla desteklendiğinde, doğum sadece sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmakla kalmayıp doğumu yapan kadın ve doğumu yaptıran ebenin pozitif bir doğum eylemi yaşamaları sağlanacaktır (Kömürcü ve Berkiten 2008, Yeşilçiçek Çalık 2010, Hamlacı 2013).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, doğum ağrısını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı kesitsel bir araştırma olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin doğum salonunda, kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli kurum izinleri ve etik kurul onayı alındıktan sonra 24 Mart -15 Mayıs 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi adı altında hizmet veren hastane 2 Mayıs 2011 yılında Halkalı'da TOKİ tarafından yapılan 648 yataklı yeni binaya taşınarak, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi adı altında hizmet vermeye başlamıştır.

Hastanenin doğumhane biriminde, toplamda 19 ebe/hemşire, 7 asistan hekim, 1 uzman hekim, 2 tıbbi sekreter, 5 temizlik personeli görev yapmaktadır. Ancak bu sayı yeni atamalar ve istifalar nedeniyle değişkenlik göstermektedir. Çalışma sistemi nöbet usulüdür.

Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce acil kadın doğum polikliniklerinde ultrasonografi ve fiziksel muayene ile değerlendirilmektedir. Doğum eyleminin başladığı saptanan gebeler ise yatış aldıktan sonra doğumhaneye çıkartılmaktadır. Doğumhaneye kabul edilen gebeye öncelikle vajinal muayene ve elektronik fetal monitorizasyon yapıp damar yolu açılmaktadır. Gebelerden kan grubu ve hemogram incelemesi için kan örnekleri ve tam idrar tahlili için idrar örneği alınmaktadır.

Amniotomi, lavman uygulanması doğumhanede rutin kullanılmaktadır. İlk doğumu olan gebelere çoğunlukla epizyotomi uygulanmaktadır.

Doğum salonunda doğumlar 1 ebe 1 asistan doktor tarafından sırayla yapılmakta ancak riskli bir durumla karşılaşıldığında doğum uzman hekim tarafından yaptırılmaktadır.

Doğumdan sonra anneler, 1 saat boyunca doğum odasında kalmakta, bebekler ise bebek izlem odasına alınmaktadır. 1 saatin sonunda anne ve yenidoğanda bir problem yoksa Doğum sonu I ve II servislerine çıkarılmaktadır.

Bu süreçte araştırma verilerinin toplanması, I. Aşaması doğum salonunda doğum eyleminin takibi sırasında, II. Aşaması ise doğum sonu servislerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'ne 24 Mart -15 Mayıs 2015 tarihleri arasında doğum için başvuran gebelik haftası 38. gestasyonel haftayı tamamlamış, anne ve bebekte herhangi bir riskli durum bulunmayan, normal spontan vaginal doğum için başvurmuş gebeler oluşturmuştur. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2014 yılında 15870 doğum gerçekleşmiş, bunların 9774'ü normal vaginal doğum, 36'sı müdahaleli doğum ve 6060'ı sezaryen operasyonu ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın örneklemini ise; bu tarihler arasında hastaneye doğumunu yapmak için başvuran kadınlardan, araştırma sınırlamasına uyan, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan gebelerden oluşturulmuştur. Evreni bilinen örneklem hesaplama formülü ile %95 güven seviyesi ve %5 hata payı ile 370 kişilik bir örneklem hesaplanmıştır. Veri kayıpları olacağı düşüncesiyle 423 gebeye ulaşılmıştır. 26 gebe değerlendirme dışı kalarak örneklem sayısı 397 gebeden oluşmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır;

- 18-35 yaşları arasında olan,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden,
- Miadında (38- 42 gebelik haftalar arası) spontan vajinal doğum yapacak olan,
- Tek fetüs ve baş prezantasyonu olan,
- Doğum eyleminin latent fazında (servikal açıklık 2-3 cm) olan,
- Herhangi bir gebelik komplikasyonu olmayan (Plasenta previa, preeklampsi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos, kontraksiyon anomalileri, prezentasyon bozukluğu, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, makrozomik bebekler, fetal distres v.b.),

- Yazılı/ sözlü iletişim kurulabilen,
- Herhangi bir sistemik ve nörolojik hastalığı olmayan,
- Kontraksiyon anomalisi olmayan (Hipotonik veya hipertonic kontraksiyonlar)

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin çalışmaya alınacak olmasına karşın;

- Narkotik analjezik veya sedatif alanlar,
- Doğum sonu komplikasyon gelişenler,
- İnfertilite tedavisi almış olanlar,
- Doğumu sezaryen ile olan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerini elde etmek üzere,

1. Gebe Tanıtım Formu (Ek-II)
2. Doğum Eylemine İlişkin Partograf Formu (Ek- III)
3. Gebe İzlem ve Değerlendirme Formu (Ek-IV)
4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS) (Ek-V)
5. Doğum Sonrası Değerlendirme Formu uygulanmıştır. (Ek-VI)

3.4.1. Gebe tanıtım formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür bilgileri ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan gebe tanıtım formu gebenin sosyo-demografik özelliklerine ve gebelik öyküsüne yönelik toplamda 27 sorudan oluşmuştur (EK-II).

Sosyo-demografik veriler için gebenin yaşı, eğitim ve çalışma durumu, gelir durumu, en fazla yaşadığı yer sorulmuştur.

Gebeliğe ilişkin olarak; gebelik haftası, gebeliği isteme, doğum öncesi kontrollere gitme, doğuma hazırlık kursuna katılıp katılmadığı, doğum ağrısını hafifletmede kullanılan yöntemleri bilme, doğum sırasında yalnız kalma korkusu, doğumda destek alma, doğumu yapan birini görme, doğumla ilgili hikaye dinleme, doğum yapma

düşüncesinden korkma, doğum ağrısı ile ilgili düşüncesi ve gebelikten önce adetlerinin ağrılı olup olmadığı sorulmuştur.

3.4.2. Doğum eylemine ilişkin partograf formu

Partograf, doğum eylemini yönlendirmek amacıyla uygulamaya yönelik geliştirilen bir araçtır. Partograf kullanımı eylemin ayrıntılı bir şekilde takibini, doğum eylemi sırasında hem anne hem de bebeğin durumunun düzenli olarak değerlendirilmesini ve uzamış eylemlerinin erken dönemde fark edilmesini sağlar. Partografda üç parametre izlenmektedir (Yeşilçiçek Çalık 2010, Beydağ, Doğan Merih ve Yılmaz Esencan 2013) (EK- III).

Doğumun ilerleyişi:

- Servikal Dilatasyon
- Başın İnişi
- Uterus Kontraksiyonları

Fetüsün durumu:

- Fetüsün Kalp Hızı
- Amnion Renginin Rengi ve Miktarı
- Fetal Kafa Kemiklerinin Birbiri Üstünde Kayması

Annenin durumu:

- Nabız, Kan Basıncı, Vücut Isısı
- İdrar Volümü, Protein, Aseton
- İlaçlar ve IV Sıvılar
- Oksitosin Uygulaması

3.4.3. Gebe izlem ve değerlendirme formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında hazırlanarak gebeye yapılan uygulamalar (amniyotomi, fundal basınç, epizyotomi, vaginal muayene, lavman), travayın süresi, doğum eyleminin evrelerine göre ağrı şiddeti puanları, servikal efasman, kontraksiyon şiddeti, doğum şekli ve saati, yenidoğana ilişkin bilgiler

olmak üzere toplamda 19 sorudan oluşmuştur. Gebelere rutin olarak bakılan Hb ve Hct değerleri laboratuvar sonuçları veri olarak alınacaktır (EK-IV).

3.4.4. Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS)

GKÖ, subjektif olarak algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılır. GKÖ ilk kez Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilmiş ve kullanılmıştır. GKÖ yatay veya dikey olarak çizilmiş bir ucunda "ağrı yok" diğer ucunda "dayanılmaz ağrı" yazan 10 cm uzunluğunda bir cetveldir. Cetvel üzerinde gebeden kendi durumuna uyan yere çizgi çekmesi veya nokta koyması istenerek, gebe kendi ağrısını işaretlemektedir. Değerlendirme bu işaretlemelere göre yapılır. Ağrının hiç olmadığı yerden, bireyin işaretlediği yere kadar olan mesafe bir cetvel yardımıyla ölçülür. GKÖ'nin diğer yöntemlere göre duyarlılığın yüksek olması, sayılarla bireyin yönlendirilmemesi, çabuk sonuç vermesi, kolay anlaşılır ve uygulanabilir olması, subjektif duyguların ölçümünde geçerli bir yöntem olması nedeniyle ağrı şiddetini belirlemede tek boyutlu ölçekler içinde en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. GKÖ'nin birden fazla uygulanması gereken durumlarda, gebenin önceki ağrı puanına göre değerlendirme yapabilmesini önlemek amacıyla, her defasında üzerinde herhangi bir işaret olmayan sadece ağrı ölçeğinin bulunduğu yeni bir ölçek kullanılması önerilmektedir (Eti Aslan 2002, Kömürcü ve Berkiten 2008, Hamlacı 2013).

3.4.5. Doğum sonrası değerlendirme formu

Araştırmacı tarafından literatür ışında doğum ağrısının şiddeti, sağlık personelinin davranışı, doğumdaki kasılmalara karşı tahammülü, doğum sürecinden memnun kalıp kalmadığı ilişkin toplamda 4 sorudan oluşmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Etik Kurulu onayı (Ek-VII) ve kurum izni (Ek-VIII) alındıktan sonra, araştırmacının kendisi tarafından toplandı. Araştırmanın uygulama izinlerinin alınmasından sonra, hastanenin Sağlık Bakımı Hizmetleri Müdürü ve yardımcıları, doğum salonu sorumlu ebesi ile diğer ebe ve hemşireler ile görüşüldü, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verildi.

Doğum eyleminin latent fazında gebe kadınlarla birebir görüşülerek araştırmanın amacı planı ve kendisinden ne beklendiği, isterse araştırmadan ayrılabilceği açıklanarak bilgilendirildi ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözel ve

yazılı izinleri alındı (Ek-I). Veri toplama araçlarının etkinliğini belirlemek amacıyla, travayda 20 gebe ile pilot çalışma yapıldı. Pilot çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda, içerik ve anlaşılabilirlik açısından tekrar gözden geçirilerek veri toplama formlarında bir değişiklik yapılmadı.

Araştırmayı kabul eden gebelere, Gebe Tanıtım Formu dolduruldu ve uterin kontraksiyondan önce doğum ağrısı GKÖ (GKÖ I) ile kontrol amaçlı ölçüldü. Doğum eylemi süresince gebeye latent fazda kontraksiyon sonrasında (dilatasyon 2-3 cm olduğunda) GKÖ II, aktif fazda kontraksiyon sonrasında (dilatasyon 5-6 cm olduğunda) GKÖ III, geçiş fazında kontraksiyon sonrasında (dilatasyon 8-9 cm olduğunda) GKÖ IV, doğumun 2 evresinde (bebeğin doğumunu takiben) (GKÖ V) doğum sonrası erken postpartum dönemde (erken postpartum dönemin sonu olan 2. saatte) (GKÖ VI) uygulanarak algıladığı ağrının şiddetini ölçek üzerinde işaretlemesi istendi.

GKÖ'nin kullanımı gebeye çok iyi anlatılarak iki uç nokta arasında ağrısının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu söylendi. Ağrı ölçeği, ağrının olmadığı aralarda uygulandı. Değerlendirmenin aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda, gebe kadın önceki ağrı puanına göre değerlendirme yapabileceğinden, her defasında üzerinde herhangi bir işaret olmayan ağrı ölçeğinin bulunduğu sayfa kullanıldı.

Gebelerin servikal dilatasyonları, yapılan uygulamalar periyodik olarak doğum salonunda çalışan aynı ebe ve hekimler tarafından değerlendirildi. Elde edilen bilgiler, Partograf Formu'na, Gebe İzlem ve Değerlendirme Formu'na kaydedildi. Erken postpartum dönemin sonu olan 2. saatte doğum sonrası görüşme formu dolduruldu.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Araştırmada elde edilen veriler; örneklem büyüklüğünün 30'dan büyük olduğu, standart sapmanın ortalamaya bölündüğünde çıkan değerlerin %30'dan küçük olduğu ve One Sample Kolmogorov-Smirnov Z testinde $p > 0.05$ olduğu görüldüğü için normal dağılım özelliği göstermektedir. Normal dağılım özelliği gösterdiği için veriler Pearson korelasyon testi, One-Way ANOVA testi, bağımsız gruplarda t-testi ile

değerlendirilmiştir. Bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğunda bağımsız gruplarda t-testi, grup sayısı üç ve üzeri olduğunda ise One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. Ayrıca ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile sayı ve yüzdelikler kullanılmıştır. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Karabük Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (EK-VIII), daha sonra İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin bağlı olduğu İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden (EK-VIII) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onayları, hazırlanan Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onayları alınmıştır (EK-I).

Araştırmanın uygulama izinlerinin alınmasından sonra, hastanenin Sağlık Bakımı Hizmetleri Müdürü ve yardımcıları, doğum salonu sorumlu ebeleri ve hemşireleri ile görüşmeler yapılmış ve araştırmanın amacı, kapsamı hakkında bilgi verilerek destekleri sağlanmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce gebelere çalışmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi” yerine getirilmiştir. Gebelerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik İlkesi”, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

Araştırma İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne 24 Mart -15 Mayıs 2015 tarihleri arasında hastaneye doğum için başvuran gebeler ile sınırlıdır.

Olumlu Durumlar

- Gebelerin ve hastane personelinin çalışmayı desteklemesi
- Çalışmanın yapıldığı hastanenin araştırmacının evine yakın olması

Olumsuz Durumlar

- Çalışmanın özelliği nedeniyle gebelerin travay süresince izlenmesi ve birden fazla sayıda ağrı ölçeği uygulanması gerekmektedir. Bu nedenle zaman kaybına neden olmuştur.
- Araştırmaya dahil edilmiş 18 gebe (travayın ilerleyen aşamalarında gelişen komplikasyonlara ve doğum eyleminin durumuna göre) sezaryen ile doğum yapmıştır.
- Bazı gebelerin başta çalışmaya katılmayı kabul edip daha sonra çalışmadan ayrılmak istemesi nedeniyle araştırmada vaka kayıpları olmuştur (6 gebe).
- Doğum sonunda kanama gelişen gebeler çalışma dışı bırakılmıştır (2 gebe).

4. BULGULAR

Doğum ağrısını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, elde edilen bulgular;

- 4.1. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular
- 4.2. Ağrıyı etkileyen doğum sürecine ilişkin faktörlere ait bulgular
- 4.3. Ağrıyı etkileyen psikolojik faktörlere ilişkin bulgular
- 4.4. Ağrıyı etkileyen diğer faktörlere ilişkin bulgular
- 4.5. Gebelerin doğum sonu değerlendirmesine ilişkin bulgular olmak üzere 5 başlık altında sunulmuştur.

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu, en fazla yaşadığı bölge, gebelikten önce ağrılı adet yaşama, gebelik sayısı, doğum sayısı, gebelik haftası, gebeliği isteme, düzenli kontrollere gitme, doğuma kadar destek alma, doğum öncesi hazırlık kursuna katılma, gebelerin doğuma ilişkin düşünceleri ve gebelerin yaşı, eğitim durumu, en fazla yaşadığı bölge, doğum sayısı ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 1: Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n:397)

Bireysel Özellikler	n	%
Yaş aralıkları *		
19 yaş ve altı	24	6.0
20-24 yaş	134	33.7
25 yaş ve üstü	239	60.3
Eğitim durumu		
İlkokul	194	48.9
Ortaokul	123	31.0
Lise	51	12.8
Üniversite	29	7.3
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	300	75.6
Çalışıyor	97	24.4
Ailenin gelir durumu		
890TL altı	198	49.9
890-1000 TL arası	158	39.8
1000-2000 TL arası	34	8.6
2000-5000 TL arası	6	1.4
5000 TL üstü	1	0.3
En fazla yaşadığı bölge		
Doğu Anadolu	160	40.3
Karadeniz	138	34.8
Güneydoğu	49	12.4
İç Anadolu	20	5.0
Marmara	20	5.0
Akdeniz	8	2.0
Ege	2	0.5
Toplam	397	100

**Bu araştırmada yaş aralığı; en küçük 18 yaş, en büyük 35 yaş alınmıştır.*

Gebelerin bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Gebelerin yaşının %60.3’ünün 25 yaş ve üstü olduğu, yaş ortalamaları ise 26.62 ± 5.09 ’dur. Eğitim durumlarına bakıldığında %48.9 ilkokul mezunu, çalışma durumuna bakıldığında ise %75.6’sının çalışmadığı görülmektedir. Ailenin gelir durumlarına bakıldığında %49.9’u asgari ücretinin altında geçmektedir. En fazla yaşadığı bölge olarak da %40.3 oranla Doğu Anadolu Bölgesidir.

Tablo 2: Gebelerin Yaşı ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Gebelerin Yaşı	n	Ortalama	Standart Sapma	F*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
19 yaş ve altı	24	2,75	0,67	0,762	0,467
20-24 yaş	134	2,62	0,58		
25 yaş ve üstü	239	2,68	0,54		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
19 yaş ve altı	24	3,75	0,67	0,298	0,743
20-24 yaş	134	3,69	0,63		
25 yaş ve üstü	239	3,74	0,62		
Aktif fazda ağrı					
19 yaş ve altı	24	5,46	0,98	0,495	0,610
20-24 yaş	134	5,30	0,81		
25 yaş ve üstü	239	5,36	0,82		
Geçiş fazda ağrı					
19 yaş ve altı	24	7,00	1,18	0,918	0,400
20-24 yaş	134	6,81	1,11		
25 yaş ve üstü	239	6,95	1,04		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
19 yaş ve altı	24	8,58	1,21	1,324	0,267
20-24 yaş	134	8,39	1,25		
25 yaş ve üstü	239	8,61	1,23		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
19 yaş ve altı	24	3,08	0,93	0,358	0,699
20-24 yaş	134	3,19	0,94		
25 yaş ve üstü	239	3,10	1,08		

*F= One-Way ANOVA testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin yaşı ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 2’de verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı üç olduğu için One-Way ANOVA testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin yaşı ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($F= 0.762$ $p=0.467$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($F=0.298$ $p=0.743$), aktif fazda ağrı ($F=0.495$ $p=0.610$), geçiş fazda ağrı ($F=0.918$ $p=0.400$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($F=1.324$ $p=0.267$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($F=0.358$ $p=0.699$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tablo 3: Gebelerin Eğitim Durumu ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
İlkokul	194	2,65	0,56	0,396	0,756
Ortaokul	123	2,67	0,59		
Lise	51	2,63	0,53		
Üniversite	29	2,76	0,57		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
İlkokul	194	3,71	0,61	0,396	0,756
Ortaokul	123	3,76	0,65		
Lise	51	3,69	0,62		
Üniversite	29	3,79	0,62		
Aktif fazda ağrı					
İlkokul	194	5,30	0,85	1,075	0,359
Ortaokul	123	5,35	0,80		
Lise	51	5,53	0,78		
Üniversite	29	5,27	0,88		
Geçiş fazda ağrı					
İlkokul	194	6,81	1,07	1,374	0,250
Ortaokul	123	6,96	1,06		
Lise	51	7,14	1,06		
Üniversite	29	6,89	1,14		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
İlkokul	194	8,40	1,24	1,670	0,173
Ortaokul	123	8,64	1,22		
Lise	51	8,76	1,27		
Üniversite	29	8,58	1,12		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
İlkokul	194	3,06	1,06	1,905	0,128
Ortaokul	123	3,17	1,04		
Lise	51	3,41	0,85		
Üniversite	29	2,96	0,90		

*F= One-Way ANOVA testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin eğitim durumu ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı üç ve üzeri olduğu için One-Way ANOVA testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin eğitim durumu ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı (F=0.396 p=0.756), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı (F=0.396 p=0.756), aktif fazda ağrı (F=1.075 p=0.359), geçiş fazda ağrı (F=1.374 p= 0.250), doğumun 2 evresinde ağrı (F=1.670 p=0.173) ve doğum sonrası dönemde ağrı

(F=1.905 p=0.128) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tablo 4: En Fazla Yaşadıkları Bölgeler ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

En Fazla Yaşadıkları Bölgeler	n	Ortalama	Standart Sapma	t*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Doğu Anadolu	160	2,53	0,52	-5,818	0,000
Karadeniz	138	2,90	0,58		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Doğu Anadolu	160	3,58	0,57	-5,820	0,000
Karadeniz	138	4,00	0,66		
Aktif fazda ağrı					
Doğu Anadolu	160	5,12	0,86	-6,761	0,000
Karadeniz	138	5,72	0,66		
Geçiş fazda ağrı					
Doğu Anadolu	160	6,54	1,07	-8,632	0,000
Karadeniz	138	7,50	0,85		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Doğu Anadolu	160	7,99	1,10	-12,471	0,000
Karadeniz	138	9,47	0,92		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Doğu Anadolu	160	2,96	1,16	-4,273	0,000
Karadeniz	138	3,45	0,82		

*t= Bağımsız gruplarda t-testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

En fazla yaşadıkları bölgeler ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’te verilmiştir. Gebelerin çoğunluğunun en fazla yaşadıkları yer %40 (n:160) Doğu Anadolu, %35 (n:138) Karadeniz Bölgesidir. Bu nedenle bu iki bölge arasındaki ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldı. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin en fazla yaşadıkları bölgeler ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı (t=-5.818 p=0.000), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı (t=-5.820 p=0.000), aktif fazda ağrı (t=-6.761 p=0.000), geçiş fazda ağrı (t=-8.632 p=0.000), doğumun 2 evresinde ağrı (t=-12.471 p=0.000) ve doğum sonrası dönemde ağrı (t=-4.273 p=0.000) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu durum, Karadeniz Bölgesinde yaşayan gebelerin ağrı şiddeti puan

ortalamaları, Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan gebelerin ağrı şiddeti puan ortalamalarından daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 5: Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n:397)

Obstetrik Özellikler	n	%
Gebelikten önce ağırlı adet yaşama		
Evet	273	68,8
Hayır	124	31,2
Gebelik sayısı		
İlk gebelik	140	35,3
İkinci gebelik	130	32,7
Üçüncü ve üzeri gebelik	127	32,0
Doğum sayısı		
Nullipar	140	35,3
Bir doğum	130	32,7
İki doğum	79	19,9
Üç ve üzeri doğum	48	12,1
Toplam	397	100

Gebelerin obstetrik özellikleri Tablo 5'te görülmektedir. Gebelerin gebelikten önce ağırlı adet yaşama durumlarına bakıldığında %68.8'i ağırlı adet yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin %35.3'ünün ilk gebeliği olduğu, yine %35.3'ünün nullipar olduğu görülmüştür.

Tablo 6: Doğum Sayısı ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Doğum Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	t*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Primipar	269	2,67	0,60	0,364	0,716
Multipar	128	2,66	0,49		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Primipar	269	3,75	0,65	0,718	0,453
Multipar	128	3,69	0,55		
Aktif fazda ağrı					
Primipar	269	5,37	0,82	0,841	0,401
Multipar	128	5,30	0,84		
Geçiş fazda ağrı					
Primipar	269	6,93	1,08	0,709	0,479
Multipar	128	6,85	1,05		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Primipar	269	8,58	1,21	0,927	0,354
Multipar	128	8,45	1,28		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Primipar	269	3,16	1,02	0,849	0,396
Multipar	128	3,07	1,03		

*t= Bağımsız gruplarda t-testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Doğum sayısı ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 6'da verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için Bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum sayısı ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=0.364$ $p=0.716$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=0.718$ $p=0.453$), aktif fazda ağrı ($t=0.841$ $p=0.401$), geçiş fazda ağrı ($t=0.709$ $p=0.479$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($t=0.927$ $p=0.354$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=0.849$ $p=0.396$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tablo 7: Gebelerin Doğum Öncesi Döneme İlişkin Özellikleri (n:397)

Doğum Öncesi Döneme İlişkin Özellikler	n	%
Gebelik haftası *		
38-39 Hafta	300	75,6
40-42 Hafta	97	24,4
Gebeliği isteme		
Evet	368	92,7
Hayır	29	7,3
Düzenli kontrollere gitme		
Evet	391	98,5
Hayır	6	1,5
Kontrole gidilen yer		
Kontrole gitmeyen	6	1,5
Kamu Hastanesi	273	68,3
Özel Hastane	102	26,1
Aile Hekimliği	11	2,8
Özel Muayene	5	1,3
Kontroller kim tarafından yapıldığı		
Hekim	397	100
Ebe/Hemşire	0	0
Doğuma kadar destek alınan kişiler		
Diğer (arkadaş, teyze, yenge, hala)	123	30,1
Anne	86	21,7
Eş	85	21,4
Eşin annesi	60	16,0
Kız kardeş /Eşin kız kardeşi	43	10,8
Toplam	397	100

*Örnekleme grubuna 38-42 haftalarında olan gebeler dahil edilmiştir.

Gebelerin doğum öncesi döneme ilişkin özellikleri Tablo 7’de görülmektedir. Gebelerin gebelik haftası %75.6’sının 38-39 haftalar arasında olduğu, %92.7’sinin gebeliği istediği saptanmıştır. Gebelerin %98.5’i düzenli kontrollere gittiği, kontrollere gidilen yer olarak %68.3’ü kamu hastanesini tercih ettiği belirlenmiştir. Gebelerin kontrollerinin tamamını hekim yaptığı ve %61.3’ünün 9 ve 9’dan fazla kontrole gittiği görülmüştür. Gebeleri doğuma kadar destekleyen kişilere bakıldığında ise %30.1 ile diğer kapsamına giren arkadaş, teyze, yenge, haladır.

Tablo 8: Gebelerin Doğum Ağrısıyla Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları (n:397)

Doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamalar	n	%
Doğum öncesi hazırlık kursuna katılma		
Hayır	367	92,4
Evet	30	7,6
Doğum ağrısıyla baş etmede ilaçsız yöntemleri duyma/bilme		
Duymayanlar	374	94,2
Duyanlar	23	5,8
Toplam	397	100

Gebelerin doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamaları Tablo 8’de görülmektedir. Gebelerin %92.4’ü doğum öncesi hazırlık kursuna katılmadığı, katılanların ise eğitimini % 86.7’sini ebeler vermiştir. Gebelerin % 94.2’si doğum ağrısıyla baş etmede ilaçsız yöntemleri duymadığını belirtirken, duyanların ise %52.2’si masajı duyduğunu belirtmiştir. Bu yöntemlerin doğumhanede uygulanmasına ilişkin olarak gebeler %91.3’ü uygulanmadığını belirtmiştir.

Tablo 9: Gebelerin Doğuma İlişkin Görüş ve Düşünceleri (n:397)

Doğuma İlişkin Düşünceler	n	%
Doğum ağrısı ile ilgili düşünceleri		
Çok şiddetli dayanılmaz	197	49,6
Ağrılar daha hafif olsa keşke	79	19,9
Ağrıdan dolayı sezaryen bile olmayı düşündüm	57	14,4
Normal, her anne yaşamalı	25	6,3
Normal doğumu herkes yaşamalı ama ağrılara çözüm bulmak gerek	25	6,3
Ağrı olmasa normal doğum daha güzel olacak	14	3,5
Doğum görme		
Hayır	325	81,9
Evet	72	18,1
Doğum hikayelerini dinleme		
Evet	293	73,8
Hayır	104	26,2
Doğumdan korkma durumu		
Evet	301	75,8
Kısmen	86	21,7
Hayır	10	2,5
Doğum sırasında yalnız kalma korkusu		
Hayır	249	62,7
Evet	148	37,3
Toplam	397	100

Gebelerin doğuma ilişkin görüş ve düşünceleri Tablo 9’da görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 49.6’sı doğum ağrısı ile ilgili düşüncesini çok şiddetli dayanılmaz olduğunu belirtirken, ilk gebeliğiniz değilse doğum şiddetini tarif etme sorusuna ise %30.7’si ilk gebeliği olduğunu, %32.7’si dayanılmaz olduğunu, %21.7’si çok şiddetli, %10.6’sı şiddetli, %2.8’si rahatsız edici, %1.5’i ise hafif olarak belirtmiştir.

Gebelerin %81.9’u doğum yapan birini görmediğini belirtirken, %18.1’i gördüğünü, görenlerin ise %47.2’si korktuğunu, %25’i mutlu olduğunu, %8.3’ü şaşırdığını, %5.6’sı kötü hissettiğini, %4.2’si çok güzel bir duygu olduğunu yine %4.2’si endişelendiğini, %2.8’si sevindiğini yine %2.8’si cesaret aldığını belirtmiştir.

Doğum hikayelerini dinleme sorusuna gebelerin %26.2'si dinlemediğini belirtirken, dinleyenlerin ise %69.6'sı olumsuz etkilendiğini, %20.9'u olumlu etkilendiğini, %9.5'si etkilenmediğini belirtmiştir.

Gebelerin %2.5'i doğumdan korkmadığını belirtirken, %75.8'i doğumdan korktuğunu, korkma nedenleri ise %84.7'si şiddetli ağrı çekme korkusu yaşadığı, %7.6'sı bebeğin sağlığı hakkında endişelendiği, %6.0'ı ölmekten korktuğunu, %1.3'ü yırtılma-yaralanma korkusu yaşadığını, %0.3'ü kanama korkusu yaşadığını belirtmiştir. Doğum sırasında yalnız kalma korkusu sorusuna gebelerin %62.7'si korkmadığını belirtmiştir.

4.2. Ağrıyı Etkileyen Doğum Sürecine İlişkin Faktörlere Ait Bulgular

Bu bölümde; gebelerin doğum eyleminin evrelerine göre kontraksiyon ve servikal dilatasyon özellikleri, doğumda yapılan müdahaleler, doğum saati, doğum evrelerinin ortalama süreleri ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması ve gebelerin doğum eyleminin evrelerinde ağrı şiddeti puan ortalamalarına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 10: Gebelerin Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Kontraksiyon ve Servikal Dilatasyon Özellikleri ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n:397)

	n	r*	p
<u>Servikal dilatasyon (cm)</u>			
Latent faz (2-3 cm)	397	0,111	0,027
Aktif faz (4-8 cm)	397	0,012	0,814
Geçiş faz (8-10 cm)	397	0,013	0,799
<u>Servikal Efasman (%)</u>			
Latent faz (% 0 – 60)	397	0,115	0,022
Aktif faz (% 0 – 80)	397	0,004	0,940
Geçiş faz (% 0 – 100)	397	0,016	0,749
<u>Kontraksiyon Sıklığı(dk)</u>			
Latent faz (0-10 dk)	397	0,004	0,943
Aktif faz (0-10 dk)	397	-0,013	0,797
Geçiş faz (0-10 dk)	397	-0,020	0,691
<u>Kontraksiyon Şiddeti (mmHg)</u>			
Latent faz (0-100 mmHg)	397	0,107	0,032
Aktif faz (0-100 mmHg)	397	0,144	0,004
Geçiş faz (0-100 mmHg)	397	0,120	0,017
<u>Kontraksiyon Süresi (sn)</u>			
Latent faz (sn)	397	-0,042	0,407
Aktif faz (sn)	397	0,008	0,867
Geçiş faz (sn)	397	0,066	0,188

*r = pearson korelasyon testi ile kıyaslandı ve p < 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin doğum eyleminin evrelerine göre kontraksiyon ve servikal dilatasyon özellikleri ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 10'da verilmiştir. Veriler normal dağılım özelliği gösterdiği için pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin servikal dilatasyonu, latent faz ile ağrı şiddeti puan ortalamaları ($r=0.111$ $p=0.027$) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki tespit edilmesine rağmen ($p<0.05$), aktif fazda ($r=0.012$ $p=0.814$) ve geçiş fazında ($r=0.013$ $p=0.799$) ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Gebelerin servikal efasmanı, latent faz ile ağrı şiddeti puan ($r=0.115$ $p=0.022$) ortalamalarının arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edilmesine rağmen ($p<0.05$), aktif fazda ($r=0.004$ $p=0.940$) ve geçiş fazında ($r=0.016$ $p=0.749$) ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Gebelerin kontraksiyon sıklığı, latent fazda ($r=0.004$ $p=0.943$), aktif fazda ($r=-0.013$ $p=0.797$), geçiş fazı ($r=-0.020$ $p=0.691$) ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin kontraksiyon şiddeti, latent fazda ($r=0.107$ $p=0.032$), aktif fazda ($r=0.144$ $p=0.004$), geçiş fazı ($r=0.120$ $p=0.017$) ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gebelerin kontraksiyon süresi, latent fazda ($r=-0.042$ $p=0.407$), aktif fazda ($r=0.008$ $p=0.867$), geçiş fazı ($r=0.066$ $p=0.188$) ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Tablo 11: Doğumda Yapılan Müdahaleler ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Ağrı Şiddeti Puanları		n	Ortalama	Standart Sapma	t*	P
Oksitosin Uygulama						
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı puanları	uygulanan	383	2,67	0,57	1,094	0,275
	uygulanmayan	14	2,50	0,52		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı puanları	uygulanan	383	3,74	0,63	1,391	0,165
	uygulanmayan	14	3,50	0,52		
Aktif fazda ağrı puanları	uygulanan	383	5,35	0,83	0,612	0,541
	uygulanmayan	14	5,21	0,70		
Geçiş fazda ağrı puanları	uygulanan	383	6,91	1,08	0,878	0,394
	uygulanmayan	14	6,71	0,82		
Doğumun 2 evresinde ağrı puanları	uygulanan	383	8,56	1,24	1,955	0,070
	uygulanmayan	14	8,00	1,04		
Doğum sonrası dönemde ağrı puanları	uygulanan	383	3,15	1,03	1,565	0,118
	uygulanmayan	14	2,71	0,82		
Amniyotomi Uygulama						
Aktif fazda ağrı puanları	uygulanan	366	5,37	0,83	1,760	0,079
	uygulanmayan	31	5,09	0,83		
Geçiş fazda ağrı puanları	uygulanan	366	6,94	1,08	1,949	0,052
	uygulanmayan	31	6,55	0,92		
Doğumun 2 evresinde ağrı puanları	uygulanan	366	8,57	1,23	1,919	0,056
	uygulanmayan	31	8,13	1,20		
Fundal Basınç Uygulama						
Geçiş fazda ağrı puanları	uygulanan	354	6,94	1,07	1,815	0,070
	uygulanmayan	43	6,63	1,05		
Doğumun 2 evresinde ağrı puanları	uygulanan	354	8,59	1,22	2,509	0,013
	uygulanmayan	43	8,09	1,30		
Epizyotomi Uygulama						
Geçiş fazda ağrı puanları	uygulanan	373	6,92	1,08	1,134	0,257
	uygulanmayan	24	6,67	0,92		
Doğumun 2 evresinde ağrı puanları	uygulanan	373	8,56	1,25	2,061	0,049
	uygulanmayan	24	8,12	0,99		
Doğum sonrası dönemde ağrı puanları	uygulanan	373	3,17	1,02	2,954	0,003
	uygulanmayan	24	2,54	0,93		
Lavman Uygulama						
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı puanları	uygulanan	384	2,66	0,57	0,305	0,761
	uygulanmayan	13	2,61	0,51		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı puanları	uygulanan	384	3,73	0,62	-0,242	0,809
	uygulanmayan	13	3,77	0,72		

*t= Bağımsız gruplarda t-testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin doğumda yapılan müdahaleler ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için Bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin oksitosin uygulama ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=1.094$ $p=0.275$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=1.391$ $p=0.165$), aktif fazda ağrı ($t=0.612$ $p=0.541$), geçiş fazda ağrı ($t=0.878$ $p=0.394$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=1.955$ $p=0.070$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=1.565$ $p=0.118$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gebelerin amniyotomi uygulama ile aktif fazda ağrı ($t=1.760$ $p=0.079$), geçiş fazda ağrı ($t=1.949$ $p=0.052$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($t=1.919$ $p=0.056$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gebelere uygulanan fundal basınç ile geçiş fazda ağrı ($t=1.815$ $p=0.070$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, doğumun 2 evresinde ağrı ($t=2.509$ $p=0.013$) şiddeti puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Epizyotomi ile geçiş fazda ağrı ($t=1.134$ $p=0.257$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, doğumun 2 evresinde ağrı ($t=2.061$ $p=0.049$) ve doğum sonrası dönemde ağrı şiddeti puan ortalamaları ($t=2.954$ $p=0.003$) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Gebelere lavman uygulanması ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=0.305$ $p=0.761$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=-0.242$ $p=0.809$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 12: Gebelerin Doğum Eyleminin Evrelerinde Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları (n:397)

Doğum Eylemi Evreleri	Ortalama	ss	Min-Max
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı	2,66	0,56	2-4
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı	3,73	0,62	3-6
Aktif fazda ağrı	5,35	0,83	4-8
Geçiş fazda ağrı	6,91	1,07	5-9
Doğumun 2 evresinde ağrı	8,54	1,23	6-10
Doğum sonrasında dönemde ağrı	3,13	1,02	1-4

Gebelerin doğum eyleminin evrelerinde ağrı şiddeti puan ortalamaları Tablo 12’de verilmiştir.

Çalışma grubundaki gebelerin latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ortalaması 2.66 ± 0.56 iken, kontraksiyon sonrası ağrı ortalaması 3.73 ± 0.62 bulunmuştur. Gebelerin aktif fazda ağrı ortalamaları 5.35 ± 0.83 , geçiş fazında ağrı ortalaması 6.91 ± 1.07 saptanmıştır. Doğumun 2 evresinde ağrı ortalaması 8.54 ± 1.23 olurken, doğum sonrası dönemde ağrı ortalaması 3.13 ± 1.02 olduğu belirlenmiştir. En fazla ağrı algılama puan ortalaması doğumun 2 evresinde ağrı ortalamasına ait olduğu görülmüştür.

Tablo 13: Doğum Evrelerinin Ortalama Süreleri (n:397)

Doğum Evreleri *	Ortalama	ss	Min-Max
I.Evre	468,29	52,91	300-540
II.Evre	40,55	14,79	20-60
Toplam Süre	509,02	61,78	330-600

* Süreler dakika olarak verilmiştir.

Gebelerin doğum evrelerinin ortalama süreleri Tablo 13’de verilmektedir. Gebelerin doğumu I.evrede ortalama 468 dakika (7 saat; 8 dakika), II.evrede 40 dk sürdüğü belirtilmiştir. Doğum toplam süre olarak ortalama 509 dakika (8 saat; 4 dakika) sürdüğü saptanmıştır.

Tablo 14: Doğum Evrelerinin Ortalama Süreleri ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n:397)

Doğum eylemi evreleri	I.EVRE		II.EVRE		TOPLAM SÜRE	
	r*	p	r*	p	r*	p
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı puanları	0,263	0,000	0,044	0,387	0,234	0,000
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı puanları	0,239	0,000	0,014	0,787	0,206	0,000
Aktif fazda ağrı puanları	0,162	0,001	0,052	0,299	0,149	0,003
Geçiş fazda ağrı puanları	0,169	0,001	0,080	0,112	0,161	0,001
Doğumun 2 evresinde ağrı puanları	0,253	0,000	0,147	0,003	0,249	0,000
Doğum sonrası dönemde ağrı puanları	0,150	0,003	0,007	0,893	0,128	0,011

*r = pearson korelasyon testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin doğum evrelerinin ortalama süreleri ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 14’de verilmiştir. Veriler normal dağılım özelliği gösterdiği için pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

Gebelerin I.evredeki doğum sürelerinin ortalama değerleri ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($r=0.263$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($r=0.239$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($r=0.162$ $p=0.001$), geçiş fazda ağrı ($r=0.169$ $p=0.001$), doğumun 2 evresinde ağrı ($r=0.253$ $p=0.000$), doğum sonrası dönemde ($r=0.150$ $p=0.003$) ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gebelerin II.evredeki doğum sürelerinin ortalama değerleri ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($r=0.044$ $p=0.387$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($r=0.014$ $p=0.787$), aktif fazda ağrı ($r=0.052$ $p=0.299$), geçiş fazda ağrı ($r=0.080$ $p=0.112$), doğum sonrası dönemde ($r=0.007$ $p=0.893$) ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemezken, doğumun 2 evresinde ağrı ($r=0.147$ $p=0.003$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gebelerin toplam doğum sürelerinin ortalama değerleri ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($r=0.234$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($r=0.206$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($r=0.149$ $p=0.003$), geçiş fazda ağrı ($r=0.161$ $p=0.001$), doğumun 2 evresinde ağrı ($r=0.249$ $p=0.000$), doğum sonrası dönemde

($r=0.128$ $p=0.011$) ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 15: Doğum Saati ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Doğum Saati	n	Ortalama	Standart Sapma	t*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Gece	128	2,55	0,53	2,833	0,005
Gündüz	269	2,72	0,57		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Gece	128	3,58	0,58	3,159	0,002
Gündüz	269	3,79	0,63		
Aktif fazda ağrı					
Gece	128	5,26	0,85	1,491	0,137
Gündüz	269	5,39	0,81		
Geçiş fazda ağrı					
Gece	128	6,79	1,03	1,414	0,158
Gündüz	269	6,96	1,09		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Gece	128	8,41	1,14	1,419	0,157
Gündüz	269	8,59	1,28		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Gece	128	3,12	1,11	0,114	0,909
Gündüz	269	3,14	0,98		

* $t=$ Bağımsız gruplarda t -testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin doğum saati ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için Bağımsız gruplarda t -testi ile değerlendirilmiştir.

Gebelerin doğum saati ile aktif fazda ağrı ($t=1.491$ $p=0.137$), geçiş fazda ağrı ($t=1.414$ $p=0.158$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=1.419$ $p=0.157$) ve doğum sonrası dönemde ($t=0.114$ $p=0.909$) ağrı şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=2.833$ $p=0.005$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=3.159$ $p=0.002$), şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gece doğum yapan gebelerin ağrı şiddeti puan ortalamalarının daha az olduğu görülmüştür.

4.3. Ağrıyı Etkileyen Psikolojik Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin doğum ağrısını etkileyen psikolojik faktörler olan; gebelerin yalnız kalma korkusu yaşama, doğuma yapan birini görme, doğum hikayelerini dinleme, doğum yapma düşüncesinden korkma ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 16: Yalnız Kalma Korkusu Yaşama ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Yalnız Kalma Korkusu Yaşama	n	Ortalama	Standart Sapma	t*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Yaşadım	148	2,70	0,59	1,093	0,275
Yaşamadım	249	2,64	0,55		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Yaşadım	148	3,79	0,68	1,541	0,124
Yaşamadım	249	3,69	0,59		
Aktif fazda ağrı					
Yaşadım	148	5,41	0,81	1,197	0,232
Yaşamadım	249	5,30	0,84		
Geçiş fazda ağrı					
Yaşadım	148	7,05	1,07	2,025	0,044
Yaşamadım	249	6,82	1,06		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Yaşadım	148	8,73	1,23	2,416	0,016
Yaşamadım	249	8,42	1,22		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Yaşadım	148	3,17	0,93	0,532	0,595
Yaşamadım	249	3,11	1,07		

*t= Bağımsız gruplarda t-testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin doğumda yalnız kalma korkusu yaşama ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16'da verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için Bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin doğumda yalnız kalma korkusu yaşama ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=1.093$ $p=0.275$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=1.541$ $p=0.124$), aktif fazda ağrı ($t=1.197$ $p=0.232$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=0.532$ $p=0.595$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, geçiş fazda ağrı ($t=2.025$ $p=0.044$)

ve doğumun 2 evresinde ağrı ($t=2.416$ $p=0.016$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 17: Doğum Yapan Birini Görme ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Doğum Yapan Birini Görme	n	Ortalama	Standart Sapma	t*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Gördüm	72	2,67	0,58	0,069	0,945
Görmedim	325	2,66	0,56		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Gördüm	72	3,75	0,67	0,330	0,741
Görmedim	325	3,72	0,62		
Aktif fazda ağrı					
Gördüm	72	5,36	0,92	0,153	0,879
Görmedim	325	5,34	0,81		
Geçiş fazda ağrı					
Gördüm	72	6,93	1,13	0,208	0,835
Görmedim	325	6,90	1,06		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Gördüm	72	8,53	1,37	-0,061	0,951
Görmedim	325	8,54	1,20		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Gördüm	72	3,12	1,09	-0,078	0,938
Görmedim	325	3,13	1,01		

*t= Bağımsız gruplarda t-testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin doğum yapan birini görme ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için Bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum yapan birini görme ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=0.069$ $p=0.945$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t= 0.330$ $p=0.741$), aktif fazda ağrı ($t=0.153$ $p=0.879$), geçiş fazda ağrı ($t=0.208$ $p=0.835$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=-0.061$ $p=0.951$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=-0.078$ $p=0.938$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 18: Doğum Hikayelerini Dinleme ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Doğum Hikayelerini Dinleme	n	Ortalama	Standart Sapma	t*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Dinledim	293	2,69	0,58	1,393	0,164
Dinlemedim	104	2,59	0,53		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Dinledim	293	3,75	0,62	1,410	0,159
Dinlemedim	104	3,65	0,61		
Aktif fazda ağrı					
Dinledim	293	5,36	0,83	0,709	0,479
Dinlemedim	104	5,29	0,81		
Geçiş fazda ağrı					
Dinledim	293	6,92	1,08	0,566	0,572
Dinlemedim	104	6,85	1,04		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Dinledim	293	8,55	1,26	0,350	0,726
Dinlemedim	104	8,50	1,16		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Dinledim	293	3,12	1,05	-0,347	0,728
Dinlemedim	104	3,16	0,92		

*t= Bağımsız gruplarda t-testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin doğum hikayelerini dinleme ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 18’de verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için Bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum hikayelerini dinleme ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=1.393$ $p=0.164$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=1.410$ $p=0.159$), aktif fazda ağrı ($t=0.709$ $p=0.479$), geçiş fazda ağrı ($t=0.566$ $p=0.572$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=0.350$ $p=0.726$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=-0.347$ $p=0.728$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 19: Doğum Yapma Düşüncesinden Korkma ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Doğum Yapma Düşüncesinden Korkma	n	Ortalama	Standart Sapma	F*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Evet	301	2,66	0,57	0,305	0,738
Kısmen	10	2,80	0,63		
Hayır	86	2,66	0,54		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Evet	301	3,71	0,62	1,049	0,351
Kısmen	10	4,00	0,82		
Hayır	86	3,74	0,62		
Aktif fazda ağrı					
Evet	301	5,36	0,82	0,383	0,682
Kısmen	10	5,40	1,07		
Hayır	86	5,28	0,85		
Geçiş fazda ağrı					
Evet	301	6,95	1,06	1,105	0,332
Kısmen	10	7,00	1,15		
Hayır	86	6,75	1,10		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Evet	301	8,59	1,19	1,635	0,196
Kısmen	10	8,50	1,51		
Hayır	86	8,32	1,35		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Evet	301	3,19	1,03	2,486	0,085
Kısmen	10	3,10	0,99		
Hayır	86	2,91	0,97		

*F= One-Way ANOVA testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin doğum yapma düşüncesinden korkma ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 19’da verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı üç olduğu için One-Way ANOVA testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum yapma düşüncesinden korkma ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($F=0.305$ $p=0.738$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($F=1.049$ $p=0.351$), aktif fazda ağrı ($F=0.383$ $p=0.682$), geçiş fazda ağrı ($F=1.105$ $p=0.332$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($F=1.635$ $p=0.196$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($F=2.486$ $p=0.085$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

4.4. Ağrıyla Etkileyen Diğer Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde; gebelerin anemi varlığı, gebelikten önce ağrılı adet yaşama ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 20: Gebelerin Anemi Varlığı ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Gebelerin Anemi Varlığı*	n	Ortalama	Standart Sapma	t**	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Anemisi var	147	2,94	0,56	7,795	0,000
Anemisi yok	250	2,50	0,50		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Anemisi var	147	4,04	0,65	7,853	0,000
Anemisi yok	250	3,54	0,53		
Aktif fazda ağrı					
Anemisi var	147	5,75	0,71	8,203	0,000
Anemisi yok	250	5,11	0,80		
Geçiş fazda ağrı					
Anemisi var	147	7,51	0,88	9,903	0,000
Anemisi yok	250	6,55	1,01		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Anemisi var	147	9,47	0,92	14,136	0,000
Anemisi yok	250	7,99	1,05		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Anemisi var	147	3,42	0,83	4,725	0,000
Anemisi yok	250	2,96	1,09		

* Hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin altında olanlar anemi olarak değerlendirilmiştir.

** t= Bağımsız gruplarda t-testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelerin anemi varlığı ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 20'de verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için Bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin anemi varlığı ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=7.795$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=7.853$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($t=8.203$ $p=0.000$), geçiş fazda ağrı ($t=9.903$ $p=0.000$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=14.136$ $p=0.000$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=4.725$ $p=0.000$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 21: Gebelikten Önce Ağrılı Adet Yaşama ile Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:397)

Gebelikten Önce Ağrılı Adet Yaşama	n	Ortalama	Standart Sapma	t*	P
Latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı					
Yaşayan	273	2,69	0,58	1,369	0,172
Yaşamayan	124	2,60	0,52		
Latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı					
Yaşayan	273	3,77	0,66	2,136	0,033
Yaşamayan	124	3,63	0,53		
Aktif fazda ağrı					
Yaşayan	273	5,41	0,81	2,246	0,025
Yaşamayan	124	5,21	0,86		
Geçiş fazda ağrı					
Yaşayan	273	6,99	1,07	2,386	0,017
Yaşamayan	124	6,72	1,05		
Doğumun 2 evresinde ağrı					
Yaşayan	273	8,75	1,22	5,528	0,000
Yaşamayan	124	8,06	1,14		
Doğum sonrası dönemde ağrı					
Yaşayan	273	3,21	1,04	2,188	0,029
Yaşamayan	124	2,97	0,95		

*t= Bağımsız gruplarda t-testi ile kıyaslandı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Gebelikten önce ağrılı adet yaşama ile ağrı şiddeti puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 21’de verilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği ve bağımsız gruplarda grup sayısı iki olduğu için Bağımsız gruplarda t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma grubuna katılan gebelerin gebelikten önce ağrılı adet yaşama ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=1.369$ $p=0.172$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=2.136$ $p=0.033$), aktif fazda ağrı ($t=2.246$ $p=0.025$), geçiş fazda ağrı ($t=2.386$ $p=0.017$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=5.528$ $p=0.000$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=2.188$ $p=0.029$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

4.5. Gebelerin Doğum Sonu Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde yenidoğana ilişkin özellikler ile gebelerin doğum sonuna ilişkin olarak doğum ağrısının şiddeti ile ilgili düşüncesi, sağlık personeli tarafından üzücü bir davranışla karşılaşma durumu, doğum ağrısına karşı tahammülü, doğum sürecinden memnun kalma durumu ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 22: Yenidoğana İlişkin Özellikler (n:397)

Özellikler	Ortalama	ss	Min-Max
Kilo (gr)	3136,11	412,85	2500-4000
Boy (cm)	50,60	0,96	48-54
Baş çevresi (cm)	33,96	0,38	32-35
Apgar puan 1.dk	6,40	0,79	6-9
Apgar puan 5.dk	8,56	0,99	7-10
Yenidoğanın cinsiyeti	n		%
Kız	222		55,9
Erkek	175		44,1
Toplam	397		100

Yenidoğana ilişkin özellikler Tablo 22’de verilmiştir. Yenidoğanların kilo ortalamaları 3136.11 ± 412.85 iken boylarının ortalamaları ise 50.60 ± 0.96 olduğu bulunmuştur. Yenidoğanların baş çevresine ilişkin olarak ortalama 33.96 ± 0.38 olarak saptanmıştır. Yenidoğanların apgar puanlarına bakıldığında, 1 dk ortalama 6.40 ± 0.79 , 5 dk ortalamaları ise 8.56 ± 0.99 olduğu belirlenmiştir. Yenidoğanların cinsiyeti bakıldığında ise %55.9 kız olduğunu, % 44.1 erkek olduğu görülmüştür.

Tablo 23: Doğum Sonuna İlişkin Özellikler (n:397)

Özellikler	n	%
Doğum sonu doğum ağrısının şiddetinin nasıl olduğu ile ilgili düşüncesi		
Dayanılmazdı	285	71,8
Çok Şiddetliydi	66	16,6
Şiddetliydi	37	9,3
Rahatsız Ediciydi	7	1,8
Hafifti	2	0,5
Sağlık personeli tarafından üzücü bir davranışla karşılaşma		
Hayır	304	76,6
Evet	93	23,4
Doğum ağrısına karşı tahammülü		
Kısmen yeterli	296	74,6
Yetersiz	75	18,9
Yeterli	26	6,5
Doğum sürecinden memnun kalma		
Memnun kaldım	269	67,8
Memnun kalmadım	128	32,2
Toplam	397	100

Gebelerin doğum sonuna ilişkin özellikleri Tablo 23’de verilmiştir. Gebelerin doğum sonu dönemde doğum ağrısıyla ilgili düşünceleri %71,8 oranında dayanılmaz olduğunu belirtmişlerdir. Gebelerin %76,6’sı sağlık personeli tarafından üzücü bir durumla karşılaşmadığını görülmüştür. Doğum ağrısına karşı tahammül açısından gebelerin %74,6’sı kısmen olarak belirtmiştir. Doğum sürecinden gebelerin %67,8’si memnun olduğunu belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Doğum eylemi kadın ve ailesi için çok özel ve mutluluk verici deneyimlerden biridir. Bu sürecin en iyi şekilde sonlanması anne, bebek ve aile açısından son derece önemlidir. Doğumda yaşanan ağrı ise çoğu kadın için yaşamının bilinen ve tanımlanan en şiddetli ve travmatik ağrısıdır. Travay süresince ve doğum sırasında anne ve fetüse zarar vermeden etkili bir şekilde ağrının giderilmesi, sadece subjektif bir istek olarak değil, morbiditeyi azaltan önemli bir olay olarak ele alınmalıdır. Bu süreçte doğum ağrısını etkileyen faktörlerin bilinmesi ve buna uygun girişimlerin yapılıp doğum ağrısının azaltılması, kadının doğum deneyimini olumlu hale getirmekle kalmayıp, gebeliğin anne ve bebek açısından en sağlıklı şekilde sonlanmasını sağlayacaktır (Avcıbay 2009, Mucuk 2010, Hamlacı 2013).

Araştırma, gebeliğin anne ve bebek açısından en sağlıklı şekilde sonlanmasını sağlamak ve doğum ağrısını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapıldı.

Bu bölümde araştırma sonuçlarından elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda;

- 5.1. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- 5.2. Ağrıyı etkileyen doğum sürecine ilişkin faktörlere ait bulguların tartışılması
- 5.3. Ağrıyı etkileyen psikolojik faktörlere ilişkin bulguların tartışılması
- 5.4. Ağrıyı etkileyen diğer faktörlere ilişkin bulguların tartışılması
- 5.5. Gebelerin doğum sonu değerlendirmesine ilişkin bulguların tartışılması olmak üzere 5 başlık altında sunulmuştur.

5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde gebelerin yaşının ağrı algılamasını etkileyen faktörlerden biri olduğu, yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildirimini ise azaldığı belirtilmektedir (Eti Aslan 2006, Kuşuoğlu 2006). Araştırmaya kapsamına alınan gebelerin büyük çoğunluğunu (%60.3) 25 yaş ve üstü gebeler oluşturmaktadır. Gebelerin yaş ortalaması $26,62 \pm 5.09$ (Min=18.00 Max=35.00) dur (Tablo 1).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2013) sonuçlarına göre, ülkemizde en yüksek doğurganlık hızı, 25-29 ile 20-24 yaş grupları arasında görülmektedir. Çalışmamızda gebelerin yaş ortalamaları ile ilgili bulgumuz, ülkemizde doğurganlığın en yüksek olduğu yaş grupları ile uyumludur.

Gebenin eğitim durumu doğum ağrısında etkili olduğunu ve eğitim seviyesi arttıkça doğumda hissedilen ağrı puanının azaldığı belirtilmektedir (Coşar 2012). Çalışmamızda, kadınların eğitim durumları incelendiğinde; %48.9'unun ilkokul mezunu, %31.0'nin ortaokul mezunu olduğu, %12.8'nin lise mezunu, %7.3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 1).

TNSA 2013 verilerine göre, ülkemizde kadınların %35'inin ilkokul mezunu, %22'i ortaokul mezunu olduğu, %31'inin lise ve üzeri mezunudur. Araştırma sonucumuz TNSA 2013 verileri ile karşılaştırıldığında TNSA 2013 verileri ile uyumludur.

Kadının çalışması ekonomik özgürlükle birlikte kendi sağlığına ilişkin karar vermesinde etkili olmaktadır (Coşar 2012). TNSA 2013 verilerine göre çalışan kadın oranı (%31) çalışmamızdaki çalışan kadın oranından (%24.4) daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 1). Aradaki fark gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmama durumundan kaynaklanıyor olduğu düşünülmektedir.

Literatürde gebelerin yaş, eğitim, yaşadıkları yer ve gelir durumları algıladıkları doğum ağrısı puanlarını etkilemediğini belirtmiştir (Mucuk 2010). Çalışmamızda, ailenin gelir durumuna bakıldığında %49.9'nun asgari ücretin altında olduğu, %39.8'nin asgari ücret ile 1000 TL arasında olduğu, %8.6'sının 1000 ile 2000 arasında olduğu, %1.8'inin 2000 TL üstü olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Avcıbay (2009), yaptığı çalışmada %50'sinin asgari ücretin altında, %31.7'sinin 500-1000 olduğu, %18.3'ünün 1000 TL ve üzeri olduğu görülmüştür. Çalışmamızı Avcıbay'ın çalışması desteklemektedir.

Araştırmaya alınan gebelerin en fazla yaşadığı yer olarak %40.3'ü Doğu Anadolu Bölgesi olduğu belirlendi (Tablo 1). Bu sonuçların diğerlerinden farklı olmasının nedeni hastanenin bulunduğu bölgenin Türkiye'nin Doğu Bölgesindeki illerinden çok fazla göç alıyor olması olabilir.

Literatürde ağrı algılamasının yaşla birlikte değiştiği belirtilmektedir. Yaşlanmanın myelinli liflerin kaybına yol açtığı bu nedenle yaşlı kadınlarda doğum gençlere göre daha az ağrılıdır (Yeşilçiçek Çalık 2010). Çalışmamızda gebelerin yaşı ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($F=0.762$ $p=0.467$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($F=0.298$ $p=0.743$), aktif fazda ağrı ($F=0.495$ $p=0.610$), geçiş fazda ağrı ($F=0.918$ $p=0.400$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($F=1.324$ $p=0.267$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($F=0.358$ $p=0.699$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (Tablo 2). Klostergaard ve ark. na göre (2001), 139 gebe ile primiparlarda fetal ağırlığın doğum ağrısı ile ilişkisini incelediği çalışmada, yaş ile doğum ağrısı arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Abushaikha ve Oweis (2005), Ürdün'de 100 gebe ile doğum ağrısı deneyimi ve şiddeti çalışmasında yaşın ağrı algılamasında fark yarattığı belirtilmiştir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda gebelerin yaş ortalaması ile ağrı puan ortalamaları arasında ilişki bulunamamıştır (Klostergaard et al 2001, Öztürk 2006, Ozgoli et al 2010, Yeşilçiçek Çalık 2010, Hamlacı 2013). Literatürde bazı çalışma bulguları çalışmamızı desteklerken bazı çalışma bulgularının desteklemediği görülmüştür.

Gebelerin eğitiminin doğum ağrısı algısında belirleyici bir faktör olduğu ve eğitim seviyesinin artıkça ağrının azaldığı belirtilmektedir (Coşar 2012). Çalışmamızda gebelerin eğitim durumu ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($F=0.396$ $p=0.756$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($F=0.396$ $p=0.756$), aktif fazda ağrı ($F=1.075$ $p=0.359$), geçiş fazda ağrı ($F=1.374$ $p=0.250$), doğumun 2 evresinde ağrı ($F=1.670$ $p=0.173$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($F=1.905$ $p=0.128$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Tablo 3).

Sheiner ve ark. (1998), doğum sayısı ile ağrı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada 447 annenin eğitim seviyesi arttıkça VAS puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Ozgoli ve ark. (2010), 70 primipar gebelerde aktif fazda sağ elde hegu noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmalarında, anne eğitim düzeyinin algılanan ağrı düzeyine etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Yine aynı şekilde bazı çalışmalarda gebelerin eğitimi ile doğum ağrısı arasında ilişki bulunamamıştır (Yeşilçiçek Çalık 2010, Mucuk 2010, Hamlacı 2013). Yeşilçiçek Çalık (2010), 100 gebe ile SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısına etkisini incelediği deneysel çalışmasında, gebelerin eğitim düzeyi ile GKÖ ağrı puanları arasında fark olmadığını, bunun sebebinin ise çalışma kapsamındaki gebelerin doğuma hazırlık ile ilgili eğitime katılmayıp sadece antenatal kontrollerde edinilen bilgilerle sınırlı olmasından kaynaklandığını ifade etmiştir. Görüldüğü gibi gebelerin eğitim durumunun doğum ağrısı algısında belirleyici bir faktör olduğu literatürde de çelişkilidir.

Dick Read'in 1933'de yayınlanan "Korkusuz Doğum" kitabında; kültür kadın üzerinde ağrıyı etkileyen faktörlerden olup, doğumdaki anksiyete ve korkuların da oluşmasına neden olduğunu belirtmiştir. İnsanlarda kültür seviyesi yükseldikçe, doğumun ağrılı ve tehlikeli bir süreç olduğu düşüncesi artmakta olduğu belirtilmiştir (Sayiner ve Özerdoğan 2009). Araştırma grubuna katılan gebelerin en fazla yaşadıkları bölgeler ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=-5.818$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=-5.820$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($t=-6.761$ $p=0.000$), geçiş fazda ağrı ($t=-8.632$ $p=0.000$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=-12.471$ $p=0.000$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=-4.273$ $p=0.000$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4). Karadeniz Bölgesinde yaşayan gebelerin ağrı şiddeti puan ortalamaları, Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan gebelerin ağrı şiddeti puan ortalamalarından daha fazla olduğu görülmüştür. Hamlacı (2013), 88 gebe ile LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmada doğum yeri (bölge olarak) ile ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir.

Harrison (1991), Kuveyt'te 301 anne ile Arap annelerin doğum deneyimini incelediği çalışmasında, Filistinli, Bedevi ve Yahudi kadınların üçünde doğum ağrısı

aynı seviyelerde raporlansa da çalışan Bedevi kadınların daha az ağrı çektiklerini belirtmiştir. Mc Lachlan ve Waldenstro'm (2005), Avustralya'da doğan Türk, Vietnamlı ve Avusturyalı 300 gebe ile doğum deneyimini inceledikleri çalışmalarında, Türk ve Avusturyalı kadınların doğum ağrısı ile ilgili ifadeleri benzer bulunmuş olup, Türk kadınlarının doğum anını normal olarak algıladıkları ve ağrıyı daha iyi tolere ettikleri, gevşeme ve solunum tekniklerini daha fazla kullandıklarını belirtilmiştir. Literatürde doğum ağrısının kültürel özelliklerden etkilendiğini belirten çalışmalar olması çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Literatürde gebeliğinden önce ağırlı adet yaşayan kadınların doğum ağrısını daha fazla algıladıkları ve bunun sebebinin ise bu süreçte artan prostaglandin sentezinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Lowe 1996, Lowe 2002). Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelerin %68.8'inin gebelikten önce ağırlı adet yaşadığı belirtilmiştir (Tablo 5). Phumdoung ve Good (2003) 110 gebe ile doğum ağrısının azaltılmasında müziğin etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, örneklem grubundaki gebelerin %61'inin ağırlı menstrasyon yaşadığı belirtilmiştir. Literatürdeki çalışma bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Literatürde doğum sayısının artması, doğum süresini ve ağrıları azalttığını, ancak sık aralıklı ve çok sayıdaki doğumların annenin fiziksel durumunu olumsuz etkilediği bilinmektedir (Korkmaz Yıldız 2003). Gebelerin gebelik sayısına bakıldığında; %35,3'ünün ilk gebeliği, %32,7'sinin ikinci gebeliği, %32'sinin üçüncü ve üzeri gebeliği olduğu görülmüştür. Doğum sayısına bakıldığında ise; %35,3'ünün nullipar, %32,7'sinin bir doğum, %19,9'unun ikinci doğum, %12,1'inin üç ve üzeri doğumu olduğunu belirtmiştir (Tablo 5). Öztürk (2006) yaptığı çalışmada gebelik sayısı (1. gebelik %46, 2.gebelik %25.3, 3 ve üzeri gebelik %28.7) ve doğum sayıları (nullipar %53.3, birinci doğum %30, ikinci doğum %13.3, üçüncü doğum %3.4) benzerlik göstermektedir.

Literatürde primiparların doğum ağrısının multiparlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Lowe 1996). Çalışmamızda gebeler primipar ve multipar olarak gruplandırılıp ağrı ile kıyaslandığında, latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=0.364$ $p=0.716$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=0.718$ $p=0.453$), aktif fazda ağrı ($t=0.841$ $p=0.401$), geçiş fazda ağrı ($t=0.709$ $p=0.479$) ve doğumun 2 evresinde ağrı

($t=0.927$ $p=0.354$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t= 0.849$ $p=0.396$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Tablo 6). Sheiner ve ark.na göre (1998), doğum sayısı ile ağrı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada 447 annenin yaşı, gebelik ve çocuk sayısı arttıkça ağrı puan seviyesinin anlamlı derecede düştüğü belirlenmiştir. Özellikle parite arttıkça ağrı seviyesinde anlamlı derecede belirgin bir düşüş olduğu vurgulanmıştır. Yine aynı şekilde Lowe (2002), doğum ağrısının doğası adlı derleme çalışmasında, nulliparlar ile multiparların doğum ağrısını farklı tarif ettikleri belirtilmektedir. Bunun nedeni ise fizyolojik olarak bakıldığında doğumun birinci evresinde, daha önce doğum yapmış olan kadının üreme organlarının esnemiş olan yapısının acı veren uyarıyı daha az iletebileceği ve fetusun inişi sırasında uterus alt segmentindeki değişikliklerin hızı da doğum ağrısını algısını artırabileceği belirtilmektedir (Mucuk 2010). Yine aynı şekilde bazı çalışmada doğum sayısı ile ağrı arasında ilişki olduğunu belirtirken (Lowe 2002), bazı çalışma ilişki olmadığı (Öztürk 2006) belirtmiştir. Görüldüğü gibi bazı çalışma bulguları çalışmamızı desteklerken bazı çalışma bulgularının desteklemediği görülmüştür.

Gebelerin doğum öncesi özelliklerine bakıldığında; %75.6'sının 38-39 haftalarda, %24.4'ünün 40-42 haftalarda olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Hamlacı (2013) İstanbul'da 88 gebe ile LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisini incelediği deneysel çalışmada gebelik haftaları (38-39 haftaları %40.9, 40-42 haftaları %59.1) benzerlik göstermemektedir.

Dünyada her bir dakikada 380 kadın gebe kalmakta olup, bu gebeliklerden 190'ı planlanmamış ya da istenmeyen gebeliktir (Ersanlı 2007). Çalışmamızda gebelerin %92.7'sinin isteyerek gebe kaldığı görülmektedir (Tablo 7). Çeşitli çalışmalarda isteyerek gebe kalma oranları %78 - %91.7 arasında bulunmuştur (Öztürk 2006, Demiryay 2006, Mucuk 2008, Avcıbay 2009). Bulgularımız yukarıda verilen çalışma örnekleri ile benzerlik göstermektedir.

Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekle birlikte daha yararlı ve etkili olduğu belirtilmektedir. Bunun için ilk kontrolün gebeliğin ilk 3 ayı içinde gerçekleştirilmesi, bakımın sağlık personelinin alınmış olması ve en az dört ve daha

fazla izlem yapılması gerektiği belirtilmiştir (TNSA 2013). Çalışmamızda gebelerin %98,5'i düzenli kontrollere gittiği, kontrollere gidilen yer olarak %68.3'ü kamu hastaneleri seçtiklerini, kontrollerin tamamı hekim tarafından yapıldığı belirlenmiştir (Tablo 7). TNSA 2013 verilerine bakıldığında kadınların %97'si en az bir kez doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmıştı.

Çeşitli çalışmalar, annelerin büyük çoğunluğunun ya da tamamının doğum öncesi bakım aldığını bildirmişlerdir (Demiryay 2006, Çevik 2007, Kaya ve Serin 2008). Bulgularımız TNSA 2013 sonuçları ve diğer çalışma örneklerinde olduğu gibi pek çok annenin doğum öncesi bakımdan yararlandığını göstermekle birlikte çalışmamızdaki DÖB alma oranı TNSA 2013 verilerinden daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın şehir merkezindeki bir hastanede yapılması ve sağlık hizmeti kullanımını arttırmakta olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda kontrollerin tamamının hekim tarafından yapıldığı görülmüştür. TNSA 2013'e baktığımızda tüm bölgelerde doğum öncesi bakımı sağlayan doktor oranı diğer sağlık personellerinden belirgin olarak yüksek olduğu belirtilmektedir ve geçmişten günümüze TNSA verileri incelendiğinde, ebe/hemşirenin verdiği antenatal bakım oranlarının giderek azaldığı görülmektedir.

Literatürde desteğin doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu, anne ve bebeğin sağlığına olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (Simkin and O'Hara 2002, Hodnett et al 2011). Çalışmamızda, gebelerin tamamının doğuma kadar bir yakınının yanında olmasını istediği ve bu gebelerin de %21,4'ünün eşinin %21,7'sinin annesini yanında istediği görülmektedir (Tablo 7).

Kashanian, Javadi ve Haghghi'ye göre (2010), İran'da 100 gebe ile doğumda ebeler tarafından verilen sürekli desteğin doğum süresi ve sezaryen üzerine etkisini incelediği randomize çalışmalarında, doğumda destek verilen gebelerde doğumun aktif fazının ve ikinci evresinin daha kısa sürdüğü ve sezaryen oranının daha az olduğu bildirilmiştir. Coşar (2012)'de İstanbul'da 70 gebe ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelediği deneysel çalışmasında desteklenen gebelerin daha az ağrı yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin hepsi doğuma kadar destek aldığı için destek alma durumu ile doğum ağrısı kıyaslanamamıştır.

Günümüzde doğuma hazırlık sınıflarında bedenın doğal sürecine müdahale edilmeden doğumun gerçekleşebilmesi, doğumda ağrının azaltılması ve ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin öğretilmesi ve uygulanması üzerine yoğunlaşmıştır (Coşar 2012). Çalışmamızda gebelerin sadece %7,6'sı doğum öncesi hazırlık kursuna katıldığını ve %5,8'i doğum ağrısıyla baş etmede ilaçsız yöntemleri duyduğu/bildiği belirtmiştir (Tablo 8). Sheiner ve ark. (1998), doğum sayısı ile ağrı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları 447 anne ile yaptıkları çalışmada doğuma hazırlık eğitimi ile doğum ağrısı arasında ilişki bulamadığını belirtmiştir. Coşar (2012), İstanbul'da 70 gebe ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelediği deneysel çalışmasında doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin daha az ağrı çektiğini belirtmiştir. Doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum ağrısını azaltmada etkisi olduğu literatürde belirtilmesine rağmen çalışmamızda çok az sayıda gebenin doğum öncesi hazırlık kursuna katıldığı görülmektedir.

Annenin doğum öncesinde doğum eylemi ile ilgili beklentileri doğumda yaşadığı olumsuz durumlarla başa çıkmasında etkisi olabilmektedir (Yıldırım 2001). Çalışmada yer alan gebelerin doğum ağrısı ile ilgili düşüncelerine bakıldığında; %49,6'sı doğum ağrısının çok şiddetli dayanılmaz bir ağrı olduğunu belirtirken, %19,9 ağrılar daha hafif olsa keşke diye ifadesini belirtmiştir (Tablo 9). Yıldırım (2001), 40 (20 deney 20 kontrol) gebe ile doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini incelediği deneysel çalışmasında gebelerin doğum ağrısıyla ilgili düşüncesinde %90 'şiddetli ağrı çekme' gibi olumsuz duygular ifade etmiştir. Doğum eyleminin başında annelerin doğum ağrısının çok şiddetli dayanılmaz bir ağrı olduğunu belirtmesi annelerin doğum eylemine gerçekçi ve yeterli bir şekilde hazırlanmadıklarını vurgulayan bir bulgu olarak düşünülebilir (Yıldırım 2001). Green (1993), 700 anne ile annelerin doğumda görüş ve beklentilerini incelediği prospektif çalışmada, annelerin doğumla ilgili önceki görüş ve beklentilerinin doğumda yaşananlarla paralel olduğu gösterilerek, daha önceden anneyi doğum eylemine hazırlamanın ve olumsuz beklentilerinin giderilmesinin önemini vurgulamıştır. Gebelerin doğum ağrısıyla ilgili olumsuz düşünceleri doğuma yeterli bir şekilde hazırlanmadıklarından kaynaklı olabilir.

Doğum hakkında bilgilenmeden ve hazırlanmadan doğuma şahit olma gebelerde farklı duygu ve düşüncelerin oluşmasına neden olabilir. Doğuma ilişkin önyargı ve bilinçaltı düşünceler duyulan ve görülen bilgilerden etkilenir (Coşar 2012). Araştırma kapsamında yer alan gebelerin %81,9 daha önce doğumu görmediğini belirtirken, görenlerin ise %47,2'si doğumdan korktuğunu belirtmiştir (Tablo 9). Yıldırım (2001), 40 gebe ile doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini incelediği deneysel çalışmasında, %85'inin doğumu görmediğini belirtmiştir. Yine aynı şekilde Coşar (2012), 70 gebe ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelediği deneysel çalışmasında daha önce doğum yapan birini görüp görmedikleri değerlendirilmiş ve deney ve kontrol grubu büyük oranda görmediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum annelerin yeterince bilgilendirilmeden doğum hakkında olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Gebe kadının aile ve arkadaşlarının yaşamış olduğu doğum deneyimleri ve bunları ifade ediş biçimleri gebenin doğum eylemi hakkındaki beklentilerini etkileyebilmektedir. Ağrının algılanışı kişiseldir, subjektiftir ve kişiden kişiye değişmektedir (Yıldırım 2001). Araştırma kapsamında yer alan annelerin doğumla ilgili hikaye dinleme ve bu hikayelerden etkilenme durumları incelendiğinde, %73,8'i dinlediğini belirtirken, %69,6'sı da olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (Tablo 9). Yıldırım (2001), 40 gebe ile doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini incelediği deneysel çalışmasında, gebelerin %85'i doğum hikayelerini dinlediği ve bunların %82,4'ünün olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Yine aynı şekilde Coşar (2012), 70 gebe ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelediği deneysel çalışmada gebelerin başka doğum yapan kadınların doğum hikayelerini dinleyip dinlemedikleri değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubunun dinleme oranının eşit olduğu belirtmiştir. Bu nedenle araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğunun anlatılan hikayelerden olumsuz etkilenmesinin çevresindeki kişilerin doğum olayı hakkında olumsuz görüşlere sahip olmasıyla ilişkili olduğu görüşünderiz. Çalışmamızdaki annelerin doğum eylemine yönelik hiçbir hazırlığının olmadığı ve anlatılan hikayelerden tamamına yakınının olumsuz olduğu düşünülürse bu durum beklenen bir sonuçtur.

Literatürde gebelerin çoğunun doğuma ağrısına ilişkin korku yaşadığı belirtilmektedir (Melender and Lauri 1999, Hofberg and Ward 2003, Fisher et al 2006, Körükcü 2009, Yeşilçiçek Çalık 2010). Hofberg ve Ward (2003), gebelik ve doğumda korku adlı derleme çalışmasında kadınların en temel korkularından birisinin doğum ağrısı olduğu belirtmiştir. Doğum ağrısına ilişkin korku sadece anne ve fetus sağlığını olumsuz etkilemekle kalmayıp, annenin psikolojisini de etkilediği belirtilmektedir (May and Elton 1998). Çalışmamızda gebelerin doğumdan korkma durumlarına bakıldığında; %75.8'i doğumdan korktuğunu, korkma nedenlerine bakıldığında ilk sırada şiddetli ağrı çekme korkusu yaşadıklarını (%84.7'si) ifade etmişlerdir. Doğum ağrısının dışında %7.6'sı bebeğin sağlığı hakkında endişelendiğini, %6.0'ı ölmekten korktuğunu, %1,3'ü yırtılma-yaralanma korkusu yaşadığını, %0.3'ü kanama korkusu yaşadığını belirtmiştir. Doğum sırasında yalnız kalma korkusuna bakıldığında ise gebelerin %62,7'si korkmadığını belirtmiştir (Tablo 9).

Melender ve Lauri (1999), Finlandiya'da yeni doğum yapmış kadınların gebelik ve doğum deneyimleri ile ilişkili korkuları incelendiği 10 primipar ve 10 multipar kadın üzerinde yaptıkları nitel bir çalışmada, kadınların çoğunun doğum ağrısına yönelik korku yaşadığını bulmuşlardır. Serçekuş ve Okumuş (2009), İzmir ilinde yaptıkları nitel çalışmada, 19 nullipar kadın ile görüşülmüş, doğumdaki korkuların araştırıldığı çalışmada, kadınların korkularının en fazla doğum ağrısı, doğumdaki işlemler, sağlık personelinin davranışları ve cinsellik konularında olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde DÖB alma oranlarımız Dünya Sağlık Örgütü'nce önerilen sayıların üzerinde olmasına rağmen doğuma yeterince iyi hazırlanamadıkları ve doğum korkusu yaşadıklarını göstermektedir. Bu nedenle çoğu kadın vajinal doğumdan korktuğu için sezaryen doğumu tercih etmektedir (Yeşilçiçek Çalık 2010). İsteğe bağlı sezaryen doğum yapan kadınların doğum ağrısından korktukları için sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Şahin 2009).

5.2. Ağrıyla Etkileyen Doğum Sürecine İlişkin Faktörlere Ait Bulguların Tartışılması

Doğum ağrısının oluşmasının nedenleri arasında serviksin dilatasyonu ve silinmesi önemli yer tutmaktadır. Doğum eyleminde fetusun gelen kısmının baskısı ile serviks gerilerek, hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açmakta, bu yolla da uterus kontraksiyonu artmaktadır. Uterus kontraksiyonları ise fetusu aşağı doğru iterek serviksin dilatasyon ve silinmesini artırmaktadır. Bu pozitif feedback doğum süresince gebenin ağrı olarak algılayacağı uterus kontraksiyonlarını daha da şiddetlendirmektedir (Kömürcü ve Berkiten Ergin 2008, Mucuk 2010). Araştırma grubuna katılan gebelerin servikal dilatasyonu, latent faz ile ağrı şiddeti puan ortalamaları ($r=0.111$ $p=0.027$) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 10).

Mucuk (2010), LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini 120 gebe ile incelediği deneysel çalışmada, servikal dilatasyon ve silinme arttıkça kontraksiyon sırası VAS değerlerinin de arttığı yani gebelerin ağrıyla daha fazla hissettikleri belirtmiştir. Yine aynı şekilde Lowe (2002), doğum ağrısının doğası adlı derleme çalışmasında, servikal dilatasyon arttıkça doğum ağrısı puan ortalamasının da arttığını belirtmektedir. Öztürk (2006), 150 gebe ile gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisini incelediği deneysel çalışmada servikal dilatasyon ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında ilişki bulamamıştır. Bazı çalışma bulguları çalışmamızı desteklerken bazı çalışma bulgularının desteklemediği görülmüştür.

LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini 120 gebe ile yaptığı deneysel çalışmada servikal silinme arttıkça gebelerin ağrıyla daha fazla hissettiğini belirtmiştir (Mucuk 2010). Gebelerin servikal efasmanı, latent faz ile ağrı şiddeti puan ($r=0.115$ $p=0.022$) ortalamalarının arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir (Tablo 10). Öztürk (2006), 150 gebe ile gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisini incelediği deneysel çalışmada servikal silinme ile VAS puanları arasında pozitif yönlü ancak istatistiksel düzeyde anlamlı olmayan ilişki belirlemiştir. Literatürdeki çalışma bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Doğum ağrısının ana kaynağı uterus kontraksiyonlarıdır. Her bir uterus kontraksiyonunda anne önemli bir ağrı yaşamakta ve bu ağrıların başlıca nedeni, kontraksiyon sırasında, uterusu giden kan damarlarının sıkışması sonucu uterus kaslarının hipoksisidir. İki kontraksiyon arasındaki gevşemelerde ise uterusu kan akımı sağlanır. Yeterli gevşeme olmaz ise uterus yeterince kanlanamaz, bir sonraki kontraksiyonu daha güçlü şekilde gerçekleştiremez ve ağrı çok artar (Mucuk 2010). Çalışmamızda kontraksiyon sıklığı ve süresinin doğum ağrısını etkilemezken, kontraksiyon şiddeti, latent fazda ($r=0.107$ $p=0.032$), aktif fazda ($r=0.144$ $p=0.004$), geçiş fazı ($r=0.120$ $p=0.017$) ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir (Tablo 10). Mucuk (2010), L14 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini 120 gebe ile incelediği deneysel çalışmada, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddeti ile ağrı puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiş, sıklık ve şiddetin ağrı değerleri ile korelasyonunun, süreye göre daha iyi olduğu vurgulanmıştır. Corli ve ark.na göre (1986), 15 gebe ile uterus kontraksiyonlarının doğum ağrısına etkisini inceledikleri çalışmada, doğum ağrısının uterus kontraksiyonlarının sıklık ve şiddetine bağlı olduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalar uterus kontraksiyonları ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında ilişki bulurken (Lowe 1996, 2002), bazı çalışmalarda bulunamamıştır (Öztürk 2006). Literatürdeki bazı çalışma bulguları çalışmamızı desteklerken bazı çalışma bulgularının desteklemediği görülmüştür.

Doğum eylemi sırasında anne ve fetüsün güvenliği ve iyiliği için yapılan girişimler doğum ağrılarının yaşatacağı sıkıntıları daha da arttırabilir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Saymer ve Özerdoğan 2009). Çalışmamızda oksitosin uygulaması, amniyotomi ve lavman uygulamaları doğum ağrısında etkili olmazken, fundal basınç doğumun 2 evresinde ağrı şiddeti puan ortalamaları ($t=2.509$ $p=0.013$) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 11). Yine aynı şekilde epizyotomi uygulamasına bakıldığında doğumun 2 evresinde ağrı ($t=2.061$ $p=0.049$) ve doğum sonrası dönemde ağrı şiddeti puan ortalamaları ($t=2.954$ $p=0.003$) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Oksitosin, uterus düz kaslarında kontraksiyonları uyararak eylemi hızlandırmak için kullanılmaktadır (Hamlacı 2013). Doğumun indüksiyonu ve desteklenmesi için düşük veya yüksek doz olmak üzere 2 farklı tedavi rejimi vardır.

Bizim çalışmamızda tüm gebelere yüksek doz uygulanmıştır. Yüksek doz rejiminde; induksiyona 4-6 mU/dk'da başlanır. Her 15-30 dk'da bir 4-6 mU/dk doz artışı yapılır. Maximum doz net olmamakla birlikte 40 mU/dk'nın üzerine çıkılmaz (Yeşilçiçek Çalık 2010). Günümüzde, travay induksiyon oranının %40 olduğu düşünülmektedir (Karahan 2010). Ülkemizde Şahin, Yıldırım ve Ergül'e göre (2007), doğumevinde doğumların ikinci evrelerini değerlendirmek amacıyla 504 gebe ile yapılan çalışmada, kadınların %92,5'ine oksitosin induksiyonu uygulandığı belirtilmiştir. Simpson ve Knox (2009), oksitosinin perinatal hasta güvenliği için etkileri incelediği çalışmada miad aşımı durumunda 24 saat içinde doğum yapma oranını yükselttiği, sezaryen oranlarında azalmaya yol açmasına karşın şiddetli ağrıya neden olduğu ve travayda acil sezaryen gereksinimini artırdığı belirtilmektedir. Literatürde oksitosin uygulaması ağrıyı artırdığı belirtilirken, çalışmamızda ağrıyı etkilememiştir. Bu nedeni olarak sadece çok az sayıda gebeye oksitosin uygulanmamıştır. Bununla birlikte induksiyon oranlarının bu denli yüksek olmasının nedeni doğum ekibinin hasta yoğunluğunu azaltmak için bu uygulamaya sıklıkla başvurmasına bağlanabilir.

Amniotomi, amniotik sıvıda mekonyum varlığının belirlenmesi ve kontraksiyonların süre ve şiddetini arttırıcı etkisi nedeniyle doğumhanelerde sıkça uygulandığı bilinmektedir (Hamlacı 2013). Literatürde amniotomi, kontraksiyonların süre ve şiddetini arttırıcı etkisi olduğu bilinmekle birlikte ağrıyı arttırdığına ilişkin çalışmaya rastlanamamıştır. Araştırmada amniotomi uygulanma sıklığının yüksek bulunmasının nedeni, doğum ekibinin hasta yoğunluğundan dolayı gebelerin travay sürelerini kısaltmak için bu uygulamaya sıklıkla başvurulmasından kaynaklanabilir. Literatürdeki çalışma bulgularından farklı olarak çalışmamızda amniotomi uygulaması ağrıyı etkilememektedir.

Lavman rektumun boşaltılmasını sağlayarak, fetal başın inişini kolaylaştırmak amacıyla yapılmaktadır (Hamlacı 2013). Cuervo, Bernal ve Mendoza'ya göre (2006), tarafından 443 gebe ile lavmanın etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada travayı kısaltmada ve enfeksiyonu önlemede anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna varmışlardır. Lavmanın; kadın için hoş olmayan bir işlem olması, ağrının şiddetini arttırması ve etkinliğini gösteren kanıtlar olmaması nedeniyle rutin olarak uygulanması önerilmemektedir (Berghella, Baxter and Chauhan 2008).

Ancak literatürdeki çalışma bulgularından farklı olarak bizim çalışmamızda lavman uygulaması oldukça yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda lavman uygulaması ağrıyı etkilememektedir.

İkinci evrede fundal basınç uygulaması, ıkınması yeterli olmayan ya da herhangi bir tıbbi nedenle sakıncalı olan kadında, fetüsün fundustan doğum kanalına doğru kuvvetli biçimde itilmesi esasına dayanır. Fundal basınçın uygulanma nedenleri daha sıklıkla fetal distress ve maternal yorgunluktur (Karabulut 2014). Peyman ve ark.na göre (2011), İran'da fundal basıncın doğumun ikinci evresinin süresine etkisini incelemek amacıyla 2631 gebe ile randomize kontrollü yapmış oldukları çalışmada, fundal basıncın doğumun ikinci evresinin süresine etkisinin olmadığı ve yenidoğan apgar puanını olumsuz etkilediği görülmektedir. Moiety ve Azzam (2014), 8097 kadın üzerinde fundal basıncı inceledikleri çalışmada fundal basınç sıklığını %24,38 olarak bulmuştur. Literatürde fundal basınç uygulamasının ağrıyı etkileyen çalışma bulunamamıştır. Ancak çalışmamızda fundal basınç doğumun 2 evresindeki ağrıyı arttırdığı saptanmıştır.

Epizyotomi, özellikle ilk doğumlarda bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve kadında perine ve vajen laserasyonlarını önlemek amacıyla sık uygulanan bir müdahaledir (Hamlacı 2013). Ancak Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Koleji (ACOG) iyi ve tutarlı bilimsel kanıtlara dayandırarak epizyotomi kullanımının sınırlandırılmasını önermektedir. Aynı zamanda DSÖ 1992'de rutin epizyotomi uygulaması terkedilmelidir diyerek bu görüşü güçlendirmiştir (Yeşilçiçek Çalık 2010). Cochrane Pregnancy and Childbirth veri tabanını geliştiren araştırmacılar, rutin epizyotomi ile ilgili randomize kontrollü deneysel çalışmaların sonuçlarını incelenmiş ve epizyotomiye, "tehlikeli olma ihtimali vardır" şeklinde sınıflandırmıştır (Sayiner ve Özerdoğan 2009). Çeşitli çalışmalarda epizyotomi oranları %64-%86,7 arasında bulunmuştur (Karaçam ve Eroğlu 2003, Öztürk 2006, Yeşilçiçek Çalık 2010). Carroli ve Mignini (2009) tarafından 5541 gebe ile yapılan meta analizde, rutin epizyotomi ile gerektiğinde epizyotomi yapılmasının etkilerini araştıran 8 randomize kontrollü çalışma incelenmiş ve gerektiğinde epizyotomi uygulanmasının perineal travma, dikiş ve komplikasyonların görülme oranlarını azalttığı, ancak ağrı ve ciddi perineal travma oluşmasında bir fark yaratmadığını belirtmiştir. Öztürk (2006), 150 gebe ile gebelerde algılanan doğum ağrısının

azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisini incelendiği deneysel çalışmasında epizyotominin ağrıyı arttırdığını belirtmiştir. Literatürdeki çalışma bulguları ile bizim çalışmamızdaki bulguların kadınların hala yüksek oranda epizyotomiye maruz kaldığını göstermekle birlikte epizyotominin, doğumun 2 evresinde ve doğum sonu dönemde ağrıyı arttırmakta etkili olduğu da saptanmıştır.

Çalışmamızda doğum ağrısının doğum ilerledikçe değişikliğe uğramasından dolayı, doğumdaki ağrı algılamasına dair yapılan ölçüm, doğumun birinci ve ikinci evresine göre beş ve erken postpartum döneme göre 1 olmak üzere toplamda 6 kez değerlendirilmiştir. GKÖ gebeye; latent fazda (dilatasyon 2-3 cm olduğunda) kontraksiyon öncesi (GKÖ 1) ve kontraksiyon sonrası (GKÖ 2), aktif fazda (dilatasyon 5-6 cm olduğunda) (GKÖ 3), geçiş fazında (dilatasyon 8-9 cm olduğunda) (GKÖ 4), doğumun 2 evresinde (bebeğin doğumunu takiben)(GKÖ 5), doğum sonrası erken postpartum dönemde (erken postpartum dönemin sonu olan 2. saatte) (GKÖ 6) uygulanmıştır. Gebelere GKÖ gösterilerek yaşadıkları ağrıya hiç ağrı yok “0”, en şiddetli ağrı “10” olacak şekilde kaç puan verdikleri sorularak kendi doğum ağrılarının şiddetini değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışmamızda gebelerin eylem ilerledikçe daha yüksek ağrı şiddeti puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 12). Brown ve ark. na göre (1989), 78 gebe ile servikal dilatasyonun doğum ağrısı üzerine etkisini incelediği çalışmada, VAS ağrı şiddetini dilatasyon döneminin ilk yarısında (2-5 cm.) düşük, ikinci yarısında (6-10 cm.) yüksek olarak belirlemişlerdir. Baker ve ark. na göre (2001), 13 anne ile 9 ebeğin algılanan doğum ağrısı düzeyini belirlemek için yaptıkları çalışmada, gebelerin doğumun ikinci evresinde belirlenen ağrı algı puanları ile birinci evre arasında farklılık saptanmıştır. Literatürdeki çalışma bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Doğum süresi primiparlarda doğumun birinci aşamasının ortalama 6-12 saat, multiparlarda 6-8 saat olduğu bildirilmektedir. Literatürde ikinci evre süresine ilişkin tam bir fikir birliği olmamakla birlikte pek çok kaynak bu evrenin primipar kadınlarda ortalama 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda ise 5-30 dakika sürdüğünü bildirmektedir (Hamlacı 2013). Çalışmamızda gebelerin toplam doğum süreleri ortalama 509 dakika (8 saat; 4 dakika) sürdüğü saptanmıştır (Tablo 13).

Çeşitli çalışmalarda toplam doğum süreleri 7 saat ile 8 saat değerleri arasında değişmektedir (Yıldırım 2001, Korkmaz Yıldız 2003, Öztürk 2006, Karabulut 2014). Çalışma bulgularımız literatürdeki çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Travayın süresini hissedilen doğum ağrısıyla ilişki olduğu belirtilmiştir (Çoşar 2012). Gebelerin toplam doğum sürelerinin ortalama değerleri ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($r=0.234$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($r=0.206$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($r=0.149$ $p=0.003$), geçiş fazda ağrı ($r=0.161$ $p=0.001$), doğumun 2 evresinde ağrı ($r=0.249$ $p=0.000$), doğum sonrası dönemde ($r=0.128$ $p=0.011$) ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir (Tablo 14). Mucuk (2010), 120 gebe ile LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini incelediği deneysel çalışmada doğum süresi ile ağrı değerleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Coşar (2012), 70 gebe ile lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini incelediği deneysel çalışmada doğum süresi arttıkça ağrının arttığı, azaldıkça ağrının azaldığını bulmuştur. Yapılan bir çalışmada doğum süreleri ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında ilişki bulamamıştır (Öztürk 2006). Bazı çalışma sonuçları çalışmamızı desteklerken bazılarının desteklemediği görülmüştür.

Literatürde gece doğum yapan kadınların gündüz saatlerde doğum yapan kadınlara oranla daha az ağrı hissettikleri belirtilmiştir (Yıldırım 2001). Çalışmamızda gebelerin doğum saati ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=2.833$ $p=0.005$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=3.159$ $p=0.002$), şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 15). Harkness ve Gijsbers (1989), İngiltere’de 29 kadın ile doğum saatinin doğum ağrısı üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, gece doğum yapan kadınların gündüz saatlerde doğum yapan kadınlara oranla daha az ağrı hissettikleri bulmuşlardır.

Literatürde melatonin hormonun gece salgılandığı ve miyometriyum kasları üzerinde inhibe edici etkisi olduğu belirtilmektedir (Pekmez ve ark 2004). Pekmez ve ark. na göre (2004), 200-250 gram ağırlığındaki gebe olmayan 25 adet yetişkin Wistar cinsi dişi sıçanlarda oksitosinle indüklenmiş miyometriyum kasılmaları üzerine

melatonin hormonunun etkisini incelediği deneysel çalışmasında melatonin hormonunun oksitosinle indüklenmiş miyometriyum kontraksiyonlarını inhibe ettiği tespit etmişlerdir. Çalışmamızda gece doğum yapan kadınların daha az ağrı çekmesinde, melatonin hormonun gece salgılanması ve miyometriyum kasları üzerinde inhibe edici etkisinde kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz.

5.3. Ağrıyı Etkileyen Psikolojik Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum ağrısı algılanması subjektif olsa da her bireyde ağrının hissedilmesine neden olan psikolojik faktörler de büyük rol oynar (Kömürücü ve Berkiten 2008). Psikolojik faktörler gerçek doğum ağrılarını ve doğumu etkilediği bilinmektedir.

Literatürde doğumda destek olunan gebelerin, olunmayan gebelere oranla daha az ağrı yaşadıkları, doğuma ilişkin negatif duyguları daha azaldığını ve bunlara bağlı olarak doğumda desteğin doğumun erken evresinde başlamanın daha etkili ve faydalı olduğunu belirtilmiştir (Coşar ve Demirci 2002). Araştırma grubuna katılan gebelerin doğumda yalnız kalma korkusu yaşama ile geçiş fazda ağrı ($t=2.025$ $p=0.044$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($t=2.416$ $p=0.016$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 16). Sleutel (2000), destekleyici müdahaleler ve etik adlı çalışmasında, doğum eyleminde verilen desteğin sezaryen oranlarını azaltmada etkili olabileceğini belirtmektedir. Hodnett ve ark. na göre (2011), 15.061 kadının katıldığı 21 çalışmada doğum süresince kadının desteklenmesi ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarını incelediklerinde, sürekli destek alan kadınların spontan vajinal doğum oranlarının fazla olduğu, ağrı kesici kullanımı ve sezaryen oranlarının azaldığı belirtilmektedir. Bu süreçte verilen desteğin gebenin doğum ağrısını azaltmada etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Yeterince bilgili olmadan ve hazırlıksız bir şekilde doğuma tanık olma, bireylerde farklı duygu ve imajlar yaratabilir (Yıldırım 2001). Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum yapan birini görme ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=0.069$ $p=0.945$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=0.330$ $p=0.741$), aktif fazda ağrı ($t=0.153$ $p=0.879$), geçiş fazda ağrı ($t=0.208$ $p=0.835$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=-0.061$ $p=0.951$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=-0.078$ $p=0.938$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark saptanmamıştır (Tablo 17). Literatürde doğum yapan birini görme ile ağrıyı kıyaslayan çalışmaya ulaşılamamıştır.

Gebe kadının aile ve arkadaşlarının yaşamış olduğu doğum deneyimleri ve bunları ifade ediş biçimleri gebenin doğum eylemi hakkındaki beklentilerini etkileyebilmektedir (Yıldırım 2001). Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum hikayelerini dinleme ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=1.393$ $p=0.164$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=1.410$ $p=0.159$), aktif fazda ağrı ($t=0.709$ $p=0.479$), geçiş fazda ağrı ($t=0.566$ $p=0.572$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=0.350$ $p=0.726$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=-0.347$ $p=0.728$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 18). Literatürde doğum hikayelerini dinleme ile ağrıyı kıyaslayan çalışmaya ulaşılamamıştır.

Literatürde isteğe bağlı sezaryen doğum yapan kadınların doğum ağrısından korktukları için sezaryen doğuma yöneldikleri belirtilmiştir (Fenwick et al 2010). Doğumda artan anksiyete kas gerginliğini artırarak doğum ağrısının daha şiddetli hissedilmesine neden olur. Sonuç olarak uterus kontraksiyonlarının etkinliği azalmakla birlikte doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz etkilemektedir (Taşkın 2009). Çalışmamızda gebelerin doğum yapma düşüncesinden korkma ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($F=0.305$ $p=0.738$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($F=1.049$ $p=0.351$), aktif fazda ağrı ($F=0.383$ $p=0.682$), geçiş fazda ağrı ($F=1.105$ $p=0.332$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($F=1.635$ $p=0.196$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($F=2.486$ $p=0.085$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Tablo 19). Yeşilçiçek Çalık (2010), İstanbul'da 100 gebe ile doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisini incelediği deneysel çalışmada, doğum korkusu ile doğum ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptamıştır. Çalışmamızda doğum ağrısı ile doğum yapma düşüncesinden korkma arasında ilişki bulunamazken, çeşitli çalışmalarda bulunmuştur (Alehagen et al 2005). Bazı çalışma sonuçları çalışmamızı desteklerken bazılarının desteklemediği görülmüştür.

5.4. Ağrıyla Etkileyen Diğer Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelikte yaygın olarak görülen anemi, kandaki hemoglobinin düzeyinin normal sınırlar altına düşmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu belirtmektedir (Ekşi 2006). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) önerisi doğrultusunda, hemoglobin değeri 11 g/dL'nin altında olan gebeler anemik olarak kabul edilmesi gerektiği rapor etmişlerdir (Centers for Disease Control 1990).

Literatürde anemisi olan kadınların, çoğunlukla doğum eylemleri uzun, yorucu ve ağrılı geçtiğini ve lohusalık dönemlerindeki iyileşme süreçleri de oldukça yavaş olduğu belirtilmiştir (Dick-Read 2010, Rathfisch 2012). Çalışmamızda gebelerin anemi varlığı ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=7.795$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=7.853$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($t=8.203$ $p=0.000$), geçiş fazda ağrı ($t=9.903$ $p=0.000$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=14.136$ $p=0.000$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=4.725$ $p=0.000$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 20). Henry Head (1922) "Ağrının Belirgin Yönleri" adlı kitabında anemiyi, ağrıyla başa çıkmayı azaltan nedenlerden biri olarak göstermiştir. Gebelik döneminde anemi, doğum eyleminde ağrı eşiğini düşürerek ağrının daha fazla algılanmasına neden olduğunu belirtmiştir (Rathfisch 2012). 447 gebe ile anemi düzeyinin maternal ve perianatal sonuçları belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, aneminin doğumun uzamasını ve operatif doğumu arttırdığı belirtilmiştir (Malhotra et al 2002). Görüldüğü gibi literatürde, aneminin doğumun uzamasına, operatif doğumu arttırdığına ilişkin çalışmalar bulunmasına rağmen doğum ağrısını etkilemesi ilgili çalışmalar bulunamamıştır. Ancak bizim çalışmamızda aneminin doğum ağrısını etkilediği görülmüştür.

Gebelik öncesi adet ağrısı şikayeti olanların doğum ağrılarının yüksek olmasının nedeni kişilerin ağrı eşiği, ağrı mekanizması ile ilgili olabilir. Literatürde bu süreçte artan prostaglandin sentezinin, kontraksiyonların şiddetinde artışa yol açtığı, bu mekanizmanın hem doğum ağrısında hem de dismenorede aynı olduğu belirtilmektedir (Mucuk 2010). Çalışmamızda gebelerin gebelikten önce ağrılı adet yaşama ile latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=2.136$ $p=0.033$), aktif fazda ağrı ($t=2.246$ $p=0.025$), geçiş fazda ağrı ($t=2.386$ $p=0.017$), doğumun 2 evresinde ağrı

($t=5.528$ $p=0.000$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=2.188$ $p=0.029$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 21).

Hamlacı (2013), İstanbul'da 88 gebe ile LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisini incelediği deneysel çalışmada gebelikten önce ağrılı adet yaşama ile doğum ağrısı arasında ilişki bulmamıştır.

Mucuk (2010), Kayseri'de LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini 120 gebe ile incelediği deneysel çalışmada ise gebelikten önce ağrılı adet yaşama ile doğum ağrısı arasında ilişki bulmuştur ve çalışmamızı desteklemektedir.

5.5. Gebelerin Doğum Sonu Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum eyleminden sonra annelerin doğum ağrısı hakkındaki görüşlerini almak ve yaşanan deneyimin sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek açısından önemlidir (Yeşilçiçek 2010). Bu bölümde, doğumdan sonra annenin dinlenmiş olarak soruları daha rahat yanıtlayabileceği düşünülerek doğumdan 2 saat sonra doğum sonrası değerlendirme formu ile elde edilmiştir.

Çalışmamızda yenidoğanların ortalama ağırlığı 3136 ± 412.85 gr, boylarının ortalamaları 50.60 ± 0.96 cm, baş çevrelerinin ortalamaları ise 33.96 ± 0.38 cm olarak bulunmuştur (Tablo 22). Çeşitli çalışmalarda yenidoğan ortalama ağırlıkları 3224.60-3382 gr değerleri arasında bulunmuştur (Yıldırım 2006, Yeşilçiçek Çalık 2010, Hamlacı 2013). Çalışmamızda yenidoğanların ortalama ağırlığı yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Hamlacı (2013), LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisini incelediği deneysel çalışmada, yenidoğanların boy ortalamaları 51.02 ± 1.61 ve yenidoğanların baş çevrelerini 35.14 ± 1.2 olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgularımız literatürdeki çalışma bulguları ile uyumludur.

Yenidoğanların birinci dakikadaki apgar puan ortalamalarının 6.40 ± 0.79 , beşinci dakikadaki apgar puan ortalamalarının ise 8.56 ± 0.99 olduğu belirlendi (Tablo 22). Öztürk (2006), gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisini incelediği deneysel çalışmasında yenidoğanların birinci dakika apgar puan ortalaması 6.94 ± 0.56 , beşinci dakika apgar puan ortalamaları ise

8.98±0.38 bulmuştur. Öztürk'ün (2006), çalışma bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Yenidoğanların cinsiyetine bakıldığında ise %55.9'unun kız %44.1'inin erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 22). Bulgularımız Öztürk (2006) ve Hamlacı (2013) yaptığı çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir. Yenidoğana ilişkin çalışma sonuçları incelendiğinde genel olarak literatürdeki çalışma bulguları ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Literatürde doğum sonu ağrısının çabuk unutulmadığı belirtilmektedir (Niven and Murphy-Black 2000). Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum sonu dönemde doğum ağrısıyla ilgili düşünceleri %71,8 oranında dayanılmaz olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 23). Yeşilçiçek Çalık (2010), 100 gebe ile doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisini incelediği deneysel çalışmasında doğum sonu doğum ağrısıyla ilgili görüşlerinde %80'nin doğum ağrısının “çok şiddetli olduğunu ve çok ağrı çektiklerini” ifade ettiklerini belirtmiştir.

Yine aynı şekilde yapılan bazı çalışmalarda gebelerin doğum ağrıları çok şiddetli olduğu ifade ettiklerini belirtmişlerdir (Yıldırım 2001, Korkmaz Yıldız 2003, Öztürk 2006, Hamlacı 2013). Gebelerin bu düşünceye sahip olma nedenleri doğuma hazırlık eğitimi almadıkları ve doğum ağrısını azaltmaya yönelik uygulamalar yapılmadığından kaynaklı olabilir.

Literatürde doğumda desteklenmiş kadınların doğum sonu dönemde ağrıyı daha az hissettiklerini belirtmişlerdir (Erenoğlu 2013). Çalışmamızda araştırma grubuna katılan gebelerin %76,6'sı sağlık personeli tarafından üzücü bir durumla karşılaşmadığını görülmüştür (Tablo 23). Timur ve Şahin (2010), kadınların doğumda sosyal destek tercihlerini ve deneyimlerini incelediği çalışmasında doğum süresince kadınların desteklenmesi gerektiğini belirtilmektedir. Taşçı (2007), Denizli'de 320 anne ile doğum yapan hastaların aldıkları bakımı hasta hakları açısından değerlendirmelerini incelediği çalışmasında kadınların %49.4'ü doğumda sağlık personelinin yaklaşımlarının kötü olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatürle paralellik gösterirken, bazı araştırma sonuçlarında farklılıklar olduğu da görülmektedir.

Doğum eyleminden sonra kadınların doğum ağrısı karşısındaki tahammülünü değerlendirmeleri, yaşanan deneyimin sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek açısından önemlidir (Karabulut 2014). Çalışmamızda doğum ağrısına karşı tahammül açısından gebelerin %74,6'sı kısmen olarak belirtmiştir (Tablo 23). Karabulut (2014), 60 gebe ile doğum eyleminde aromaterapinin etkilerini incelediği deneysel çalışmasında, gebelerin kontraksiyonlara karşı tahammülünün daha fazla olduğu, kendini daha fazla güvende hissettiği belirtmişlerdir. Gebelerin doğum ağrısını azaltmaya yönelik girişimlerin uygulanmaması ve doğum ağrısıyla baş etmeye yönelik eğitimlerin verilmemesi gebelerin bu düşünce içinde olmasına neden olabilir.

Uterusun kontraksiyonlarının doğumdan sonra büyük bir ölçüde azalması, vajina ve perinede oluşan distansiyonun ortadan kalkması, annenin ağrılarının azalmasına ve rahatlamasına neden olmaktadır (Yıldırım 2001). Çalışmamızda gebelerin doğum sürecinden %67,8'si memnun olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 23). Çeşitli çalışmalarda doğum sürecinden memnun olma bulguları çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Korkmaz Yıldız 2003, Yeşilçiçek Çalık 2010, Karabulut 2014). Bebeğin doğmasıyla birlikte annenin bebeğine kavuşması, bu mucize karşısında heyecanlı, mutlu ve huzurlu olmasıyla birlikte doğum ağrısının azalması da etkili olabileceği düşünülebilir (Yeşilçiçek Çalık 2010).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Doğum ağrısı etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

6.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırmaya katılan gebelerin yaşının %60.3'ünün 25 yaş ve üstü olduğu, yaş ortalamaları ise 26.62 ± 5.09 (min=18, max=35) olduğu, %48.9 ilkokul mezunu olduğu belirlendi.
- Gebelerin %75.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, ailenin gelir durumlarına bakıldığında %49.9'u asgari ücretinin altında geçinmekte olduğu ve Doğu Anadolu Bölgesi %40.3 ile en fazla yaşanan bölge olarak belirlendi.
- Araştırmaya katılan gebelerin yaşı ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($F=0.762$ $p=0.467$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($F=0.298$ $p=0.743$), aktif fazda ağrı ($F=0.495$ $p=0.610$), geçiş fazda ağrı ($F=0.918$ $p=0.400$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($F=1.324$ $p=0.267$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($F=0.358$ $p=0.699$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi.
- Gebelerin eğitim durumu ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($F=0.396$ $p=0.756$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($F=0.396$ $p=0.756$), aktif fazda ağrı ($F=1.075$ $p=0.359$), geçiş fazda ağrı ($F=1.374$ $p=0.250$), doğumun 2 evresinde ağrı ($F=1.670$ $p=0.173$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($F=1.905$ $p=0.128$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi.
- Gebelerin en fazla yaşadıkları bölgeler ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=-5.818$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=-5.820$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($t=-6.761$ $p=0.000$), geçiş fazda ağrı ($t=-8.632$ $p=0.000$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=-12.471$ $p=0.000$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=-4.273$ $p=0.000$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı.

Bu durum, Karadeniz Bölgesinde yaşayan gebelerin ağrı şiddeti puan ortalamaları, Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan gebelerin ağrı şiddeti puan ortalamalarından daha fazla olduğu görüldü.

- Gebelerin %68.8'i ağrılı adet yaşadığını, %35,3'ünün ilk gebeliği olduğu, yine %35,3'ünün nullipar olduğu tespit edildi.
- Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum sayısı ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=0.364$ $p=0.716$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=0.718$ $p=0.453$), aktif fazda ağrı ($t=0.841$ $p=0.401$), geçiş fazda ağrı ($t=0.709$ $p=0.479$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($t=0.927$ $p=0.354$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t= 0.849$ $p=0.396$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi.
- Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftası %75.6'sının 38-39 haftalar arasında olduğu, %92.7'sinin gebeliği istediği, gebelerin %98.5'i düzenli kontrollere gittiği saptandı.
- Gebelerin %92.4'ü doğum öncesi hazırlık kursuna katılmadığını, %94.2'si doğum ağrısıyla baş etmede ilaçsız yöntemleri duymadığı belirlendi.
- Araştırmaya katılan gebelerin % 49.6'sı doğum ağrısı ile ilgili düşüncesini çok şiddetli dayanılmaz olduğunu, %81.9'u doğum yapan birini görmediğini, %73.8'si doğum hikayelerini dinlediğini, %75.8'i doğumdan korktuğu, %62.7'si doğum sırasında yalnız kalmaktan korkmadığı belirlendi.

6.1.2. Ağrıyı Etkileyen Doğum Sürecine İlişkin Faktörlere Ait Sonuçlar

- Araştırma grubuna katılan gebelerin servikal dilatasyonu, doğumun birinci evresinin latent fazı ile ağrı şiddeti puan ortalamaları ($r=0.111$ $p=0.027$) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki tespit edildi ($p<0.05$).
- Gebelerin servikal efasmanı, doğumun birinci evresinin latent fazı ile ağrı şiddeti puan ($r=0.115$ $p=0.022$) ortalamalarının arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edildi ($p<0.05$).
- Gebelerin kontraksiyon sıklığı, latent fazda ($r=0.004$ $p=0.943$), aktif fazda ($r=-0.013$ $p=0.797$), geçiş fazı ($r=-0.020$ $p=0.691$) ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

- Araştırma grubuna katılan gebelerin kontraksiyon şiddeti, latent fazda ($r=0.107$ $p=0.032$), aktif fazda ($r=0.144$ $p=0.004$), geçiş fazı ($r=0.120$ $p=0.017$) ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edildi ($p<0.05$).
- Gebelerin kontraksiyon süresi, latent fazda ($r=-0.042$ $p=0.407$), aktif fazda ($r=0.008$ $p=0.867$), geçiş fazı ($r=0.066$ $p=0.188$) ile ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemedi.
- Oksitosin uygulaması ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=1.094$ $p=0.275$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=1.391$ $p=0.165$), aktif fazda ağrı ($t=0.612$ $p=0.541$), geçiş fazda ağrı ($t=0.878$ $p=0.394$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=1.955$ $p=0.070$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=1.565$ $p=0.118$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
- Amniyotomi uygulaması ile aktif fazda ağrı ($t=1.760$ $p=0.079$), geçiş fazda ağrı ($t=1.949$ $p=0.052$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($t=1.919$ $p=0.056$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
- Fundal basınç ile doğumun 2 evresinde ağrı ($t=2.509$ $p=0.013$) şiddeti puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$).
- Epizyotomi ile doğumun 2 evresinde ağrı ($t=2.061$ $p=0.049$) ve doğum sonrası dönemde ağrı şiddeti puan ortalamaları ($t=2.954$ $p=0.003$) ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$).
- Lavman uygulanması ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=0.305$ $p=0.761$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=-0.242$ $p=0.809$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
- Çalışma grubundaki gebelerin latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ortalaması 2.66 ± 0.56 , kontraksiyon sonrası ağrı ortalaması 3.73 ± 0.62 , aktif fazda ağrı ortalamaları 5.35 ± 0.83 , geçiş fazında ağrı ortalaması 6.91 ± 1.07 , doğumun 2 evresinde ağrı ortalaması 8.54 ± 1.23 , doğum sonrası dönemde ağrı ortalaması 3.13 ± 1.02 olduğu belirlendi. En fazla ağrı algılama puan ortalaması doğumun 2 evresinde ağrı ortalamasına ait olduğu görüldü.

- Gebelerin doğumu I.evrede ortalama 468 dakika (7 saat; 8 dakika), II. evrede 40 dk sürdüğü, toplam süre olarak ortalama 509 dakika (8 saat; 4 dakika) sürdüğü saptandı.
- Gebelerin toplam doğum sürelerinin ortalama değerleri ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($r=0.234$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($r=0.206$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($r=0.149$ $p=0.003$), geçiş fazda ağrı ($r=0.161$ $p=0.001$), doğumun 2 evresinde ağrı ($r=0.249$ $p=0.000$), doğum sonrası dönemde ($r=0.128$ $p=0.011$) ağrı şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki tespit edildi ($p<0.05$).
- Gebelerin doğum saati ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=2.833$ $p=0.005$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=3.159$ $p=0.002$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$). Gece doğum yapan gebelerin ağrı şiddeti puan ortalamalarının daha az olduğu görüldü.

6.1.3. Ağrıyı Etkileyen Psikolojik Faktörlere İlişkin Sonuçlar

- Araştırma grubuna katılan gebelerin doğumda yalnız kalma korkusu yaşama ile geçiş fazda ağrı ($t=2.025$ $p=0.044$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($t=2.416$ $p=0.016$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$).
- Gebelerin doğum yapan birini görme ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=0.069$ $p=0.945$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=0.330$ $p=0.741$), aktif fazda ağrı ($t=0.153$ $p=0.879$), geçiş fazda ağrı ($t=0.208$ $p=0.835$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=-0.061$ $p=0.951$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=-0.078$ $p=0.938$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
- Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum hikayelerini dinleme ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=1.393$ $p=0.164$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=1.410$ $p=0.159$), aktif fazda ağrı ($t=0.709$ $p=0.479$), geçiş fazda ağrı ($t=0.566$ $p=0.572$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=0.350$ $p=0.726$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=-0.347$ $p=0.728$) şiddeti puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

- Araştırma grubuna katılan gebelerin doğum yapma düşüncesinden korkma ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($F=0.305$ $p=0.738$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($F=1.049$ $p=0.351$), aktif fazda ağrı ($F=0.383$ $p=0.682$), geçiş fazda ağrı ($F=1.105$ $p=0.332$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($F=1.635$ $p=0.196$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($F=2.486$ $p=0.085$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

6.1.4. Ağrıyı Etkileyen Diğer Faktörlere İlişkin Sonuçlar

- Araştırma grubuna katılan gebelerin anemi varlığı ile latent fazda kontraksiyon öncesi ağrı ($t=7.795$ $p=0.000$), latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=7.853$ $p=0.000$), aktif fazda ağrı ($t=8.203$ $p=0.000$), geçiş fazda ağrı ($t=9.903$ $p=0.000$), doğumun 2 evresinde ağrı ($t=14.136$ $p=0.000$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=4.725$ $p=0.000$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$).
- Gebelerin gebelikten önce ağrılı adet yaşama ile latent fazda kontraksiyon sonrası ağrı ($t=2.136$ $p=0.033$), aktif fazda ağrı ($t=2.246$ $p=0.025$), geçiş fazda ağrı ($t=2.386$ $p=0.017$) ve doğumun 2 evresinde ağrı ($t=5.528$ $p=0.000$) ve doğum sonrası dönemde ağrı ($t=2.188$ $p=0.029$) şiddeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$).

6.1.5. Gebelerin Doğum Sonu Değerlendirmesine İlişkin Sonuçlar

- Yenidoğanların kilo ortalamaları 3136.11 ± 412.85 iken boylarının ortalamaları ise 50.60 ± 0.96 olduğu bulundu. Yenidoğanların cinsiyeti bakıldığında ise %55.9 kız olduğunu, % 44.1 erkek olduğu görüldü.
- Gebelerin doğum sonu dönemde doğum ağrısıyla ilgili düşünceleri %71.8 oranında dayanılmaz olduğunu belirlendi.
- Gebelerin %76.6'sı sağlık personeli tarafından üzücü bir durumla karşılaşmadığı görüldü.
- Gebelerin %74.6'sı doğum ağrısına karşı tahammülü kısmen olduğu saptandı.
- Doğum sürecinden gebelerin %67.8'si memnun olduğunu belirlendi.

6.2. Öneriler

Bu bölümde çalışma sonuçları doğrultusunda, aşağıda yer alan öneriler sunulmuştur.

- Aneminin, doğum saatinin, doğum süresinin, kültürün ve gebelikten önce ağrılı adet yaşama durumunun doğum ağrısının daha fazla hissedilmesinde etkisinin olduğu görüldüğü için ağrıyı azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması, uygulanması ve bu konularla ilgili daha geniş grupları kapsayan çalışmaların planlanması
- Servikal dilatasyon, efasman ve kontraksiyon şiddetinin doğum ağrısını etkilediği anlaşıldığından doğum ağrısını azaltmaya yönelik nonfarmakolojik uygulamalar gibi girişimlerin planlanması ve uygulanması
- Doğum ünitelerinde yüksek oranlarda uygulanan fundal basınç ve epizyotominin doğum ağrısını artırmada etkili olduğu belirlendiği için tıbbi endikasyon gerekmedikçe uygulanmaması ve eylemin mümkün olduğunca doğal seyrine bırakılması
- Gebelerin doğumda yalnız kalma korkusu doğum ağrısını artırmada etkili olduğu bu nedenle gebenin doğum sırasında ve doğuma kadar geçen sürede destekleyici kişilerin de yanlarında olabilmesine olanak tanınması
- Yanlış ya da başkalarının yaşadığı deneyimlerden edinilmiş bilgilerin doğum ağrısı üzerinde etkisi olduğu için bunun yerine gebenin bir sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirilmesi
- Doğum ağrısını etkileyen faktörleri incelemeyi amaçlayan daha geniş grupları kapsayan çalışmaların planlanması
- Doğum ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerine doğum ağrısını etkileyen faktörlerin ve doğum ağrısını azaltmada kullanılan nonfarmakolojik uygulamalara ilişkin eğitim materyalleri hazırlanarak hizmet içi eğitimlerin planlanması
- Ülkemizde çok yaygın olmayan doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması sağlanarak eğitim konularına doğum ağrısını etkileyen faktörlerinde eklenmesi ve gebelere bu konu hakkında eğitimler yapılması
- Doğum ağrısını etkileyen faktörler ile ilgili konular, eğitim programlarının içeriğine dahil edilerek ebelik öğrencilerinin bu konularla ilgili yeni araştırma sonuçlarından haberdar olmalarının sağlanması

7. KAYNAKLAR

- Abushaikha L, Oweis A. (2005). Labour pain experience and intensity: Ajordanian perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 11:33-38.
- Alehagen S, Melin B, Lundberg U, Wijma K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*; 26(3): 153-165.
- Avcıbay B. (2009). Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Aksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Alan).
- Ayar A, Kutlu S, Yılmaz B, Kelestimur H. (2001). Melatonin inhibits spontaneous and oxytocin-induced contractions of rat myometrium invitro. *Neuro endocrinology Letters*; 22: 199-207.
- Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. (2001). Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2): 171-179.
- Beebe KR, Lee K. (2007). Sleep disturbance in late pregnancy and early labor. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(2):103-8.
- Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5):445-454.
- Berkiten Ergin A. (2005). Doğumun I. ve II. Evresinde Gebeye Uygulanılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. N. Kömürcü).
- Beydağ KD, Doğan Merih, Yılmaz Esencan. (2013). Doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin partograf kullanımı ve partografin gerekliliğine yönelik görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*;2(2)
- Brown ST, Campbell D, Kurts A. (1989). Characteristics of labor pain at two stages of cervical dilation. *PAİN*. 38(3): 289-295.
- Carrolli G, Mignini L (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD000081.
- Centers for Disease Control (CDC). (1990). Progress in Chronic Disease Prevention Anemia During Pregnancy in Low-Income Women in United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*;39(5):73-81.PMid:2105442.
- Corli O, Grossi E, Roma G, Battagliarin G. (1986). Correlation between subjective labour pain and uterine contractions: A clinical study. *Pain*. 26 (1): 53–60.
- Coşar F. (2012). Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Sürecine Etkisi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. N. Demirci).
- Coşar F, Demirci N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1):18-30.

- Cuervo LG, Bernal MP, Mendoza N. (2006). Effects of high volume saline enemas vs. no enema during labour-The n-ma randomized controlled trial [ISRCTN43153145]. *BioMed Central Pregnancy Childbirth*, 19,6–8.
- Çevik SA. (2007). Gebeliği İsteme Durumununa Göre Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Özet Kitabı, Bursa.
- Çimen A. (2007). Doğum Ağrısı ve Analjezisi. İçinde: *Ağrı*. Ed: Erdine S. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.168-169
- Demiryay A. (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N.Cengiz).
- Dick-Read G. (2010). *Childbirth Without Fear*. Foreword by Michel Odent. Pinter & Martin Ltd. London, England.
- Doolen S, Krause DN, Dubocovich ML, Duckles SP. (1998); Melatonin mediates two distinct responses in vascular smooth muscle. *Eur J Pharmacol* 345: 67-69.
- Ekşi Z. (2006). Gebelikte Anemilerde Semptom Değerlendirmesi ve Hemogloblin Renk Skalasının (Who Haemogloblin Colour Scale) Kullanımının Etkinliği. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. H. Arslan).
- Erenoğlu R. (2013). Ekspresif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri, (Danışman: Doç. Dr. M. Başer)
- Ersanlı C. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: N. Kömürcü).
- Ertem G, Sevil Ü. (2005). Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 2.
- Eti Aslan F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):916[Elektronik Dergi].<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/>
- Eti Aslan F. (Ed). (2006). Ağrı Değerlendirmesi ve Ölçümü, Ed: Aslan, F.E. Ağrı Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, I. Basım, İstanbul, 68-99.
- Fenwick F, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Original Research Article Midwifery*, 26(4), 394-400.
- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63 (1): 64-75.
- Gamble J, Creedy D. (2001). Women's preference for a cesarean section: Incidence and associated factors. *Birth*, 23:2.
- Gençalp NS. (1998). Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G. Kubilay).
- Gentz BA. (2001). Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 44(4):704-732.

- Green JM. (1993). Expectations and experiences of pain labor: Findings from a large prospective study. *BIRTH*. 20 (2):65-72.
- Grewal A. (2010). Anaemia and pregnancy: Anaesthetic implications. *Indian J Anaesth*. Sep-Oct; 54(5): 380–386. doi: 10.4103/0019-5049,71026
- Hamlacı Y. (2013). LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. S Yazıcı).
- Harkness J, Gijsbers K (1989). Pain and stress during childbirth and time of day. *Ethology and Sociobiology* 10: 255–261.
- Harrison A. (1991). Childbirth in kuwait: The experience of three groups of arab mothers. *Journal Pain Symptom Management*, 6, 466–475.
- Head H. (1922). Certain Aspects of Pain. *The Journal Of The British Medical Association*.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. (2011). Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Library. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub3>
- Hofberg K, Ward MR. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79 (3),505-510.
- Karabulut H. (2014). Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. G. Rathfish).
- Karaçam Z, Eroğlu K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *J Adv Nur*, 43(4): 384–394.
- Karahan N. (2010). Oksitosin İndüksiyonunun Travay Süreci ve Perine Üzerine Etkileri, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof Dr. H Arslan).
- Kashanian M, Javadi F, Haghghi MM. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.109:198–200.
- Kaya F, Serin Ö. (2008). Doğum öncesi bakımın niteliği. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(1):28- 35.
- Klostergaard KM, Terp MR, Poulsen C, Agger AO, Rasmussen KL. (2001). Labor pain in relation to fetal weight in primiparae. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 99, 195-198.
- Korkmaz Yıldız N. (2003). İlaçsız Ağrı Kontrol Yöntemlerinden Tens'in Doğum Ağrısını Algılamaya Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NS Gençalp).
- Köksal Ö, Taşçı Duran E. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. [Elektronik Dergi] 6 (3), 144-148. <http://www.deuhyoedergi.org>
- Kömürcü N, Berkiten AE. (Eds). (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Eds: Kömürcü N, Ergin BA, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. İstanbul.

- Kömürcü N, Gençalp NS. (2002). Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1):78-82.
- Körükcü HÖ. (2009). Wajma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. K Kukulcu).
- Kuğuoğlu S. (Ed). (2006). Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler. İçinde: *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Ed: Aslan FE, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, 1. Basım, Bilim Yayınları: 42. İstanbul, s. 52-60.
- Lowe NK. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *JOGNN*;25(1):82-9
- Lowe NK. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*;186 (5): 16-24.
- Malhotra M, Sharma JB, Murthy NS, Batra S, Arora R, Sharma S. (2002). Maternal and perinatal outcome in varying degrees of anaemia. *International Journal Of Gynecology*, 79(2):93- 100.
- Mamuk R. (2008). Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NS Gençalp).
- May AE, Elton CD. (1998). The effects of pain and its management on mother and fetus. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 12(3): 423-441.
- McLachlan H, Waldenstrom U. (2005). Childbirth experiences in australia of women born in turkey, vietnam, and australia, *BIRTH* 32, 4, 272-282.
- Melender HL, Lauri S. (1999). Fears associated with pregnancy and childbirth experiences of women who have recently given birth, *Midwifery*, 15:177-182.
- Moiety FM, Azzam AZ. (2014). Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis *J Obstet Gynaecol Res*. 15.doi: 10.1111/jog.12284.
- Mucuk S. (2010). Li4 ve Sp6 Akupunktur Noktasına Yapılan Uyarının Doğum Ağrısı ve Süresine Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri, (Danışman: Doç. Dr. Mürüvvet Başer).
- Niven CA, Black TM. (2000). Memory for labor pain: A review of the literature. *Birth*, 27(4):244-253.
- Ozgoli G, Sedigh S, Heshmat R, Alavi MH. (2010). Effect of right hand hegu acupressure on pain intensity of active phase of labor pain in primiparous women. *Kowsar Medical Journal*, 14(4).
- Özkan Z. (2012). Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi Ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Bozkurt).
- Öztürk H. (2006). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof Dr. A Şirin).

- Pekmez H, Kuş İ, Ögetürk M, Kutlu S, Zararsız İ, Sarsılmaz M. (2004). Sıçanlarda Oksitosinle İndüklenmiş Miyometriyum Kasılmaları Üzerine Melatonin Hormonunun Etkisi, *Fırat Tıp Dergisi*; 9(1): 1-5.
- Peyman A, Shishegar F, Abbasi Z. (2011). Uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor in Iran: A randomized controlled trial. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 1(11):1930-1933.
- Phumdoung S, Good M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain..*Pain Management Nursing*, Vol:4, No:2 , 54-61.
- Pınar G, Pınar T. (2009). Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 7:133-140
- Ratfisch G. (2012). Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti., İstanbul, s 114-115.
- Rathfisch Yıldırım G, Güngör İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3(11): 53-64. [Elektronik Dergi], <http://www.hemarge.org.tr/29>.
- Sayiner DF, Özerdoğan N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:3.
- Serçekus P, Okumus H. (2009). Fears Associated With Childbirth Among Nulliparous Women İn Turkey. *Midwifery*, 14(2), 12-20.
- Sheiner E, Vardi A. (1998). The Relationship between parity and labor pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 63: 287-288.
- Sheiner EK, Sheiner E, Shoham-Vardi I, Mazor M, Katz M. (1999). Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour. *Pain*, 81, 299–305.
- Simkin P, Bolding A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*; 49 (6): 489-504.
- Simkin P, O'Hara M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 186: 131
- Simpson KR, Knox GE. (2009). Oxytocin as a high-alert medication: implications for perinatal patient safety. *MCN Am J Matern Child Nurs*. Jan-Feb;34(1):8-15.
- Sleutel MR. (2000). Intrapartum nursing care: A case study of supportive interventions and ethical conflicts. *Birth Issues in Perinatal Care*; 1: 38-45.
- Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. (2003). Selected coping strategies in labor: An investigation of women's experiences. *BIRTH*; 30 (3): 189-194.
- Şahin NH, Yıldırım G, Ergül A. (2007). Evaluating the second stages of deliveries in a maternity hospital. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstet*. 17:37-43
- Şahin NH. (2009). Seksio - Sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:3.
- Şahin Ş, Owen Ünal M. (Eds). (2006). Doğum Ağrısının Mekanizması ve Etkileri. İçinde: Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi, Eds: Şahin Ş, Owen MD, Nobel. & GüneşTıp Kitabevi, İstanbul, s. 14-22.

- Taşçı KD. (2007). Doğum yapan hastaların aldıkları bakımı hasta hakları açısından değerlendirmeleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10: 26-33
- Taşkın L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Timur S, Şahin NH. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*;1: 29-40.
- Turnbull DA, Wilkinson C, Yaşar A, Carty V, Svigos JM, Robinson JS. (1999). Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Medical Journal of Australia* 170:580-583.
- Yeşilçiçek Çalık K. (2010). Doğum Eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N. Kömürcü).
- Yıldırım G, Sömek AA, Kayır H. (2006). Yenidoğanın kilosu ile doğum ağrısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*,15(57): 99-107.
- Yıldırım G. (2001). Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Hotun Şahin).
- Zhao H, Poon A, Pang SF. (2000). Pharmacological characterization, molecular subtyping, and autoradiographic localization of putative melatonin receptors in uterine endometrium of estrous rats. *Life Sci*; 66: 1581-1591.

8.EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu

EK-2. Gebe Tanıtım Formu

EK-3. Doğum Eylemine İlişkin Partograf Formu

EK-4. Gebe İzlem ve Değerlendirme Formu


EK-5. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS)

EK-6. Doğum Sonrası Değerlendirme Formu

EK-7. Etik Kurul İzni

EK-8. Kurum İzni

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GEBE ONAM FORMU

 <p>TC Sağlık Bakanlığı T.C. Sağlık Bakanlığı</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 2/2
		Onaylayan: Daire Başkanı

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir başka ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/razamın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gibi katılmak koşulu ile) yayını için kullanılmasına, arşivlemeye ve diğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile tıbbimiz ve/veya tıbbımız dışına aktarılmasına onur veriyorum.

Gönüllüden (Kendi el yazısı ile) Adı-Soyadı: İmzası: Adresi: (varsa Telefon No, Faks No): Tarih (gün/ay/yıl):/..../..
--

Volontör veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile) Adı-Soyadı: İmzası: Adresi: (varsa Telefon No, Faks No): Tarih (gün/ay/yıl):/..../..
--

Onay Alma İşlemine Bağlıdan Sonra Kader Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin Adı-Soyadı: İmzası: Görevi: Tarih (gün/ay/yıl):/..../..
--

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı-Soyadı: İmzası: Tarih (gün/ay/yıl):/..../..

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlık gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK-2. GEBE TANITIM FORMU

DOĞUM AĞRISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Değerli Katılımcı;

Doğum ağrısı, kadınların hayatındaki en ağırlı deneyim olarak ele alınabilir. Bu çalışma, doğum ağrısını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmada sizinle ve doğum evreleriniz ile ilgili bilgiler dosyanızdan alınacak, doğum evreleri sırasında ağrınızın şiddeti sorulacak, doğum öncesi ve sonrasında görüşme yöntemiyle kısa bir anket uygulanacaktır. Araştırma nedeniyle size veya bebeğinize herhangi bir girişim uygulanmayacak ya da risk taşımayacaksınız.

Elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak olup, verilerde yer alan kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz ve anlayışınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Ebe Funda DURDU (Karabük Üniversitesi SBE. Ebelik Yüksek Lisans Öğrencisi)
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN (Danışman-K.Ü. SBE. Öğretim Üyesi)

ANKET NO:

I.GEBE TANITIM FORMU

1.Yaşınız

2. Son 10 yıldır yaşadığı yer.....

3. Eğitim durumunuz: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü

4. Çalışma durumunuz: () Evet () Hayır

5. Ailenizin gelir durumu: () 890 TL altı () 890 -1000 TL arası () 1000-2000 TL arası () 2000-5000 arası () 5000 TL üstü

6. Gebelik haftası

7. Bu gebeliğinizi istediniz mi? ()Evet ()Hayır

8. Gebelikte düzenli olarak tüm kontrollere gittiniz mi? () Evet ()Hayır

9. Yanıtınız ‘’evet’’ ise kontrollere nereye gittiniz?

() Kamu hastanesi () Özel hastane ()Aile hekimliği ()Özel muayene

10. Doğum öncesi kontrolleriniz kim tarafından yapıldı?

() Ebe () Hemşire () Hekim

11. Kaç kez kontrole gittiniz?.....

12. Gebeliğiniz süresince doğum öncesi hazırlık kursuna katıldınız mı?

() Evet () Hayır

13. Cevabınız evet ise bu eğitimi kim tarafından aldınız?

() Ebe () Hemşire () Hekim

14. Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan yöntemleri duydunuz mu?

() Evet () Hayır

15. Cevabınız evet ise hangi yöntemleri duydunuz?.....

16. Doğumhanede bu yöntemler uygulandı mı? () Evet () Hayır

17. Doğum sırasında yalnız kalma korkusu yaşadınız mı? () Evet () Hayır

18. Doğum ağrılarınız başladığında doğumhaneye gelene kadar çevrenizdeki kişilerden destek aldınız mı? () Evet () Hayır

19. Cevabınız evet ise destek aldığınız kişiler () Eş () Anne () Kız Kardeş

() Kaynana () Görümce () Arkadaş () Erkek Kardeş () Baba () Diğer

20. Daha önce doğum yapan birini gördünüz mü? () Evet () Hayır

21. Cevabınız evet ise ne hissettiniz?.....

22. Başkalarından doğumla ilgili hikâyeler dinlediniz mi? () Evet () Hayır

23. Bunlardan nasıl etkilendiniz? () Olumlu () Olumsuz () Etkilenmedim

24. Doğum yapma düşüncesi sizi korkutuyor mu? () Evet () Kısmen () Hayır

25. Cevabınız evet ise korkma nedeniniz hangisi?

() Şiddetli ağrı çekme korkusu () Kanama korkusu () Diğer

() Yırtılma-yaralanma korkusu () Bebeğin sağlığı hakkında endişe

() Ölüm korkusu () Bebeğin cinsiyeti hakkında endişe

26. Doğum ağrısının nasıl bir ağrı olduğu ile ilgili genel düşünceniz nedir?

Normal, her anne yaşamalı Çok şiddetli dayanılmaz Diğer

27. Gebelikten önce adetleriniz ağrılı (dismenore) olur muydu?

Evet Hayır



EK-3. DOĞUM EYLEMİNE İLİŞKİN PARTOGRAF FORMU

Başvuru tarihi: Başvuru saati:

Gebelik sayısı: Doğum sayısı: Membran rüptürü: saat

The form consists of several horizontal sections, each with a vertical axis and a horizontal axis representing time from 0 to 24 hours.

- FOTAL KALP HIZI:** Vertical axis from 100 to 180. A line is drawn at 140.
- AMNİOS SIVISI İÇİCE KAYMA:** Vertical axis from 0 to 10. A line is drawn at 5.
- Latent faz / Aktif faz:** Vertical axis from 0 to 10. A horizontal line is drawn at 5 from 0 to 8 hours. From 8 hours, a vertical line is drawn. From 8 hours, a diagonal line labeled "Uyarı" starts at (8, 5) and goes to (12, 10). From 12 hours, a diagonal line labeled "Müdahale" starts at (12, 5) and goes to (18, 10).
- 10 DAKIKADAKİ KONTRAKSİYON:** Vertical axis from 0 to 5. A horizontal line is drawn at 1.
- OKSİTOSEN:** Vertical axis from 0 to 5. A horizontal line is drawn at 1.
- VERİLEN İLAÇLAR IV SIVILAR:** A large empty grid area.
- SABİZ TA:** Vertical axis from 60 to 180. A horizontal line is drawn at 120.
- HR °C:** Vertical axis from 36 to 42. A horizontal line is drawn at 37.
- IDRAR:** Vertical axis with labels PROT, ACET, and VGL.

EK-4. GEBE İZLEM VE DEĞERLENDİRME FORMU

1.Hemoglobin:.....g/dl 2.Hematokrit: %.....

3.Yapılan uygulamalar

	Uygulandı	Uygulanmadı
Oksitosin (1:uygulandı 2:uygulanmadı)		
Amniyotomi(1:uygulandı 2:uygulanmadı)		
Fundal basınç(1:uygulandı 2:uygulanmadı)		
Epizyotomi(1:uygulandı 2:uygulanmadı)		
Lavman (1:uygulandı 2:uygulanmadı)		

4.Toplam Travayın süresi(dk):

I. Servikal dilatasyon ile 3 cm -10 cm arası:

II.Tam servikal dilatasyon ile fetüsün doğumuna kadar geçen süre:

5.Latent Fazda Ağrısı: (Dilatasyon 2-3 cm olduğunda, Kontraksiyon öncesi ve sonrası)

Kontraksiyon öncesi:

AĞRI YOK EN ŞİDDETLİ AĞRI
0 10

Kontraksiyon sonrası:

AĞRI YOK EN ŞİDDETLİ AĞRI
0 10

6. Aktif Fazda Ağrısı: (Dilatasyon 5-6 cm olduğunda)

AĞRI YOK EN ŞİDDETLİ AĞRI
0 10

7. Geçiş Fazda Ağrısı: (Dilatasyon 8-9 cm olduğunda)

AĞRI YOK EN ŞİDDETLİ AĞRI
0 10

8. Doğumun 2. Evresinde Ağrı: (Bebeğin Doğumunu takiben)

AĞRI YOK	EN ŞİDDETLİ AĞRI
0	10

9. Doğum sonrası erken postpartum dönemde: (dönemin sonu olan 2.saatte)

AĞRI YOK	EN ŞİDDETLİ AĞRI
0	10

10. Servikal efasman (%):

Latent fazda (%):

Aktif fazda (%):

Geçiş fazda (%):

11. Kontraksiyon şiddeti (mmHg) (NST ölçüm değerleri ile):

Latent fazda (mmHg):

Aktif fazda (mmHg):

Geçiş fazda (mmHg):

12. Doğumun şekli: () Spontan baş geliş () Vaginal müdahaleli doğum

13. Doğum saati:...

14. Yenidoğanın Apgar Puanı: 1. dk.....

15. 5. dk.....

16. Yenidoğanın cinsiyeti: () Kız () Erkek

17. Yenidoğanın ağırlığı:

18. Yenidoğanın boyu:

19. Yenidoğanın baş çevresi:

EK-5. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ) (VİSUAL ANALOG SKALA=VAS)

AĞRI YOK

EN ŞİDDETLİ AĞRI

0

10



EK-6. DOĞUM SONRASI DEĞERLENDİRME FORMU

1. Doğum ağrısının şiddeti size göre nasıldı?

Hafif Rahatsız Edici Şiddetli Çok Şiddetli Dayanılmaz

2. Doğum sırasında sağlık personeli tarafından sizi üzen\ rahatsız eden bir davranışla karşılaştınız mı?

Evet Hayır

3. Doğumdaki kasılmalarınıza karşı tahammülünüzü nasıl değerlendirirsiniz?

Yeterli Yetersiz Kısmen

4. Genel olarak doğum sürecinden memnun kaldınız mı?

Memnun kaldım Memnun kalmadım

EK-7. ETİK KURUL İZİNİ



T.C. KARABÜK ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARLARI

Karar Tarihi: 16/02/2015 Toplantı No:2015/01

Karabük Üniversitesi Etik Kurulu, Prof. Dr. Nihat EKİNCİ başkanlığında 16/02/2015 Pazartesi günü, aşağıdaki gündemi görüşmek üzere toplandı,

KARARLAR

Karar 2 :

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 30.12.2014 tarih ve 198 sayılı yazısı ile Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, 2013528301013 numaralı Funda DURDU'nun "Doğum Ağrısına Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışması incelenmiş olup, gerekli iznin sağlanması uygun görülmüştür.


Prof. Dr. Nihat EKİNCİ
Etik Kurul Başkanı

ASLI GİBİDİR
16.02.2015

Kalp ve damar hastalıklarından korunmak için sağlıklı beslenmeye dikkat gösteriniz.

Karabük Üniversitesi, Demir Çelik Kampüsü 100. Yıl Mah. 78080 KARABÜK.

EK-8. KURUM İZİNİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 75231446/600
Konu : Funda DURDU' nun Tez Çalışması
Hk.

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
(Karabük Üniversitesi Merkezi Derslik Binası
2. kat Demir Çelik Kampüsü KARABÜK)

İlgi :18/02/2015 tarihli ve BİLA sayılı yazınız

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebe Funda DURDU' nun "Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu araştırmayı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi' nde yapması ve hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket çalışmasına katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi ve yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür. Çalışma üniversite tarafından kabul edildikten sonra çalışmanın bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Murat HANÖZÜ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

İSTANBUL ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
Hacı İsmail HANCI
Uzman

GÖVNERGENİ EKLENEN
ASLİ KEZANCI
23.03.2015

Zafer Mah. Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna/İSTANBUL
Açık tıbbi bilgi için: Bilal ALEĞÖZ İletişim:0212 454 61 00 - 6410

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik izni için adresine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0880940-4100-442-1922-000068391us kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 75231446/600
Konu : Funda DURDU' nun Tez Çalışması
Hk.

İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebe Funda DURDU' nun "Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu araştırmayı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi' nde yapması, hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket çalışmasına katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi ve yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Murat HANÖZÜ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

İSTANBUL ÇEKMECE BÖLGESİ HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
Dr. Hacı KÖPELİ
Haceti Osman
Ünvanı

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZA
ASLI İÇİNE KALIR
13.09.2015

Zafer Mah.Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna/İSTANBUL
Ayrıntılı bilgi için: Bilal ALEGÖZ İletişim:0212 454 61 00 - 6410

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8f76224b-61ca-472c-a7cc-c23698cf8bce koda ile erişebilirsiniz.

9. ÖZGEÇMİŞ

Funda Durdu 1990 yılında Tokat'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı. Niksar Danişmend Gazi Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2009 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'ne girdi; 2013'de mezun olduktan sonra Karabük Eflani Toplum Sağlığı merkezinde ebe olarak göreve başladı. Halen; 2013 yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda başlamış olduğu yüksek lisans programını, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı altında sürdürmektedir.

ADRES BİLGİLERİ

Adres: Eflani İlçe Entegre Hastanesi Eflani/Karabük

Tel: 0534 862 07 30

E-posta: funda1017@hotmail.com