



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUMUN AKTİF FAZINDA UYGULANAN
HİDROTERAPİNİN, DOĞUM SÜRECİ, ANNE
MEMNUNİYETİ VE DOĞUM SONRASI EBEVEYNLIK
DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Semra TUNCAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Ankara, 2016

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUMUN AKTİF FAZINDA UYGULANAN
HİDROTERAPİNİN, DOĞUM SÜRECİ, ANNE
MEMNUNİYETİ VE DOĞUM SONRASI EBEVEYNLİK
DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Semra TUNCAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Ankara, 2016

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne
Memnuniyeti ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi

Semra TUNCAY

Yüksek Lisans Tezi

14 Temmuz 2016

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Yrd. Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gerekten tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayanın Adı Soyadı

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

14-06-2016

Semra TUNCAY



“Tüm anne adaylarına ve yeniden anne olacaklara ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında ve deneysel olan bu teze başlamam konusunda güvenen, her anlamda özgür bırakan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum çok değerli danışmanım hocam sayın **Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN'a**,

Tezin uygulanması aşamasında uygun ortamın sağlanmasında bana destek olan klinik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, uzman görüşüne başvurduğum **Doç. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN'e**,

Tezin uygulama aşamasında, her zaman yanımda olan ve bana destek veren doğum ünitesi çalışanı **Fatma DÜZBAĞ'a**,

Eğitimim boyunca desteklerini yanımda hissettiğim **Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN'e**, **Yrd. Doç. Dr. Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER'e**, **Yrd. Doç. Dr. Ebru EREK KAZAN'a** ve **Doç. Dr. Gül PINAR'a**,

Tez süresince gerekli imkanları sağlayan Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimisi sayın **Salim ERKAYA'ya** ve sağlık bakım hizmetleri müdürü sayın **Meral GÖKTAŞ'a**,

Araştırmamın yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi **doğum ünitesinde çalışan ebe, hemşire, asistan hekim, uzman hekim ve çalışan tüm personle ayrıca çalışmaya katılma nezaketini ve güvenini gösteren tüm annelere**,

Tezimin istatistiki analizi konusunda bilgi ve deneyimleriyle bana destek olan **Yrd. Doç. Dr. Nursel KOYUNCU** ve **Arş. Gör. Hatice IŞIK'a**,

Sevgilerini her zaman hissettiğim, sevgili ailem; annem **Muazzez TUNCAY**, babam **Kadem TUNCAY**, kardeşim **Zeynep KULOĞLU**, kardeşim **Zekeriya TUNCAY**, **Ömer KULOĞLU**, yeğenlerim **Ömer Efe** ve **Muhammed Yusuf KULOĞLU'na**

İçtenlikle teşekkür ederim

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dünyada ve Ülkemizde Doğum Oranları.....	3
2.2. Doğum Süreci.....	3
2.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi	5
2.2.1.1. Erken Doğum Fazı (Latent Faz)	5
2.2.1.2. Aktif Faz.....	6
2.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi.....	6
2.2.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi.....	7
2.2.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi	7
2.3. Doğum Ağrısı ve Nörofizyolojisi.....	8
2.3.1. Ağrı Teorileri.....	9
2.3.2. Doğum Ağrısının Kontrolü.....	11
2.3.2.1. Farmakolojik Yöntemler	12
2.3.2.2. Non-Farmakolojik Yöntemler	13
2.4. Hidroterapi ve Hidroterapi'nin Tarihsel Gelişimi	14
2.4.1. Hidroterapinin Kullanım Alanları	16
2.4.2. Hidroterapinin Doğum Sürecinde Kullanımı	17
2.4.3. Hidroterapinin Etki Mekanizması	19
2.4.4. Hidroterapinin Uygulanmasına İlişkin Temel İlkeler.....	21
2.5. Doğumda Annenin Memnuniyeti.....	21
2.6. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı	22
3. MATERYAL VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Amacı	24

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri	25
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	27
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	27
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	27
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	28
3.7. Veri Toplama Araçları	28
3.7.1. Gebe Tanılama Formu.....	28
3.7.2. Gebe İzlem Formu.....	29
3.7.3. Postnatal İzlem Formu.....	30
3.7.4. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ).....	30
3.7.5. Doğum Duygulanım Ölçeği (DDÖ).....	31
3.8. Araştırmanın Uygulaması	31
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
4.1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	35
4.2. Doğum Sürecine Yönelik Bazı Özelliklere İlişkin Bulgular.....	43
4.3. Doğum Sonu Döneme Yönelik Bazı Özelliklere İlişkin Bulgular	51
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
6.1. Sonuçlar.....	70
6.2. Öneriler.....	72
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER.....	85
EK-1.YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULUNDAN ALINAN YAZILI İZİN	85
EK-2. ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDEN ALINAN YAZILI İZİN	86
EK-3. DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	87

EK-4 KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	89
EK-5 GEBE TANILAMA FORMU	91
EK-6. GEBE İZLEM FORMU	95
EK-7. POSTNATAL İZLEM FORMU	97
EK-8. DOĞUM SONRASI EBEVENLİK DAVRANISI ÖLÇEĞİ.....	99
EK-9. DOĞUM DUYGULANIM ÖLÇEĞİ.....	100
EK-10. HİDROTERAPİ EĞİTİM BROŞÜRÜ.....	102
EK-11 ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA 12.12.2005 TARİHLİ SUDA DOĞUM ÜNİTESİ ENFEKSİYON KONTROL PROSEDÜRÜ	104
EK 12. SUDA DOĞUM KURSU KATILIM BELGESİ.....	105
EK-13. DOĞUMA HAZIRLIK KURSU EĞİTİCİ EĞİTİMİ SERTİFİKASI.....	106
ÖZGEÇMİŞ	

ÖZET

Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti Ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi

Araştırma, doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel bir çalışma olarak, Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 07 Kasım 2015- 30 Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini toplam 80 gebe oluşturmuştur ($n_{deney}=40$, $n_{kontrol}=40$). Veri toplama aracı olarak, anneye ait bazı sosyo-demografik özellikleri sorgulayan "Gebe Tanılama Formu", gebenin doğum sürecinde izlemlerinin yer aldığı "Gebe İzlem Formu", gebenin doğum sonu dönmedeki izlemlerinin yer aldığı "Postnatal Gebe İzlem Formu", "Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranış Ölçeği", "Doğum Duygulanım Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi, Fisher'in tam olasılık testi, Yatest Ki-kare testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi, Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA), Tukey LSD, ve Pearson Korelasyon testi, Spearman Korelasyon Testi, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler, sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri için $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Çalışmada kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalaması kontrol grubunda 24.42 ± 4.33 iken, deney grubunda 23.88 ± 4.05 'dir ($p>0.05$). Araştırmada her iki gruptaki gebelerin çoğunluğunun lise altında eğitim aldıkları ve gelir getiren bir işte çalışmadıkları, toplam evlilik sürelerinin 3 yıl ve üzerinde olduğu ve kentsel bölgede ikamet ettikleri belirlenmiştir ($p>0.05$). Araştırmada kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hidroterapi uygulanan deney grubundaki gebelerin doğum sürecinde daha olumlu tepkiler verdikleri, doğumda hissedilen ağrı skorunun azaldığı, doğum eyleminin aktif faz süresinin ve ikinci evre süresinin kısaldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bunun yanı sıra kontraksiyon sıklığının, şiddetinin, süresinin, fetal kalp atımının, annenin diastolik ve sistolik kan basıncının ve nabız ölçümlerinin düştüğü belirlenmiştir. Ayrıca doğum sonu dönemde deney grubundaki gebelerin yeni doğanlarının apgar skorlarının daha yüksek

olduğu, annelerin doğuma y6nelik olumlu duygular hissettiği ve ebeveynlik davranışlarının daha olumlu olduğu g6r6lm6řt6r ($p<0.05$).

Bu kapsamda 6lkemizde doğum 6nitelerinde hidroterapi uygulamasının yaygın olarak kullanılması ve alanda hemşirelerin uzmanlaşarak aktif rol almaları 6nerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anne memnuniyeti, doğum sonrası ebeveynlik davranışı, hemşirelik, hidroterapi



ABSTRACT

The effects of hydrotherapy during active phase of birth on gestation, maternal satisfaction and postnatal parenthood attitudes

The experiment study aims to investigate the effects of hydrotherapy during active phase of birth on gestation, maternal satisfaction and postnatal parenthood attitudes. It was performed in Ankara Zekai Tahir Burak Women Health Training and Research Hospital on 07 November 2015- 30 June 2016. The sample included total of 80 pregnant women ($n_{\text{experiment}}=40$, $n_{\text{control}}=40$). As a data collection tool, maternal several sociodemographic features form "Pregnant Diagnostic Form", gestational follow-up form "Pregnant Follow-up Form", postnatal follow-up form "Postnatal Follow-up Form- ", "Postpartum Parenting Behaviour Scale", "Labor Agency Scale" were used. Chi-square test, Fisher's precise possibility test, Yates Chi-square test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis test, one way Variance analyze (ANOVA), Tukey LSD, and Pearson Correlation test, Spearman Correlation Test, median, standard deviation, minimum, maximum values, numbers and percentiles were used to evaluate data. $P<0.05$ was used for statistically significance.

In the study, the mean age of the pregnant women was 24.42 ± 4.33 in control group, 23.88 ± 4.05 in experiment group ($p>0.05$). Most of the pregnant women in the study had education level lower than high school and did not work for money, had a marriage period longer than 3 years and lived in urban cities ($p>0.05$). When compared with the control group, gestational responses were better in hydrotherapy experiment group, pain score decreased during pain, active phase and second phase of birth shortened ($p<0.05$). In addition the frequency, severity and duration of contractions, fetal heart rate, maternal diastolic and systolic blood pressures and pulse rates decreased. Besides, apgar scores of neonates were higher, mothers have positive emotions and parenthood attitudes were more positive in the experiment group during the postnatal period ($p<0.05$).

In conclusion, we recommend hydrotherapy as a common intervention in maternity ward and the nurses should gain experience and active positions in this field.

Keywords: Maternal satisfaction, postnatal parenthood attitudes, nursing hydrotherapy



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ASA	: Amerikan Anesteziyoloji Derneği
ACOG	: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
NST	: Non Stress Test
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırmaları
INC	: The New Zeland College of Midwife
ACM	: Australian College of Midwives
ACNM	: The American College of Nurse-Midwives
AABC	: American Association of Birth Center
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
ZTBEAH	: Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GTF	: Gebe Tanılama Formu
GİF	: Gebe İzlem Formu
PİF	: Postnatal izlem Formu
DSEDÖ	: Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği
DDÖ	: Doğum Duygulanım Ölçeği
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
VAS	: Visual Analog Skala

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.7.2.1.	Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)- Visual Analog Skala- VAS.....	29
Şekil 3.8.1.	Çalışmanın Akış Şeması	33
Şekil 4.2.2.1.	Gebelerin doğum eyleminde farklı servikal açıklıkta VAS skorlarının çalışma gruplarına göre dağılımı grafiği.	45



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.3.2.2.1.	Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan non-farmakolojik yöntemler	14
Tablo 2.4.1.	Hidroterapinin kullanılması ile ilgili görüşler ve görüş veren kurumlar	16
Tablo 4.1.1.	Gebelerin Bazı Sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı	35
Tablo 4.1.2.	Gebelere Ait Bazı Obstetrik Özelliklerin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı	37
Tablo 4.1.3.	Gebelik döneminde yaşanan sağlık sorunları ve ilaç kullanım durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımı	39
Tablo 4.1.4.	Gebelerin doğuma ilişkin endişe yaşama durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımı	40
Tablo 4.1.5.	Gebelerin suda doğum ve hidroterapiyi bilme durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımı	41
Tablo 4.2.1.	Doğum sürecinde farklı servikal açıklıklarda gebelerin verdikleri tepkilerin çalışma gruplarına göre dağılımı	43
Tablo 4.2.2.	Farklı servikal açıklıktaki VAS skor ortalamalarının çalışma gruplarına göre dağılımı	45
Tablo 4.2.3.	Doğum sürecinde farklı servikal açıklıklardaki bazı parametrelerin çalışma grupları göre dağılımı.....	47
Tablo 4.2.4.	Doğumun farklı evrelerinde geçen sürenin çalışma gruplara göre dağılımı.....	50
Tablo 4.3.1.	Doğum duygulanım ölçeği puan ortalamasının çalışma gruplarına göre dağılımı	51
Tablo. 4.3.2.	Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalamasının çalışma gruplarına göre dağılımı	52
Tablo. 4.3.3	Doğum duygulanım ölçeği ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalamalarının çalışma gruplarına göre ilişkisi.....	53
Tablo 4.3.4.	Doğum sonu dönemde gebelerin sağlık sorunu yaşama durumlarının gruplara göre dağılımı.....	54

Tablo. 4.3.5.	Doğum sonu dönemde yeni doğana ilişkin özelliklerin çalışma gruplarına göre dağılımı	55
----------------------	---	----



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, doğum ve ebeveyn olma, kadın yaşamındaki önemli dönemlerden biridir. İlk kez anne ve baba olacak çiftlerde, anne ve yeni doğan bebeğin sağlığının tehlikeye girme ihtimali ve annenin doğumda ağrı hissetme korkusu bu döneme ilişkin korku ve endişeleri yükseltmektedir. Doğuma ilişkin bu endişelere bağlı olarak sezaryen doğum tercihi artmaktadır (1-3). Günümüzde sezaryen ile doğum oranında artış olduğu görülmektedir (4). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkelerinden Finlandiya'da sezaryen ile doğum oranı %15.8, İsveç'te %16.4 iken, bu oran Fransa'da %20.8, Danimarka'da %22.2, İngiltere'de %32.5'tir (4). OECD ülkeleri arasında sezaryen uygulama sıklığı açısından birinci sırada Türkiye (%54.4), ikinci sırada Meksika (%45.2), üçüncü sırada Şili (%44.7) yer almaktadır. (4). Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 2003 yılında %21 olan sezaryen oranı, 2008 yılında %37 ve 2013 yılında %48 olarak artış göstermiştir (5). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2014 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda dünyada sezaryen oranı %17 iken, Avrupa bölgesinde %25, üst gelir grubu ülkelerde %28, orta üst gelir grubu ülkelerde %32 ve Türkiye'de ise %51'dir (6). Ülkemizdeki sezaryen oranı Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tıbbi sebeplerle kabul edilebilir sezaryen sınırıyla (%15-18) karşılaştırıldığında oldukça yüksektir (7).

Yapılan çalışmalar; kadınların normal doğumda fizyolojik olan doğum ağrısı ile ilgili yaşadıkları endişe ve korku nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettiklerini göstermektedir (8,9). Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) doğum ağrısını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmiş, doğumdaki ağrıyı azaltmayı anne ve bebek için son derece önemli olduğu vurgulamaktadır (10). Günümüzde doğum ağrısının azaltılmasında ve anneyi rahatlatmada farmakolojik tedavi yöntemlerinin yanı sıra nonfarmakolojik tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (11-14). Nonfarmakolojik tedavi yöntemleri içerisinde yer alan hidroterapi, kasların gevşemesini sağlayarak tıpta çeşitli alanlarda ve hastalıklarda kullanılmaktadır (15,16). Hidroterapi diğer adı ile banyo, jet hidroterapi ve suya daldırma olarak adlandırılmaktadır (17).

Yapılan alışmalar, doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin doğum sürecine önemli katkılar yaptığını göstermektedir (14,18-28). Hidroterapi, vazopresin düzeyini düşürerek uterin perfüzyonu artırmakta, daha az ağrılı kontraksiyona neden olmakta (18,23,24) ve doğum süresini azaltmaktadır (22).

Bunun yanı sıra yapılan uluslararası çalışmalar, hidroterapinin annenin kanındaki beta endorfin düzeyini artırarak annenin anksiyetesini azalttığını, doğuma uyumu kolaylaştırdığını, doğum memnuniyetini artırdığını göstermektedir (18, 20,23). Ayrıca hidroterapinin maternal, fetal ya da yenidoğana yönelik bilinen herhangi bir yan etkisinin olmadığı (25,29-31) belirtilmektedir. Maliyetinin de düşük olması nedeniyle doğum sürecinde kullanılması önerilmektedir (20,32).

Uluslararası literatür incelendiğinde doğum sürecinde hidroterapi kullanımına ilişkin bir çok çalışma bulunmaktadır (14,18-23,25-32). Ancak ulusal literatürde doğumda hidroterapinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, sadece suda doğumun, travay, doğum ve yeni doğan üzerine etkileri ve epidural analjezi ile normal doğum ve konvansiyonel vajinal doğum ile karşılaştırılması konulu bir çalışmaya rastlanmıştır (33). Bu kapsamda bu çalışma doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine etkisi değerlendirilmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının doğum ünitesinde verilen hemşirelik hizmetleri için rehber olması ve literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmanın Soruları

1. Hidroterapinin doğum sürecinde gebenin endişelerini azaltmada etkisi var mıdır?
2. Hidroterapinin doğum ağrısını azaltmada etkisi var mıdır?
3. Hidroterapinin doğum ve doğum sonu dönemde gebe/annenin ve fetüs/yenidoğanın sağlığı üzerine etkisi var mıdır?
4. Hidroterapinin anneye olumlu doğum duygusu kazandırılmasında etkisi var mıdır?
5. Hidroterapinin olumlu ebeveynlik davranışı geliştirilmesinde etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada ve Ülkemizde Doğum Oranları

Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre toplam doğurganlık hızı 2.26'dır. Eğitime göre toplam doğurganlık hızı incelendiğinde eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemişlerde 3.76, ilkokul mezunlarında 2.75, ortaokul mezunlarında 2.45, lise ve üzerinde 1.46 olarak belirlenmiştir. Bu doğurganlık hızı kentsel bölgede 2.16, kırsal bölgede 2.73 olarak tespit edilmiştir. TNSA 1978 yılı ile TNSA 2013 yılı arası yıllardaki veriler karşılaştırıldığında toplam doğurganlık hızında düşme olduğu izlenmiştir. Tüm bunların yanı sıra TNSA 1993 ile TNSA 2013 yılları arasındaki verilere göre evlenme yaşı ve ilk çocuk sahip olma yaşının da arttığı tespit edilmiştir (6).

Dünya Bankası tarafından 2011-2015 yıllarını kapsayan bir çalışmada kadın başına düşen doğum sayısı; İspanya ve Yunanistan'da 1.3, Almanya, Romanya, İtalya, Japonya ve Avusturya'da 1.4, Bulgaristan, Ukrayna, Ermenistan'da 1.5, Çin, Küba, Kanada'da 1.6, Finlandiya ve Norveç'te 1.8, İngiltere ve Avustralya'da 1.9, Fransa'da 2.0, İsrail'de 3.1, Mısır'da 3.3, Irak'ta 4.6, Afganistan'da 4.8, Somali'de 6.5 ve Nijer 7.6 ile kadın başına düşen doğum sayısında en yüksek sırada yer almaktadır. Bu çalışmada Türkiye'de ise kadın başına düşen doğum sayısı 2.1'dir (34).

2.2. Doğum Süreci

Kadınının ve ailesinin yaşamında mutlu ve anlamlı çok özel bir deneyim olan ve üreme sürecinin en heyecanlı bir bölümü olan doğum aynı zamanda kadın için fiziksel ağrı ve zorluk içeren bir deneyimdir (35).

Doğumun tarihçesine bakıldığında asırlardır insanların doğum olayını dikkatle takip ederek deneme yanılma ve deneme öğrenme yöntemi ile edinilen bilgileri gelecek kuşaklara aktardığı tespit edilmiştir. Milattan önce (M.Ö.) 5000'li yıllardan kalma resimlerde çömelmiş pozisyonda ıkanıan gebeler ve arkalarında bu gebelere destek olan kadınlar görülmektedir. Kavimler zamanında ise doğumdaki uygulamaları hiçbir bilimsel yönü olmayan, batıl inanışlar, sihirler, muskalar yönlendiriyor ve ebelik hizmeti verenler doğum mekanizmasını bilmeden hizmet veriyorlardı (17).

Normal doğum; uterus içinde ortalama 40 haftalık sürede büyüme ve gelişmesini tamamlayan fetüsün, uterin kontraksiyonlar ve diğer güçler sayesinde doğum kanalından geçerek dışarı atılması ile başlayan yenidoğan ve plasenta çıktıktan iki saat sonra son bulan bir süreçtir (17). Bir başka deyişle uterusun daha fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği zaman, son menstrual periyottan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dışarı atıldığı süreçtir (36). DSÖ tanımına göre ise normal doğum; 37-42 haftalar arasında olan fetüsün, spontan başlayan eylemle vertex pozisyonunda olduğu ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin iyilik durumlarının iyi olması olarak tanımlanmaktadır (37). Gebe kadınlar gebelikteki yaşadıkları çeşitli fizyolojik ve duygusal değişikliklerle, fetüs ise ekstrauterin yaşam için büyüyerek gebelik sonuna kadar her ikisi de doğum eylemine hazırlanmaktadır. Yeni doğan için ekstrauterin yaşam gebeliğin sona ermesi ve doğumun bitmesi ile başlamaktadır (17). Doğum eyleminin normal sonuçlanması için eylem sonunda sağlıklı bir yenidoğan bebeğin anneye en az zararı vererek kontrolü bir şekilde vajinal yoldan sonuçlanması gerekmektedir. Pek çok fetüs için tercih edilen doğum şekli vajinal yol olsa da maternal ve fetal komplikasyonlar operatif vajinal doğum ya da sezaryen doğum tercihinin sebep olmaktadır (38). Doğum eyleminin başlamasıyla anne ve fetüsten gelen bir takım endokrin ve parakrin sinyaller eşliğinde uterus ve servikte bir takım değişiklikler meydana gelmektedir. Fakat günümüzde bu durumların ve hormonların katkı dereceleri tam olarak henüz bilinmemektedir (38).

Günümüzde kullandığımız normal doğum evreleri hakkında fikirler Friedman'a aittir. Bazı araştırmacılar bu fikirlere karşı çıkmışlardır. Temel farklılık olarak latent ve deselerasyon fazının olmaması, doğumun son evresinin süresinin kısalığı, 4 cm den sonra multiparlarda ve nullipalarda doğumda servikal açılma hızının benzer olduğunu iddia etmektedirler (38). Genel olarak doğum eylemi birinci evre, ikinci evre, üçüncü evre ve dördüncü evre olmak üzere dört evreye ayrılmıştır (17,36,38).

2.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi

Doğum eyleminin birinci evresi heyecan ve tedirginlik duygularının yaşandığı gerçek uterin kontraksiyonlarının başlamasından servikste efesman ve dilatasyonun tamamlanmasına kadar geçen ve doğum eyleminin en uzun evresidir (17,36). Nulliplarlarda ortalama 8-12 saat, multiparlarda 6-8 saat sürmektedir (38).

Bu evrede Amerikan Pediatri Akademisi ve ACOG önerisine göre kontraksiyondan sonra fetal kap atım hızı en az 30 dakikada bir, sürekli elektronik fetal monitorizasyon varsa en az 30 dakikada bir traseler değerlendirilmelidir. Riskli gebeliklerde ise 15 dakikada da bir kontrol edilmelidir. Sürekli elektronik fetal monitorizasyon varsa traseler 15 dakikada bir değerlendirmelidir (38).

ACOG'a göre doğum eyleminin birinci evresi kendi içinde Doğumun Erken Fazı (Latent Faz) ve Aktif Faz olarak ikiye ayrılmaktadır (39).

2.2.1.1. Erken Doğum Fazı (Latent Faz)

Doğum eyleminin başlaması ile serviksin yukarı doğru eğim kazanması ve bu esnada az miktarda dilate olması arasında geçen süredir (36). ACOG'un yayımına göre servikal açıklığın multiparlarda 5 cm, nulliparda 6 cm' e kadar olması latent faz olarak kabul edilmektedir (39). Bir başka kaynağa göre ise servikal açıklığın 3-5 cm'e ulaşması olarak kabul edilmektedir (38).

Çok sayıda ve daha önce hiç doğum yapmamış kadınların bu evrede doğum için hastaneye başvurduğu bilinmektedir. Latent fazda, uterin kontraksiyonlar hafif ve düzensiz bir şekilde başlar ve bu fazın sonuna doğru şiddeti ve sıklığı artarken, düzenli aralıklarla ortaya çıkmaktadır. Nulliplarlarda 8 saat, multiparlarda 6 saat sürmektedir. Her ne kadar latent fazın ne zaman başladığının tespiti zor olsa da nulliparda 20 saati ve multiparda 14 saati geçerse uzamış latent faz olarak kabul edilir. Latent fazı uzatan nedenler arasında; aşırı sedasyon, epidural analjezi, kalın dilatasyon ve efasmanını tamamlamamış serviks nedenler arasındadır (38).

Latent fazda uterus kontraksiyonlarının şiddet, süre ve sıklıkları artmaktadır. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelip, 15-20 saniye sürmektedir. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5-7 dakikaya, süreleri de 30-40 saniyeye

çıkılmaktadır. Latent fazda kontraksiyonların şiddeti hafiftir. Latent fazda yapılan vajinal muayende gelen prezante olan kısmın ilerleyişi de değerlendirilmelidir. Anne ağrı ile baş edebilir, konuşmaya meyillidir, gülümser ve heyecanlı olabilir (36).

2.2.1.2. Aktif Faz

Gebeliğin son birkaç saati serviksin açılması ve fetüsün doğum kanalı boyunca ilerlemesini sağlayan ağrılı, güçlü kontraksiyonlarla karakterizedir. Servikal açıklık 5 cm olduğunda başlamakta 10 cm'ye ulaştığında bitmektedir (38). Aktif fazda yapılan vajinal muayenede efasman nulliplarlarda %80–100, multiparlarda ise %30–80'dir. Multipar gebeler çoğu zaman aktif fazda hastaneye başvurular. Kontraksiyonlar 2-5 dakikada ve uzun süreli ortaya çıkmaktadır ve orta şiddettedir (36). Bu kontraksiyonlar 30-90 saniye sürüp ortalama bir dakikadır (36). Friedman 1955 de yaptığı tanımlamada nulliplarlarda aktif fazın ortalama süresi 4.9 saattir. Fakat yapılan çalışmada 3.4 gibi bir standart sapmaya ulaşılmıştır. Bu nedenle istatistiksel olarak aktif fazın süresi en fazla 11.4 saat olarak bildirilmiştir (38).

Servikal açılma hızı saatte en az 1.2 cm olarak bilinmektedir. Multiparlarda ise aktif fazın daha hızlı olduğu saatte en az saatte 1.5 cm servikal açılmanın olduğu bilinmektedir. Tüm bunların yanında doğum eylemi sırasında aktif faz anomalileri bu fazda görülmektedir. Aktif faz anomalisi ilerleme (protraksiyon) ve durma (arrest) anomalileri olarak kabul edilmektedir. Protraksiyonda servikal açıklık ve fetal başın iniş hızı yavaşlamaktadır. Nulliplarlarda saatte 1.2 cm den az açılmanın olması ve 1 cm den daha az iniş anlamına gelmektedir. Multiparlarda ise saatte 1.5 cm den az açılmanın olması saatte 2 cm den daha az iniş anlamına gelmektedir. Tam durma ise açılma ve inişin tam durması olarak, açılmanın durması ise 2 saat boyunca servikal değişikliğin olmaması, inişin durması ise 1 saat boyunca inişin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda doğumun birinci evresinin uzamış olması ikinci evre süreci hakkında fikir verici olabilir (38).

2.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi

Tam servikal açıklıktan, bebeğin doğurtulmasına kadar geçen süredir Nulliplarlarda 30 dakika - 2 saat, multiparlarda 5 - 30 dakika sürmektedir (36). İkinci evrenin uzamasına neden olan faktörler ise gelen kısmın inişine bağlı olarak değişen

ıkmama isteği, annenin dar bir pelvis yapısına sahip olması, iri fetüsün olması ve analjeziden dolayı annenin ıkmamamasıdır (38).

Multiparalarda vajina ve perine dokusu gevşemiş olacağından servikal açıklık tamamlandıktan sonra ıkmamanın itici kuvveti yeterli olabilir. Kontraksiyonlar 1.5-2 dakika sıklıkla ve 60-90 saniye sürmektedir (36). Bu evrede Amerikan Pediatri Akademisi ve ACOG önerisine göre kontraksiyondan sonra fetal kap atım hızı en az 15 dakikada bir, sürekli elektronik fetal monitorizasyon varsa en az 15 dakikada bir traseler değerlendirilmelidir. Riskli gebeliklerde ise 5 dakika da bir kontrol edilmelidir. Sürekli elektronik fetal monitorizasyon varsa traseler 5 dakika da bir değerlendirilmelidir (38).

2.2.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi

Doğumun üçüncü evresi bebek doğduktan sonra başlamakta, plasantanın ve plasanta eklerinin (umbilikal kord ve fetal membranların) çıkışı arasında geçen süredir (17,36). Fetüsün doğumundan ortalama 5-7 dakika sonra plasantanın doğması gerekmektedir. Bu sürenin 30 dakikadan fazla sürmesi normal olarak değerlendirilmemektedir. Uterus içinde kalan plasanta ve eklerinin doğum sonu erken dönemde kanamayı artırma riski olabileceğinden, plasanta doğumundan sonra kotiledonların ve plasanta loplarının bütünlüğü değerlendirilmeli ve gerekli müdahaleler yapılmalıdır (17). Plasanta doğduktan sonra ve plasantanın gerekli kontrolleri yapıldıktan sonra aynı zamanda annenin dış üreme organları değerlendirilmelidir (17,36,38).

2.2.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi

Anne ve bebeğın ilişkilerinin başladığı plasantanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saatlik süreyi içermektedir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşmektedir (17,36). Bu nedenle bu dönem erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılmaktadır. Doğum eyleminin dördüncü evresi ebe ve hemşire tarafından kontraksiyonların artmasını sağlayan ve bu sayede doğum sonu kanmayı önleyen emzirme için önemli bir zaman dilimidir. Bu dönemde anne mutlaka doğum sonu dönemde postpartum kanama yönünden dikkatle gözlemlenmelidir (17).

2.3. Doğum Ağrısı ve Nörofizyolojisi

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği'nin tanımına göre ağrı; doku, potansiyel doku hasarı ile birlikte olan ya da böyle bir hasar sürecinde tanımlanan duyuşsal ve emosyonel deneyim olarak tanımlanmıştır. Ağrının fizyolojik ve psikolojik olmak üzere iki ögesi vardır. Ağrının fizyolojik ögesinde ağrı duyuşsal sınırlar tarafından hissedilip beyine aktarılır iken, psikolojik ögesinde acı hissini fark etme, ağrı olarak yorumlama ve bu yoruma cevap verme olarak görev yapmaktadır (17).

Doğum ağrısının mekanizması hakkında ilk bilgiler 1933 yılında Cleland tarafından ortaya konmuştur. Bonica ise bu konudaki bilgileri düzenlemiştir (17). Doğumun ağrıları doğumun birinci evresinin başlangıcında 10 dakikada bir gelirken, ikinci evrede yaklaşık bir dakikada bir ya da daha kısa süre ile gelmektedir. Burada önemli olan bir kısım ise doğum ağrıları arasında dinlenme süresinin olmasıdır. Dinlenme süresi olmadan sürekli olan kontraksiyonlar uterus ve plasenta arasındaki kan akımını bozarak, fetal hipoksemiye neden olmaktadır. Uterusun kontraksiyonları genellikle elektronik fetal monitorizasyon ile değerlendirilmektedir. Ancak el ile de hem niceliksel hem de niteliksel değerlendirme yapılabilmektedir (17,36,38). Ağrının algılanmasının kültürel olduğunun düşünülmesine rağmen eylemde ağrının oluşmasına yol açan fizyolojik faktörler de vardır. Eylemin birinci devresinde ağrı görülen ağrının; serviksin dilatasyonu ve efesmanı, kontraksiyon sırasında uterusu oluşturan hipoksi ve iskemi, uterusun alt segmentinin gerilmesine ve komşu organlara bası yapmasına bağlı olarak gelişmektedir. Uterustan kaynaklanan ağrılar ise 10.,11.,12., torasik sınırdan kaynaklanmaktadır. Bu ağrı karın duvarının alt bölgesinde, lomber bölgenin ve sakrumun üzerinde hissedilmektedir (36).

Eylemin ikinci devresinde hissedilen ağrı ise uterus kaslarının hipoksisi, vajen ve perinenin genişlemesi, fetüsün perineye ve çevre dokulara olan baskısı sonucu oluşmaktadır. Eylemin üçüncü devresinde ise ağrı; uterus kontraksiyonlarına ve plasentanın atılmasına bağlı olarak oluşmaktadır (36).

Uterus düz kaslarından kaynaklanan doğum ağrısı fizyolojik kas kontraksiyonlarına benzemektedir. Ancak doğum ağrısının nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bu durum ile ilgili bazı teoriler vardır; kasılan myometriyumun hipoksisi ve buna bağlı olarak serviks ve alt uterusdaki sinir ganglionları üzerine olan

baskı, serviksin açılması sırasında gerilmesi, fundus üzerindeki peritonun gerilmesi olası fizyolojik nedenler arasında düşünülmektedir (38).

Doğum ağrısına annenin bedeni fizyolojik ve psikolojik olarak cevap vermektedir. Annenin tolere edemeyeceği düzeyde aşırı derecede olan ağrı; korku ve anksiyetenin artmasına neden olmaktadır. Korku ve anksiyetenin artması ile annenin sempatik sinir sistemi uyarılmaktadır. Sempatik sinir sisteminin uyarılması ile katekolamin salınmasını sağlar. Katekolaminler alfa ve beta reseptörlerini uyararak kan damarları ve uterus kasları üzerinde etkili olmaktadır. Epinefrin alfa ve beta reseptörlerini uyarırken, nör epinefrin primer olarak alfa reseptörlerini uyarır. Alfa reseptörlerinin uyarılması ile uterus kas tonüsü artarken damarlarında daralmasına sebep olmaktadır. Bu durum uterusu giden kan akışını azaltıp, anne adayının kan basıncını artıracaktır. Beta reseptörlerinin uyarılması ise uterus kaslarını gevşetirerek vazodilatasyona neden olmaktadır. Ancak doğum sırasında kadının damarlarında zaten vazodilatasyon olduğu için ekstra olan vazodilatasyon kadının kanını genişlemiş olan bu damarlarda toplanmasına neden olmaktadır. Toplanan kan ise plasantanın perfüzyonu için gerekli olan kan miktarında azalmaya neden olmaktadır. Aşırı miktarda katekolamin salınması fetüse giden oksijen kaynağının azalmasına ve uterus kaslarındaki verimin düşmesine bağlı olarak doğum sürecinin yavaşlamasına neden olmaktadır (17).

Ağrı ve anksiyete ise doğumda zaten yükselen annenin metabolik hızını daha da yükseltmektedir. Anne ihtiyacı olan oksijeni daha hızlı nefes alıp vererek karşılamaya çalışmaktadır ve aşırı miktarda karbondioksit çıkışı olmaktadır. Bu durum devam edecek olursa değişim fetüs üzerinde de görülmeye başlamaktadır. Fetüsün alabileceği oksijen miktarı azalacak ve anneye yükleyeceği karbondioksit miktarı da azalmaktadır. Fetüs sonuç olarak aneorobik metabolizmaya geçiş yapacaktır. Tip bir tarzı olan bu metabolik asidoz da doğum sonrası dönemde dahi düzeltilemez kısa süreli hipoksiye neden olabilmektedir (17).

2.3.1. Ağrı Teorileri

Ağrının gerçek mekanizması bilinmemektedir. Yapılan çeşitli araştırmalar bu konuya bazı teorileri getirerek katkıda bulunmaktadır. Bu teoriler kapı kontrol teorisi, endorfin teorisi ve interaktif ağrı modelidir.

Kapı Kontrol Teorisi: Wall ve Melzack tarafından 1965 yılında ortaya atılmıştır ve 1980'lerde bu teori yeniden düzenlenmiştir. Bugün geçerliliği devam etmektedir. Bu teoriye göre; ağrıyı spinal kord kontrol etmektedir. Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır. Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol etmektedir; eğer kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşmakta, kapı kapalı ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşmamaktadır ve ağrı hissedilmemektedir (17,36,40).

Kapı kontrol teorisinde ağrının giderilmesine sağlayan üç tane fizyolojik mekanizma ile bu durumun üstesinden geldiği bilinmektedir. Kapı kontrol teorisine göre ağrı uyarıları küçük çaplı lifler tarafından taşınmaktadır. Büyük çaplı lifler ise küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara kapıyı kapatmaktadırlar. Deriye uygulanan masaj, sıcak ve soğuk uygulama, transkütan elektrik stimülasyonu ve akupunktur gibi uygulamalar büyük çaplı liflerin aktif olmasını sağlamakta, böylece ağrının iletimini engellemektedir. Kapı kontrol mekanizmasının ikinci etki yolu; beyin sapındaki retiküler yapının duyuşal girdileri düzenlemesi ile ilişkilidir. Eğer kişi yeterli ya da aşırı miktarda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe etmekte ve kapıyı kapatmaktadır. Hastanın duyuşal uyarıların az ise ağrı uyarıları inhibe olmamakta, kapı açık kalmakta ve ağrı uyarıları geçişi artmakta ve ağrı daha yoğun hissedilmektedir. Bu yöntem ile düşünme, dikkati başka yöne çekme kullanılarak bireyin ağrısı giderilmeye çalışılmaktadır. Kapı kontrol mekanizmasını etkisini açıklayabilecek son kısım ise ağrılı bireye ağrısının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgilerin verilerek bireyde kendi ağrısının kontrol duygusu sağlama hissini teslim edilmesidir (17,36,40).

Endorfin Teorisi: Endorfin vücudun kendisi tarafından sentezlenen özellik olarak narkotiklere benzeyen bir maddedir. Endorfinin bu özellikleri 1970 li yıllarda keşfedilmiştir. "endorfin" terimi "endojen" ve "morfin" kelimelerinin bir araya getirilmesi ile olup içinde morfin olan anlamını taşımaktadır. Endorfinlerin temel görevi beyin ve spinal kord bölgesinde bulunan narkotik reseptörlere tutunarak ağrı uyarıların geçişini engellemek ve ağrılı uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek bu sayede ağrıyı azaltmak olduğu tespit edilmiştir. Endorfinlerin vücudun kendisinin salgıladığı doğal maddeler olması nedeniyle, opioidlere göre daha fazla tercih edilmeye çalışılmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğumda endorfinin bu etkisini

sağlamak için vücuttan salınmasını sağlayan metodlar arasında masaj, akupresür, fiziksel egzersiz, transkutanöz elektriksel stimülasyon (tens) bulunmakla birlikte bu uygulamalarını deri stimülasyonları endorfin yapımını uyararak ağrı kontrolüne yardımcı olduğu gösterilmektedir (11-13,41-42).

İnteraktif Ağrı Modeli: Günümüzde bilinen ağrı teorileri ağrının çok boyutlu olma özelliğini değerlendirmekte ancak ağrıyı rahatlatma ya da gidermede etkin olan karmaşık yapıyı açıklamada yeteriz kalmaktadır. Ağrısı olan ve buna tepki gösteren bireyin içinde olduğu aile ve kültür sistemi vardır. Bireyin sahip olduğu bu sistem bireyin sahip olduğu ağrısını yorumlamasına, ifade ediliş biçimine ve ağrının giderilmesi için yapacağı uygulamalara yön vermektedir. Aynı zamanda bakım verenlerin de davranışlarını düzenleyip önemli ölçüde ağrının giderilmesini sağlamaktadır (17,36).

2.3.2. Doğum Ağrısının Kontrolü

Geçmişte doğumu kolaylaştırıldığına inanılan bazı yöntemler doğum sürecinde kullanılmıştır. Yünden ya da ölümsüzlük sembolü olan timsah derisinden yapılan doğum kuşakları; karnın sarkmasını ve çocuğun aşırı derecede gelişmesini önlemek ve buna bağlı olarak doğumu kolaylaştırdığına inanılırdı. Meme başı sitümülasyonu ile oksitosin salgılanması, elle amniyon zarı kollum arka yüzünden aşılarak doğum eylemi başlatılırdı. Anadolu'da ise gebeye süt içirilir veya yumurta tozu kabuğu yedirilerek kalsiyum iyonu aracılığıyla uterus kontraksiyonları artırılırdı. Japonya'da ise büyük deniz kabuğunun elle sıkılmasının ağrıyı hafiflettiğine, doğumu kolaylaştırdığına inanılmaktaydı (17).

Yaşamın her alanında karşılaştığımız ağrının doğum sürecinde önemi büyüktür. Doğum ağrısı bugün bilinen en güçlü ağrıdır. Doğum ağrısı bir kadının hayat boyunca belkide karşılaşılabileceği en büyük ağrılardan biridir. Bu durum her kadın tarafından bireysel özelliklerin farklı oluşu nedeniyle şiddet olarak da farklı algılanabilir. Hiç doğum yapmamış kadınların doğumda karşılaştıkları kontraksiyon ağrısı en şiddetli ağrı olmaktadır. Gebe kadınların çoğu doğum eyleminde karşılaştıkları ağrıdan korkmakta ve bu ağrı ile nasıl baş edeceklerini düşünmektedirler (17). ACOG ve ASA doğum ağrısının tedavi edilmesi ya da rahatlatılması gereken bir durum olduğunu belirtmektedirler (10).

Pek çok çalışma doğum ağrısının en önemli kaynağının doğum süreci boyunca yeterli konforun sağlanamaması nedeniyle hissedilen ağrı düzeyinin arttığını göstermektedir. Doğumda hissedilen ağrı ve kontrolün kaybedilmesi sıklıkla karşılaşılan ve annenin doğum memnuniyetini etkileyen durumlardandır (12,13,35,41,42).

Annenin kontrol edemediği doğum ağrısı, annenin korkusunu, anksiyetesini, mutsuzluğunu artırmakta ve doğum eylemine sürecine ilişkin kontrolünün kaybolmasına neden olmaktadır (17,35). Ancak tüm bunların yanında doğum sırasında ağrının varlığı önemlidir. Ağrı ile baş edebilmek doğum sonunda kadına başarabilmişlik ve zafer kazanmış duygusu hissettirmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşireler doğum ağrısı ile baş etmede ağrının azaltılması ve ağrının bütünüyle kontrolü arasında net bir ayırım yapmalı, ağrıyı tamamen kaldırmak yerine onun kontrolünü kadına bırakmalıdırlar (17). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu nedenlerle uygulanan farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin etkileri ebe ve hemşireler tarafından iyi bilinmeli seçiminde annenin de tercihleri dikkate alınmalıdır (17).

2.3.2.1. Farmakolojik Yöntemler

Günümüzde ağrının dindirilmesinde ya da tedavi edilmesinde çoğunlukla farmakolojik yöntemler çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle daha fazla kullanılmaktadır (43). Doğum analjezinde bugün kullanılan pek çok yöntem vardır. Doğum ağrısını dindirmek için kullanılan ilaçlar plasentayı geçerek, beyin metabolizmasını deprese ederek bebeğin oksijene olan ihtiyacını azaltmaktadır (17).

Doğum analjezisinde kullanılan farmakolojik yöntemler; narkotikler, sedatifler, trankilizanlar, opioidler ve amnetiklerle sistemik tedavi, bölgesel analjezi (pudental blok, spinal anestezi, epidural analjezi ve kaudal blok, kombine spinal-epidural blok, paravertebral blok, lomber sempatik blok, pudental sinir bloğu, perineal infiltrasyon), ileti anestezisi ve genel anesteziden oluşmaktadır. Bunun yanında doğum sırasında verilen farmakolojik ajanlar fetüsün kalp atım hızında istenmeyen değişikliklere, ıkınma hissinin kaybolmasına ve doğumun ikinci evresinin uzamasına neden olabilmektedir (17).

2.3.2.2. Non-Farmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının dindirilmesinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler ağrının ilaç kullanılmadan kontrol edilmesini sağlayan yöntemlerdir ve bu sayede ağrı en az algılanmaktadır. Non-farmakolojik yöntemlerle ağrı tedavisinin temelinde kapı kontrol teorisi, endojen teorisi ve endorfin teorileri yer almaktadır. Non-farmakolojik yöntemler doğum ağrısında analjeziklerin kullanımının azaltılması, hastanın ağrısının giderilmesi/azaltılması gibi amaçlarla kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin birey tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması, herhangi bir yan etkisinin olmaması, anneye ve fetüse zararsız olması, doğum eylemini yavaşlatmaması ve alerji riskinin olmaması gibi avantajları vardır. Ayrıca iki farklı non-farmakolojik yöntem de birlikte kullanılabilir. Annenin eyleme aktif olarak katılmasını sağlayarak kontrol duygusunun kendisinde olduğunu hissettirmektedir (12,13,17,20,41).

Non-farmakolojik yöntemlerin de bazı sınırlılıkları vardır. Bireyde ağrının algılanışı ve ifade edilmesinde farklılıkların olması, iyi bir hazırlığa gereksinim duyulması, doğum eyleminin uzun ve yorucu geçmesi, kadının analjezi ve anesteziye olan ihtiyacını artırmaktadır. Bu sebeplerle non-farmakolojik yöntemler, ağrı kontrolünde her zaman beklenen derecede ağrıya etki etmeyebilirler (17,44). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler; deriye uygulanan ağrı tedavi yöntemleri, işitsel ve görsel yöntemler olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Deriye uygulanan ağrı tedavi yöntemleri; efloraj, sakral basınç, yüzeysel sıcak ve soğuk uygulamalar, hidroterapi, dokunma, masaj, tens, steril su enjeksiyonu, bitkisel tedaviler, aroma terapi, homeopati, akupunktur, akupresür ve refleksoloji olarak yer almaktadır. İşitsel ve görsel tekniklerde ise odaklanma, dikkat dağıtma, doğuma hazırlık metotları, yer almaktadır (17).

Tablo 2.3.2.2.1. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan non-farmakolojik yöntemler (17).

Psikolojik yöntemler	İşitsel ve görsel teknikler
<ul style="list-style-type: none">➤ Efloraj ve sakral basınç➤ Yüzeysel sıcak ve soğuk uygulamalar➤ Hidroterapi➤ Dokunma, masaj➤ Tens➤ Steril su enjeksiyonu➤ Bitkisel tedaviler, aroma terapi, homeopati➤ Akupunktur, akupresür ve refleksoloji	<ul style="list-style-type: none">➤ Odaklanma➤ Dikkat dağıtma➤ Doğuma hazırlık metotları

2.4. Hidroterapi ve Hidroterapi'nin Tarihsel Gelişimi

Su yüzyıllardır sağlığın geliştirilmesinde ağrının giderilmesi pek çok hastalığın tedavisinde insanlar tarafından kullanılmaktadır (45). Hidroterapi eskiden 'hidropaty' olarak tanımlanırdı. Hidroterapi kelimesi Latince'den türetilmiş olup açılım olarak "su tedavisi" anlamına gelmektedir (14). Başka bir tanıma göre ise hidroterapi suyun dışardan ya da içerden tedavi edici olarak kullanılması olarak tanımlanmaktadır (46).

Hidroterapiden ilk kez bahsedilmesi M.Ö. 5 yüzyılda Yunan hekim Hipokrat tarafından hastalıkların iyileştirilmesi için doğal kaynak suyunun kullanılmasını önermesi ile başlamaktadır (14). Eski Romalılar, Yunanlılar, Mısırlılar, Çinliler ve Japonlar gibi uygarlıklar tarafından banyonun kullanıldığı belgelenmektedir ve uygarlıkların ataları suyun iyileştirici etkileri olduğunu savunmuştur (45).

Hidroterapinin tarih boyunca kullanım yaygınlığına bakıldığında Rönesans öncesinde popülerliğini çıplaklığın ayıp ve ahlaksızlık olarak düşünüldüğü gerekçesi ile kaybetmiştir. Rönesans döneminden sonra tekrar cilt problemleri ve kadın infertilite tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (14). Modern hidroterapinin tarihi Vincent Priessnitz'in başarılı hidroterapi uygulamasının sonuçlarını tanıttıktan sonra 19. yüzyıla dayanmaktadır (14). Vincent Priessnitz hidroterapinin babası olarak

nitelendirilmektedir. Vincent Priessnitz'den sonra onu Sebastian Kneipp takip etmiştir ve suyun iyileştirici etkisi konulu kitap yazmıştır (47).

Tarihten günümüze kadar hidroterapi medikal alanlarda çeşitli formlarda hastalıkların tedavisi ya da iyileştirilmesinde kullanılmaktadır (14). Rehabilitasyon merkezlerinde artrit tedavisinde ve diğer ağırlı semptomların tedavisinde su terapinin kullanılması yaygın olup, günümüzde de kullanılmaktadır (15,16).

Suyun doğumda ve travayda kullanımı 1970 yılında Rusya'da Igor Charkovsy ile başlamış, ardından Avrupa'da Micheal Odent öncülüğünde yaygınlaştırılmıştır (22). Kaynaklarda 1980'li yılların başlarından su doğumda gebelerin ağrı ile baş edebilmek, kontrol ve memnuniyet duygularının artırmak için suyun terapotik etkisinin kullanıldığı ve bir yöntem olan suya daldırmanın giderek arttığı kaydedilmiştir (48). House of Commons Health Committee tarafından 1992 yılında tüm hastanelerde annenin doğum sürecinde kullanabileceği bir havuzun olması gerektiğini önerilmiştir (49). Suyu daldırma 1993 yılında İngiltere de resmi olarak bir bakım seçeneği kabul edilmiştir (50). Royal College of Midwife ve United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting 1994'te yayınladığı raporla suyun travay ve doğumda profesyonel olarak kullanımı, ebe ve hemşirelerin görevlerini belirtmiştir (51,52). İlk uluslararası su doğum konferansı 1995 yılında Londra'da yapılmıştır (22). Günümüzde İngiltere'de ise suyun doğumda ve travayda kullanımı ebelik ve hemşirelik hizmetleri içine yerleşik olarak resmi kullanımı sürdürülmektedir (53,54). Hidroterapinin kullanılması ile ilgili bazı ülkeler kendi sağlık politikaları ve deneysel çalışmaları göz önüne alarak görüş vermiştir. Ülkemizde bunun ile ilgili görüş veren herhangi bir kurum ya da bilgi bulunmamaktadır. The New Zeland College of Midwife (INC) Australian, College of Midwives (ACM), The American College of Nurse-Midwives (ACNM), American Association of Birth Center (AABC), yayınladıkları raporlara göre suyun travayda kullanımını desteklediğini, ACOG ise kullanılmasında daha fazla kanıt ihtiyacı olduğunu yayınladığı raporunda belirtmektedir (55-59).

Tablo 2.4.1. Hidroterapinin kullanılması ile ilgili görüşler ve görüş veren kurumlar (55-59).

Kurum Adı	Yıl	Görüş
INC	2002	Destekliyor
ACM	2013	Destekliyor
ACNM	2014	Destekliyor
AABC	2014	Destekliyor
ACOG	2014	Daha fazla kanıt ihtiyacı var

2.4.1. Hidroterapinin Kullanım Alanları

Hidroterapide suyun suya daldırma veya duş şeklinde, suyun formu olarak sıvı, buhar ya da kompres şeklinde, sıcak ya da soğuk ısılarda kullanılmaktadır. Hidroterapinin doğumda sıklıkla kullanılan formu küvette, duş şeklinde ya da kompres şeklinde uygulanmaktadır (14). Doğumda hidroterapi diğer bir adı ile suya daldırma klinik ve klinik dışında kullanılabilen bir ağrı kesici non-farmakolojik yöntemdir ve en az abdomene kadar göğüs uçları da dahil olmak üzere doğumun herhangi bir evresinde su içinde bulunmaktır (60). Hidroterapinin resmi olmayan kullanımında ev tipi küvet ya da duşta doğum başlamadan önce ağrıları ile baş etmede doğumun erken fazında aralıklı olarak gebe kadın hastaneye gelmeden önce banyoda duş alması şeklinde olmaktadır. Resmi kullanım şekli olarak ise doğum sürecinin bir parçası olarak hastane koşullarında özel tasarlanmış havuzlarda bu konuda eğitilmiş ebeler ve sağlık profesyonelleri eşliğinde uygulanmasıdır (60).

Hidroterapinin gebelikte kullanımı daha çok su içinde egzersizlerin yapılması ile sağlanmaktadır (60). Vallim 2011'de yaptığı çalışmada gebelikte uygulanan hidroterapi ve havuz içindeki egzersizlerin gebelerin yaşam kalitesine olan etkisi değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda çalışmaya katılan ebeler su içinde yapılan egzersizlerin kendilerine fayda sağladığı fakat istatistiksel analiz sonucunda ise yaşam kalitesi ve su içinde yapılan egzersiz arasında bir farkın olmadığı tespit edilmiştir (61). Başka bir randomize kontrollü çalışmada gebelikte uygulanan hidroterapi ve su içindeki egzersizin gebelikte sırt ağrılarına ve pelvik ağrılara iyi geldiği tespit edilmiştir (62).

2.4.2. Hidroterapinin Doğum Sürecinde Kullanımı

Suya daldırma yöntemi ile olan hidroterapi ağrıların ve anksiyetenin azaltılmasında, pelvik kasların ve perinenin gevşemesi için kullanılmaktadır. Pek çok çalışma doğumun birinci evresinde kullanılan hidroterapinin kontraksiyonları azalttığını göstermektedir. Hidroterapi kullanımının artmasının sebebi ise bu yöntemi kullanan gebelerin pozitif geri bildirim vermesi ve sağlık profesyonellerinin konu hakkında pozitif gözlemlerinin olmasıdır (14).

Doğumun eyleminin birinci fazında kullanılan hidroterapinin doğum süresini kısalttığı, sancılarla baş etmede kolaylık sağladığı, farmakolojik ağrı kesici kullanımını azalttığı, doğumda kullanılan augmentasyon oranını düşürdüğü, servikal dilatasyonu artırdığı, doğum süresini kısalttığı, perianal travmayı azalttığı, anneye rahatlama hissi verdiği doğumda memnuniyetin artırdığı bilinmektedir (14,18-23,25-28).

Suyun doğumun ikinci evresinde kullanılması suda doğum olarak adlandırılmaktadır. Suda doğum ise doğum ağrısını azalttığı, doğumda rahatlama sağladığı, peri anal travmayı azaldığı ve doğum memnuniyetini artırdığı çalışmalarda görülmektedir. Buna karşın suyun doğumun birinci ve ikinci evresinde kullanımı ile ilgili endişeler bulunmaktadır. Bu endişeler; su sıcaklığın ayarlanması, enfeksiyon, su aspirasyon riski ve umbilikal kordonun yırtılmasıdır (14,30-32,47,48).

Su Sıcaklığının Ayarlanması: Her doğum yapan kadında olduğu gibi yüksek ateşin olmasından kaçınılmalıdır. Bu yüzden suya daldırmada suyu sıcaklığı vücut ısısını geçmemelidir (63). Hidroterapide ısı dağılımı sıcaklığın iletimi ise iki yolla olmaktadır. Anne ile bebek arasında iletişimi sağlayan umbilikal kord ve plesantanın en geniş olduğu yüzey bölgesinden anneden fetüse giden kan akımı sayesinde fetüs etkilenmektedir. İkinci iletim yolu ise fetal deri ile amniotik sıvı uterus, maternal sistemin iletişim halinde olmasıdır (64).

Su sıcaklığının vücut ısısından yukarıda olması durumunda fetal hipertermi ve kardiovasküler ve metabolik bozukluklarla ilişkilendirilmektedir (63). Yüksek derecede olan su sıcaklığı fetal taşikardi, fetal mortalite ve morbiditeye neden olduğu teoriler ve değişen vaka raporlarında sunulmaktadır (65-66). Hamile bir koyun üzerinde yapılan deney bu durumu desteklenmektedir. Deneyde artan maternal ısıya

karşı fetal taşikardi, plasental yatakta drenajın azalması ve böylece mortalite görülmüştür (66). Maternal sıcaklık arttığında ise fetal sıcaklık transferi durmaktadır. Bununla birlikte artan metabolik aktivite ve oksijen ihtiyacı vardır. Bu durum karşılanamayacağından ve fetüsün kalp atımlarını etkilemektedir (22,65).

Su sıcaklığı derecesinin uygulamanın etkinliğini etkilediği düşünülmektedir. Genel olarak ise su sıcaklığının gebenin konforunu sağlayacak ısıda, kontrolünün sağlanması için düzenli olarak kayıt altına alınması gerektiği, 37 derece üzerinde olmaması, doğumun ikinci evresinde de kullanılacaksa 36- 37 derece arasında olması gerektiği bildirilmektedir. (22,60).

Hidroterapi Kullanımında Enfeksiyon Riski: Fetal/ neonatal ve maternal enfeksiyonun anneden havuza ya da havuzdan anneye geçtiği şeklinde görüş bildirilmektedir. Ancak herhangi bir resmi kayda rastlanmamıştır. Genel olarak yayınlarda kullanım sırasında havuzun temizlenmesi için verilen önergede havuz eğer anneye ait feçes, mekonyum ya da kan pıhtısı ile kirlenirse elek kalbur kullanılarak sudan uzaklaştırılması gerektiği şeklinde öneriler vardır. Havuz kullanımından sonra ise yeni bir gebenin kabulü için ise kültür alınması kültür sonucuna göre hastanın alınması gerektiği vurgulanmaktadır (22,60,33).

Yenidoğan Su Aspirasyon Riski: Doğumun başlangıcında solunumun olması ve aspirasyon riski ile karşılaşılması endişesi hidroterapinin doğumun ikinci fazında uygulanması yani suda doğuma yöneliktir. Yetişkinlerin tam tersi şekilde işleyiş gösteren yenidoğan dalma refleksi sayesinde yenidoğanın su içinde solunumu başlamamaktadır. Larenksin kapandığı ekspirasyon apnesi ile yetişkinlerin tam tersine sağlıklı bebekler su içinde boğulmamaktadır. Bu durum ise fetal larenkste sıvı aspirasyonunu önleyen sayısız kemoreseptörler ile sağlanmaktadır. Bir başka ifade ile fetüs yüzü su ile temas edince fetal yüzdeki sinirler aracılığıyla dalma refleksi uyarılmakta ve fetal solunum durmaktadır. Fetal solunumun durması ise hipo farenkste bulunan prostoglandin ve adenzin gibi hormonlara duyarlı olduğu bilinen kemoreseptörler sayesinde olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı suda doğumda bebeğin boğulma riski düşüktür (63).

Umbilikal Kord Yırılma Riski: Bu durum hidroterapinin doğumun ikinci fazında uygulanması yani suda doğuma yöneliktir Suda doğumda yapılan

araştırmalarda kordon yırtılmasına ilişkin herhangi bir veriye rastlanmamıştır. Umbilikal kordon yırtılmasına karşın bebek su içinde doğduktan sonra aşamalı olarak su yüzeye çıkartılması ve şiddetli çekme hareketinin yapılması önerilmektedir (29).

Doğumun nc evresinde hidroterapinin kullanımı ile ilgili ise yeterli çalışma yoktur. Bu dönmede kullanılması ile ilgili ortaya çıkabileceği düşünülen  teori vardır. Bunlar kan kaybının çok olacağı, plesanta parçasının kalması ya da su embolizmi olacağı gibi teorik risklerdir. Literatür tarandığında hidroterapinin ikinci ve nc evreden daha çok kontraksiyonların başladığı birinci evrenin aktif fazında kullanılması önerilmektedir (57,59).

2.4.3. Hidroterapinin Etki Mekanizması

Hidroterapinin son yıllarda kullanımı çok popüler olmuştur ve kontraksiyonlardan kaynaklanan rahatsızlıklarda invaziv olmayan alternatif bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Hidroterapinin dünya çapında doğumun birinci evresinde kullanımı giderek artmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan çalışmalarda hidroterapinin doğum yapacak olan gebelerin rahatlamasını artırdığı, kan basıncı ve ağrıyı düşürdüğü, uterin diskineziyi azalttığı görülmüştür. Aynı zamanda hidroterapi uygulayan sağlık profesyonelleri ve uygulanan gebeler eğlenceli rahatlatıcı olduğunu ifade etmektedir. Hidroterapinin etki mekanizması değerlendirilmek istenirse anne üzerine ve bebek üzerine olan etkileri incelenmelidir (14,20-25).

Hidroterapinin Anne zerine Etkisi: Doğum sürecinde kullanılan hidroterapinin endikasyonu net olarak belirtilmemiş olsa da genel olarak 36 hafta üstünde, baş geliş, tek fetüs, düşük riskli kadınlarda uygulanması uygun görüldüğü ifade edilmiştir. Bunun yanında gebelikte obstetrik komplikasyonları olanlarda kesinlikle kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir (14,20-25).

Hidroterapinin etki mekanizması ise tam olarak açıklanmış değerildir. Hidroterapide suyun sıcaklığı ve basıncının terapötik etkisi kullanılmaktadır. Yapılan alışmalar sonucunda elde edilen verilerle omuz seviyesinde suya daldırma ile suyun yaptığı hidrostatik basınçtan dolayı ekstrasvasküler alandaki sıvının intravasküler alana geçişi sağlanarak hidroterapinin kardiovasküler değerifimlere sebep olduğu bilinmektedir. Perifer damarların vazodilatasyonu ve kan akışının vücuda dağılması

ile kan basıncı düşmekte ve anne gevşemektedir. Anne gevşediğinden uterin perfüzyonu artmakta, plesantal oksijen perfüzyonu maksimum olmakta ve fetal iyilik hali en yüksek düzeye çıkmaktadır. Uterin kontraksiyonlar ise daha az ağırlı hissedilmektedir. Tüm bunlara bağılı olarak doğum süresi kısaltmakta, doğum sürecine olan deneyler azalmakta ve annenin doğumda kontrolünün, memnuniyetin artırdığı da bilinmektedir. Diğer yandan ise sıcak suyun anne vücuduna iletimi ile abdominal kaslarda gevşeme sağlanmakta ve abdominal kasların tonüsü desteklenmektedir. Bu durum kapı kontrol teorisine göre ağırlı algısını kapatmakta ve ağırlı düzeyini düşürmektedir (17,18,21,22,29,48,60).

Odent 1983 de yayımladığı makalesinde travay boyunca uygulanan sıcak su banyosunun psikolojik etkisinin olduğunu tartışmıştır. Odent'in teorisine göre sıcak suyun etkisi sayesinde olan psikolojik rahatlama, maternal zihinsel rahatlamaı uyarmaktadır. Hidroterapinin anne üzerine olan pozitif psikolojik etkisi, suyun hidrostatik basıncı ile vücuda olan basının azalması ve rahat hareket etmeyi sağlama, sıcak suya dalmanın verdiği rahatlama hissi ile su içinde canlılık sağlanması ile ilişkilidir. Bu durumlarda annenin anksiyetsi düşmekte, nöro hormonal etkileşimi sağlamakta katelekomini seviyesi azalmakta, endorfin salınımı artmakta, etkili kontraksiyonlar için oksitosin salınmakta, ağırlı hafifletmekte ve sürecin en iyi şekilde devam etmesini sağlamaktadır (47,48).

Hidroterapinin Yenidoğan Üzerine Etkisi: Hidroterapinin yeni doğan üzerine olan etkisi anne üzerine olan etkisinden kaynaklanmaktadır. Ağırlı azalan anne rahatlamış olacağından kan basıncı düşmekte uterus ve plesantaya giden kan akımı artmaktadır. Buna bağılı olarak fetal iyilik hali yükselmektedir. Tüm bunların yanında havuz yeteri kadar büyük olursa annenin değışik pozisyonları keşfetmesini sağlayarak fetüsün fleksiyon pozisyonuna daha kolay adapte sağlamaktadır (25). Hidroterapinin intaruterin ve postpartum dönemde yenidoğan üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda yenidoğanın doğum sonu dönemde apgar skoru, umbilikal kordan alınan kanda epinefrin nörepinefrin, neonatal plazma, pH, pCo₂, baz düzeyi ve neonatal enfeksiyon durumlarına etkisi araştırılmıştır. Araştırmaların bazılarında hidroterapi alan ve almayan grubun yenidoğan üzerinde benzer etkileri bulunduğu, bazı çalışmalarda ise hidroterapi alan annelerin bebeklerinin yeni doğana ilişkin

bulgularının daha olumlu olduğu belirtilmektedir. Hiçbir çalışmada hidroterapinin yeni doğana ait negatif bulgularına rastlanmamaktadır (18,23-25,30,31).

2.4.4. Hidroterapinin Uygulanmasına İlişkin Temel İlkeler

Kullanılan havuzun ölçütleri ve şekli suyun derinliğini gebenin hareketlerini etkileyebileceği için hidroterapi uygulama sonrası elde edilen sonuçları da etkileyebilmektedir. Küvetin büyüklüğü ve özellikleri su derinliği hidrostatik basınç ve santral kan hacmi üzerine etkili olduğu bilinmektedir. Küvetin büyüklüğü ve şekli su miktarı ve gebenin su içinde olan hareketini etkilediği düşünülen varsayımlar arasındadır. Esas ölçüt ise oturur pozisyondan diz diz dirsek pozisyonunun uygun bir şekilde almasıdır. Bunun yanında havuz içinde jakuzi gibi titreşimlerin olması, bu titreşimlerin gebenin istediği özel bölgeye basınç yapacağı ve böylelikle kendi daha rahat hissedebileceği kaynaklarda not edilmiştir. Aynı zamanda su köpükleri ve basıncı tarafından annenin meme ucuna yapılan kibar uyarının etkisiz kontraksiyonları yükseltebileceği belirtmektedir fakat bu durum kesinleştirilmemiştir (26).

Hidroterapide suda kalma süresinin uygulama etkinliğini etkilediği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda farklı sürelerde kaldıkları görülmektedir. Bu durum ile ilgi olarak belirtilen kesin bir süre yoktur. Cammu ve Eckert'in yaptığı çalışmada gebelerin sudan çıkma nedenlerini incelenmiştir. Araştırmada ağrı çok şiddetli olduğunda ya da daha fazla rahatlama ihtiyacı duyduklarında küvetten ayrıldıklarını gözlemlemiştir (27,28).

Hidroterapinin ekonomik değerlendirmesi ise kolay, öncesinde eğitim gerektirmeyen, alternatif ağrı kesici bir yöntem olması nedeniyle tercih edilmektedir. (20-23,32). Bu konu ile ilgili sınırlı sayıda kaynak vardır (20,32). Pagona ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı değerlendirmede perianal yırtık olmaması ya da az olması maliyet durumunu hidroterapi almayanlardan daha uygun hale getirdiğini belirtmektedir (32).

2.5. Doğumda Annenin Memnuniyeti

Annelerin doğumdaki memnuniyeti karmaşık psikolojik bir yanıt olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğumda anne memnuniyeti pek çok faktörden

etkilenmektedir. Bu deneyimin değerlendirilmesinde annelerin bireysel beklenti ve özelliklerinin yanında, annenin doğum öncesi dönemde doğuma ilişkin beklentilerine, doğumda sağlanan desteğe, sağlık personeli ile olan iletişime, mahremiyetine duyulan saygıya, tıbbi tedavi ve girişimlere, hemşirelik bakımına, emosyonel desteğe, ağrı kontrolüne, doğuma katılan kişilerin bilgilendirmesine, bebek ile iletişimi başlatmaya bağlıdır. Bunların yanında bebek bakımı, postpartum bakım ve doğum sonu yeni doğanın sağlık durumu gibi konulardan da etkilenmektedir (9,17,67,68).

Doğum ve doğum sonu döneme ilişkin değişen anne memnuniyeti ise anne ve yeni doğan üzerinde pozitif ya da negatif etkilere sebep olmaktadır. Doğum memnuniyetinin bir sonraki doğum tercihinin etkilediği, negatif doğum memnuniyetinin doğum korkusu olarak kaldığı bilinmektedir. Aynı zamanda doğum sürecinden annenin memnun olmaması, postpartum depresyon, post travmatik stres bozukluğu, daha sonraki süreçte gebeliklerin istenmemesi ve kürtaja eğilim, sonraki doğumlarda sezeryan isteği, cinsel disfonksiyon, anne bebek bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları ve bebeği ihmal gibi durumlara neden olmaktadır (9,17,66,67). Bir kadının doğum sürecinin kontrolü sağlandığında, süreç iyi geçtiğinde doğum memnuniyetinin arttığı ve doğum sonu döneme uyumunda hızlı olduğu tesbit edilmiştir. Bu nedenle doğum sürecindeki kadının hemşirelik bakımının odağı, yalnızca anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelik olmalıdır (9,17,67,68).

2.6. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı

Doğum sonrası ebeveynlik davranışı annenin doğum sonu dönemde doğum odasında yeni doğan infant ile ilgilenmesi, hakkında soru sorması, yeni doğan bebeğine gülümsemesi ya da sesler çıkarması gibi yeni doğan bebekle ilgilendiğini gösteren davranışlar içinde bulunmasıdır (69,70). Doğum sonrası ebeveynlik davranışını önemi ise doğum sonunda erken dönemde ortaya sergilenen annelik davranışının daha sonraki dönemlerde annenin bebeği ile olan iletişimin boyutunu göstermektedir. Bu davranışın ise çeşitli faktörlerden sosyo-ekonomik nedenlerden, annenin içinde bulunduğu psikolojik durumdan, annenin ya da bebeğin genel sağlık durumundan etkilendiği ortaya çıkmıştır. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı

antepartum, postpartum d6nemlerde g6zlenmeli ve eğitim ile desteklenmelidir (36,69,70).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine etkisi değerlendirmek amacıyla deneysel çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri

Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara ili Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ZTBEAH)'nde 07 Kasım 2015 - 30 Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. ZTBEAH 501 yataklı olup kadın sağlığı ve doğum üzerine faaliyet gösteren Ankara'nın en büyük hastanelerinden biri olarak hizmet vermektedir. Araştırma ZTBEAH doğum salonunda yapılmıştır. Doğum salonunda 1 hasta kabul ünitesi, 30 travay yatağı, 12 doğum odası ve 1 adet suda doğum havuzu ile hizmet vermektedir. Doğum salonunda 11 hekim, 50 ebe/ hemşire görev yapmaktadır. Hastanede doğumlar hekimler tarafından yaptırılmaktadır. Ebe ve hemşirelerin görevi ise doğum salonuna yatışı yapılan gebeleri hasta kabul ünitesinde karşılamak, anamnezini almak ve hekim tarafından istemi yapılmış laboratuvar tetkikleri için uygun örnekleri almaktır. Travay ve doğum süresince gebenin izlemi ve bakımını yapmaktır. Doğum sonrası dönemde ise postpartum servise anne ve bebeğin yatışını sağlamaktır. Suda doğum ünitesinde ise bir uzman hekim ve hemşire görev yapmaktadır. Bu üniteye bir adet suda doğum havuzu ve doğum masası bulunmaktadır. Burada yer alan havuz 1.61 metre boyunda, oval, 1.24 metre genişliğinde, 65 cm derinliğinde, sıcaklığı isteğe göre ayarlanabilen filtre edilmiş standart çeşme suyu kullanılmaktadır. Havuz üzerinde sıcaklık kontrolünü sağlayan sabit termometre bulunmaktadır. Su sıcaklığı ise 34 – 50⁰ C arasında ayarlanmaktadır. Suda doğum ünitesinde her havuz kullanımından sonra kültür alınmakta ve kültür sonucuna göre yeni gebe suda doğum havuzuna alınmaktadır. Bu nedenle suda doğum havuzunu günde bir gebe kullanabilmektedir. Bu üniteye hemşirenin sorumluluğu; gebenin travay, doğum ve doğum sonrası süreçte bakım ve izlemini yapmak, doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin postpartum servise yatışını sağlamaktadır.

Çalışmanın ZTBEAH’de yapılma nedeni ise Ankara ilinde kamuya ait bir eğitim ve araştırma hastanesi olarak hizmet vermesi, yıllık yüksek doğum sayısına sahip olması, suda doğum ünitesinin olması ve araştırmacının bu üniteye çalışıyor olması, hastane ekibiyle rahat iletişim kurulmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

ZTBEAH suda doğum ünitesi 2005 yılında kurulmuş olup, 2005 yılında 1 gebe, 2006 yılında 7 gebe, 2008 yılında 156 gebeye, 2009 yılında 44 gebe, 2010 yılında 20 gebe, 2014 yılında toplam 21 gebe ve 2015 yılında Kasım ayına kadar ise 14 gebe suda doğum havuzunu kullanmıştır. Ancak ünitenin tadilatı nedeniyle 2011, 2012 ve 2013 yıllarında üniteye gebe kabul edilmemiştir. Bu bakımdan araştırmamızda evren belirlenmemiş olup, 7 Kasım 2015 – 30 Haziran 2016 tarihleri arasında suda doğum ünitesine başvuran ve araştırmanın örneklem kriterlerine uygun tüm gebeler (n=40) çalışmanın deney grubunu oluşturmuştur. Aynı zamanda ZTBEAH doğum ünitesine başvuran ve araştırmanın örneklem kriterine uyan gebeler (n=40) çalışmanın kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri

Deney grubu gebelerde örneklem seçim kriterleri:

- 18 – 35 yaş aralığında olan,
- 37. ve 42. gebelik haftaları arasında, primipar ve tek fetüsü olan, verteks prezantasyonu bulunan, tahmini fetal ağırlığı 2500- 4000 gram arasında olan,
- Gebelik öncesi kronik bir sağlık sorunu olmayan (diabetes mellitus, hipertansiyon, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, epilepsi vb.),
- Antenatal izlemlerini tamamlamış olan (en az 4 izlem) ve antenatal izlemlerinde gebeliğe ilişkin sağlık sorunu olmayan (gestasyonel diabet, preeklampsi vb.),
- Gebelik sırasında ya da halen vajinal enfeksiyonu veya idrar yolu enfeksiyonu olmayan, bulaşıcı bir hastalığı olmayan (hepatit B, hepatit C, HPV, AIDS vb.),
- Kan değerlerinde hematokrit 32 ve üzerinde bulunan,

- Yaşamsal bulguları normal aralıkta olan,
- Herhangi bir plesantal anomalisi olmayan (plesanta previa, ablasio plesanta vb.),
- En az 20 dakikalık nonstres test (NST) de reaktif olan, her on dakika bir iki ya da daha fazla kontraksiyonu olan,
- Erken membran rüptürü (EMR) olmayan ya da EMR olanlardan membranların açılış saatinden itibaren 6 saat geçmemiş olan,
- Türkçe konuşan ve herhangi bir iletişim engeli olmayan,
- Herhangi bir ortopedik engeli olmayan,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden gebe kadınlar dahil edilmiştir.

Kontrol grubu gebelerde örneklem seçim kriterleri:

- 18 – 35 yaş aralığında olan,
- 37. ve 42. gebelik haftaları arasında, primipar ve tek fetüsü olan, baş prezantasyonu bulunan, tahmini fetal ağırlığı 2500- 4000 gram arasında olan,
- Gebelik öncesi kronik bir sağlık sorunu olmayan (diabetes mellitus, hipertansiyon, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, epilepsi vb.),
- Antenatal izlemlerini tamamlamış olan (en az 4 izlem) ve antenatal izlemlerinde gebeliğe ilişkin sağlık sorunu olmayan (gestasyonel diabet, preeklampsi vb.),
- Yaşamsal bulguları normal aralıkta olan,
- Herhangi bir plesantal anomalisi olmayan (plesanta previa, ablasio plesanta vb),
- En az 20 dakikalık NST’ de reaktif olan, her on dakika bir iki ya da daha fazla kontraksiyonu olan,
- Türkçe konuşan ve herhangi bir iletişim engeli olmayan,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden gebe kadınlar dahil edilmiştir.

Dışlanma kriterleri:

Deney grubu gebeler için:

- Annenin çalışmaya dahil olmaktan vazgeçmesi,

- Hidroterapi uygulaması süresinde; üst üste yarım saat aralıkla ateş ölçümünün 38 derece ve üzerinde olması, 4 saatten uzun suda kalması, fetal kalp atımlarında anormal değişimler, beklenmeyen bir komplikasyon görülmesi (Annede; baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk),
- Doğum sürecinde farmakolojik ya da nonfarmakolojik analjezik yöntemler uygulanması çalışmadan dışlanma kriteridir.

Kontrol grubu gebeler için:

- Annenin çalışmaya dahil olmaktan vazgeçmesi,
- Fetal kalp atımlarında anormal değişimler, beklenmeyen bir komplikasyon görülmesi,
- Doğum sürecinde farmakolojik ya da nonfarmakolojik analjezik yöntemler uygulanması çalışmadan dışlanma kriterleridir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Hidroterapi alma ve almama, Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranış Ölçeği, Doğum Duygulanım Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analog Skala-VAS) puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenlerindedir.

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini; 1) gebelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu, medeni durum, evlilik süresi, meslek, ikametgâh yeri, aylık gelir algısı), 2) gebelerin obstetrik özellikleri (gebelik haftası, gebeliği isteme durumu, doğum öncesi izlem durumu, gebelik sırasında yaşanan sağlık sorunları, ilaç kullanımı, doğuma yönelik endişeleri, gebelik dönemindeki sosyal destekleri, hidroterapiden ve suda doğumdan haberdar olma durumu), 3) gebelerin travay izlem özellikleri (servikal açıklık 5 cm, 6 cm ve 10 cm iken kontraksiyon sıklığı, kontraksiyon şiddeti, kontraksiyon süresi, fetal kalp atımı, annenin vital bulguları), 4) annelerin doğum sonu döneme ait özellikleri (gebelerin doğum ve postpartum dönemde yaşadıkları sorunları) 5) yenidoğanın özellikleri (cinsiyeti, boyu, baş çevresi, doğum ağırlığı apgar skoru, annenin yanında olma durumu, bebeğin sevk yeri), 6)

deney grubundaki gebelerin deneyimleri (hidroterapinin doğum ağrularına etkisi, bir sonraki doğumda hidroterapiyi tercih edip etmeyeceği ve başkalarına önerip önermeyeceği) oluşturmaktadır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın uygulama alanı olan ZTBEAH Eğitim ve Planlama Kurulundan gerekli yazılı izin alınmıştır (Ek-2). Çalışmaya başlamadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, katılımları için deney grubundaki gebeler için onam formunu (Ek-3), kontrol gurubu gebeler için onam formunu (Ek-4) okumaları ve onaylamaları istenmiştir. Katılımcılara hem onam formundaki hem de anket formundaki özel bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak; " Gebe Tanılama Formu " (GTF) (Ek-5), "Gebe İzlem Formu" (GİF) (Ek-6), "Postnatal İzlem Formu" (PİF) (Ek-7) "Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranış Ölçeği" (DSEDÖ) (Ek-8) ve "Doğum Duygulanım Ölçeği" (DDÖ) (Ek-9) olmak üzere toplam beş form kullanılmıştır.

3.7.1. Gebe Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen Gebe Tanılama Formu (GTF), gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin 23 soru maddesinden oluşmaktadır (11,13,14,20,23). GTF'de gebelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sekiz soru maddesi bulunmaktadır (yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu, medeni durum, evlilik süresi, meslek, aylık gelir algısı, gebeliği isteme durumu, ikametgâh yeri). GTF'de gebelerin obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik ise 15 soru maddesi yer almaktadır (gebelik haftası, doğum öncesi izlem durumu, gebelik sırasında yaşanan sağlık sorunları, ilaç kullanımı, doğuma yönelik endişeleri, gebelik dönemindeki sosyal destekleri, hidroterapi ve suda doğumu bilme durumu).

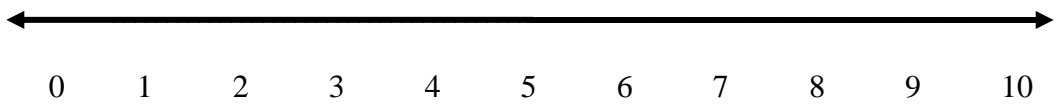
3.7.2. Gebe İzlem Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan Gebe İzlem Formu (GİF) üç bölümden oluşmaktadır (11,13,14,20,23). Bu form araştırmacının gözlemlerine dayalı olarak doldurulmaktadır.

Formun birinci bölümünde servikal açıklık (SA) 5 cm, 6 cm ve 10 cm iken gebenin doğum ağrısına verdiği tepkilere ilişkin ifadeler yer almaktadır ve değerlendirilmektedir.

Formun ikinci bölümünde SA 5 cm, 6 cm ve 10 cm iken kontraksiyon sıklığı, kontraksiyon şiddeti, kontraksiyon süresi, fetal kalp atımı, annenin vital bulguları ve ağrı durumuna ilişkin veriler yer almaktadır.

Çalışmada gebelerin algıladıkları ağrı durumları Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)- Visual Analog Skala- VAS ile değerlendirilmiştir. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)- Visual Analog Skala- VAS, algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılır. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm (100 mm.)'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını bir çizgi çizerek, nokta koyarak ya da işaret ederek belirtmektedir (Bkz Şekil 3.7.2.1). Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu santimetre olarak ölçülür ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir (71). İlk kez 1983 yılında Price ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (72). Cline ve arkadaşları tarafından 1992 yılında VAS'da standardizasyonu sağlamak amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda VAS'ın dikey kullanımın hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirlenmiştir (73). Eti-Aslan'ın 1998 yılında yaptığı çalışma da postoperatif ağrı değerlendirilmesinde (akut ağrı) VAS'ın daha duyarlı olduğu ve ağrıyı daha iyi tanımladığı belirtilmiştir (74). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan, bir çok çalışmada da görsel kıyaslama ölçeği kullanılmıştır (11,14,22,33,41).



Şekil 3.7.2.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)- Visual Analog Skala- VAS

Üçüncü bölümde ise doğumun aktif fazının, ikinci ve üçüncü evresinin süresi dakika olarak kaydedilmiştir. Çalışmamızda doğumun aktif faz süresi servikal açıklık 5 cm olduğunda başlamakta 10 cm'ye ulaştığında arasındaki süreyi kapsamaktadır (38). İkinci evresi süresi 10 cm servikal açıklıktan, bebeğin doğurtulmasına kadar geçen süre (36,38), doğumun üçüncü evresi süresi bebek doğduktan sonra, plesantanın ve plesanta eklerinin (umbilikal kord ve fetal membranların) çıkışı arasında geçen süre olarak değerlendirilmiştir (36,38).

3.7.3. Postnatal İzlem Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan Postnatal İzlem Formu (PİF) anneye ve bebeğe ilişkin gözlemlerin yer aldığı iki bölümden oluşurken, üçüncü bölümde sadece deney grubunun hidroterapiye ilişkin deneyimleri sorgulanmıştır (11,14,20,23). Birinci bölümde gebelerin doğum ve postpartum dönemde yaşadıkları sorunları belirlemeye yönelik iki soru maddesi yer almaktadır. İkinci bölümde yenidoğanın cinsiyeti, boyu, baş çevresi, doğum ağırlığı apgar skoru, annenin yanında olma durumu, bebeğin sevk yerini belirlemeye yönelik yedi soru maddesi yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise deney grubundaki gebelerin, hidroterapinin doğum ağrılarına etkisi, bir sonraki doğumda hidroterapiyi tercih edip etmeyeceği ve başkalarına önerip önermeyeceğini belirlemek üzere üç soru maddesi yer almaktadır.

3.7.4. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ)

Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ) doğum sonrası erken dönemde ebeveynlik davranışını tespit etmek üzere Britton ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Çalışır ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçeğin uygulamasında, doğumdan sonra ebeveyn ve bebeğin karşılaştığı ilk 10 dakika içinde gözlemci, ebeveynin bebeğine karşı gösterdiği davranışları gözlemleyerek, var olan davranışa artı (+) ve olmayan davranışa eksi (-) işareti koyarak kayıt edilmiştir. Her bir madde, davranış gözlenmişse bir (1) puan, gözlenmemişse sıfır (0) puan olarak değerlendirilmiştir. Toplam ölçek puanı her maddeden elde edilen sayıların toplamından oluşmakta olup, ölçeğin toplam puanı 0-6 puan arasındadır. Değerlendirmede ise ölçekten alınan

toplam puanın yüksek olması ebeveynin bebeğine karşı daha olumlu ebeveynlik davranışına sahip olduğunu göstermektedir (75). DSEDÖ'nün, Çalışır ve arkadaşlarının araştırmasında Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.85-0.93 arasında olduğu, Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (75,76). Araştırmamızda ise Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur.

3.7.5. Doğum Duygulanım Ölçeği (DDÖ)

Doğum Duygulanım Ölçeği (DDÖ), adlı ölçek 1987 yılında Hodnet tarafından geliştirilmiştir (77). Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gençalp tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Doğuma yönelik olumlu ve olumsuz duyguların ifade edildiği maddelerde dördümlük likert tipte puanlama yapılmaktadır. Ölçek puanını yükselmesi doğuma ilişkin olumlu duygular olduğu ifade etmektedir. DDÖ'nün Gençalp'in çalışmasında Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur (78). Çalışmamızda ise Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0.99 olarak bulunmuştur.

3.8. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma dört aşamada yürütülmüştür (Bkz. Şekil 3.8.1).

Çalışmanın birinci aşamasında doğum salonuna yatışı yapılan gebelere hidroterapi hakkında bilgi verilerek çalışmanın örneklem seçim kriterlerine uygun olanlar arasından deney ve kontrol grubu belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı hastanede rutin olarak doğum ünitesine kabul edilen gebelerin anamnezi alınmakta, laboratuvar incelemeleri yapılmakta ve intravenöz kateter takılmaktadır. Çalışmanın deney grubunu oluşturan gebelere araştırmacı tarafından hidroterapi ve uygulaması konusunda yüz yüze detaylı eğitim verilerek, eğitim sonunda araştırmacılar tarafından hazırlanan "Hidroterapi Eğitim Broşürü" (Ek-10) verilmiştir. Bu aşamada her iki gruptaki gebelere GTF uygulanmıştır.

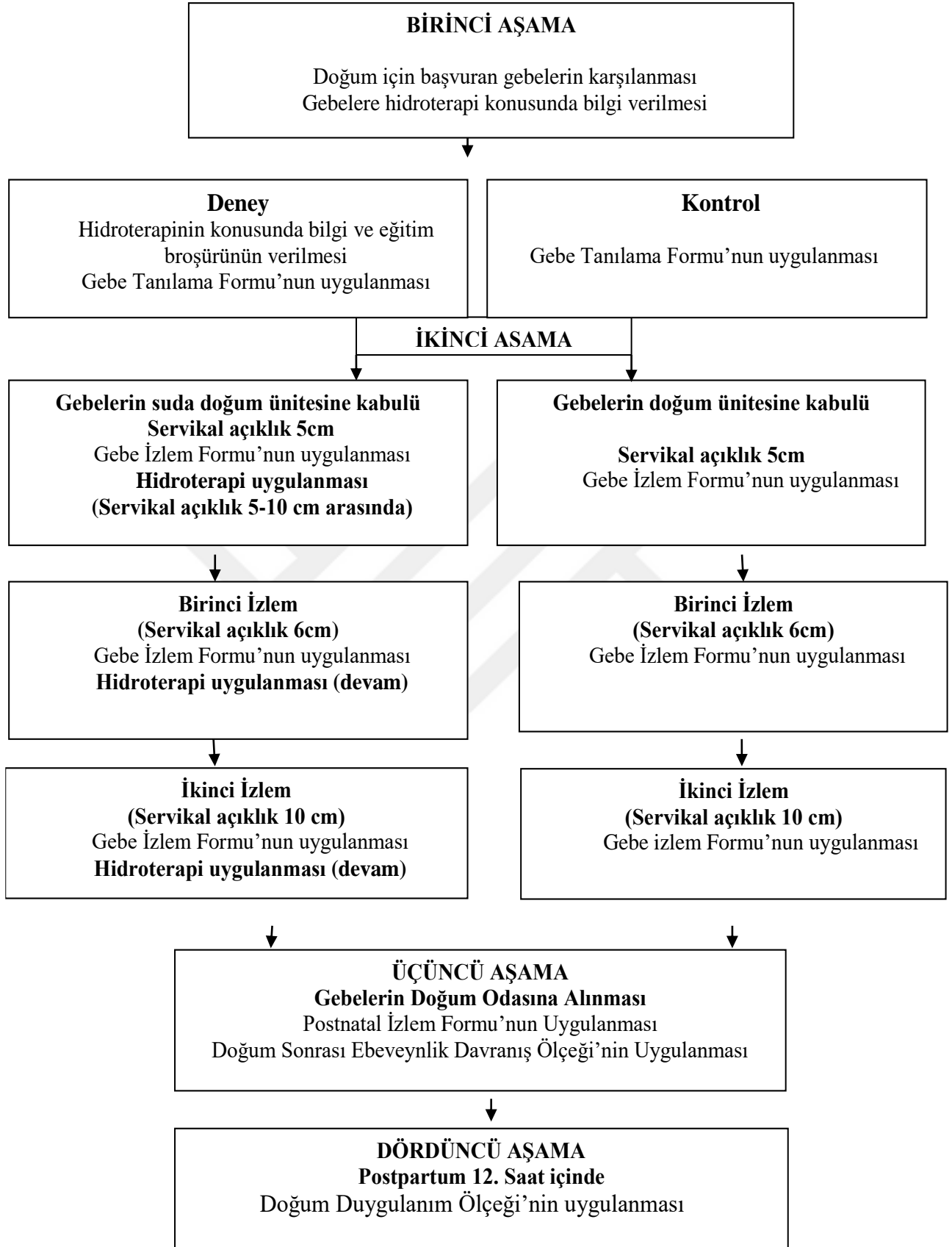
Çalışmanın ikinci aşamasında; deney grubundaki gebeler suda doğum ünitesine alınırken, kontrol grubundaki gebeler travay izlem odalarına alınmıştır. Her iki gruptaki gebelerde servikal açıklık 5 cm olduğunda araştırmacı tarafından GİF

uygulanarak, deney grubundaki gebeler su sıcaklığı 37⁰C olan hidroterapi küvetine alınmıştır.

Hidroterapi uygulaması SA 10 cm'e ulaşınca kadar devam etmiştir. Hidroterapi uygulaması öncesinde kullanılan küvetin temizliği 12.12.2015 tarihli ZTBEAH Suda Doğum Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Prosedürüne (Ek-11) uygun olarak yapılmıştır. Bunun yanı sıra gebelere herhangi farmakolojik ve non farmakolojik analjezik bir yöntem uygulanmamıştır. Çalışmada her iki gruptaki gebelerde, servikal açıklık 6 cm ve 10 cm olduğunda GİF tekrar uygulanmıştır. Deney grubundaki gebelerde SA 6 cm ve 10 cm iken, kontraksiyon sıklığı, süresi, şiddeti, fetal kalp atım hızı değerlendirmesi için gebeler havuz dışına alınmış ve 10 dakika elektronik fetal monitorizasyon cihazı ile ölçümleri yapılmıştır.

Araştırmanın üçüncü aşamasında servikal açıklık 10 cm olduğunda, her iki gruptaki gebeler doğum ünitesindeki tek kişilik doğum odalarına alınmıştır. Doğum sonu ilk 10 dakika içerisinde her iki gruptaki gebelere PİF ve DSEDÖ uygulanmıştır.

Araştırmanın dördüncü aşamasında ise; her iki gruptaki gebeler araştırmacı tarafından postpartum ilk 12 saat içerisinde doğum sonu serviste ziyaret edilerek, DDÖ uygulanmıştır.



Şekil 3.8.1. Çalışmanın Akış Şeması.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verisi "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 23.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)" aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenip ve değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen veri setinin, sürekli değişkenler için parametrik test ön şartları sağlandığında Bağımsız iki grup t testi (Student's t-test), Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA) ve gerekli görüldüğü takdirde çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Tukey LSD değerlendirilmiştir. Parametrik ön şartları yerine gelmiyorsa ve veri transformasyonu sonrasında da varsayımlar sağlanmıyorsa sürekli değişkenlerin veri analizinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve gerekli görüldüğü takdirde çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Dunn testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin ise Ki-Kare testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare testi ve Fisher tam olasılık testi ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki ön şartlar sağlandığında Pearson Korelasyon Testiyle, sağlanmıyorsa Spearman Korelasyon Testiyle değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma elde edilen veriler, ZTBEAH'nin Doğum Ünitesine başvuran kişilerin, buldukları bireysel beyanları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine etkisi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma bulguları bu bölümde verilmiştir. Elde edilen bulgular üç alt bölümde incelenmiştir.

4.1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Doğum Sürecine Yönelik Bazı Özelliklere İlişkin Bulgular

4.3. Doğum Sonu Döneme Yönelik Bazı Özelliklere İlişkin Bulgular

4.1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1.Gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Bireysel Özellikler	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Toplam n=80		Analiz ^b	
	Sayı	% ^a	Sayı	% ^a	Sayı	% ^a	X ²	p
Eğitim Durumu								
Lise altı	22	55.0	27	67.5	49	61.3	1.317	0.251
Lise ve üzeri	18	45.0	13	32.5	31	38.7		
Eş Eğitim Durumu								
Lise altı	18	45.0	23	57.5	41	51.2	1.251	0.263
Lise ve üzeri	22	55.0	17	42.5	39	48.8		
Evlilik Süresi								
2 yıl ve altı	21	52.5	23	57.5	44	55.0	0.202	0.653
3 yıl ve üzeri	19	47.5	17	42.5	36	45.0		
Çalışma Durumu								
Ev hanımı	21	52.5	27	67.5	48	60.0	1.875	0.171
Çalışan	19	47.5	13	32.5	32	40.0		
En Uzun İkamet Ettiği Yer								
Kentsel Bölge	30	75.0	27	67.5	57	71.2	0.549	0.459
Kırsal Bölge	10	25.0	13	32.5	23	28.8		
Gelir Durum Algısı								
Gelir giderden az	13	32.5	12	30.0	25	31.3	1.040	0.595
Gelir gidere eşit	18	45.0	22	55.0	40	50.0		
Gelir giderden fazla	9	22.5	6	15.0	15	18.7		

a. Sütun yüzdesi kullanılmıştır

b. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı.

Tablo 4.1.1'de araştırmaya katılan gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımları yer almaktadır. Tabloda yer almamakla birlikte kontrol (K) ve deney (D) gruplarının her ikisinde de gebelerin yaş ortalamasının sırasıyla 24.42 ± 4.33 (min=18, max=33) ve 23.88 ± 4.05 (min=18, max=32) yıl olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gebelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %55'inin lise altı eğitim düzeyine sahip olduğu, kontrol grubundaki gebelerin ise %67.5'inin lise altı eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Bunun yanı sıra deney grubundaki gebelerin %55'inin, kontrol grubundaki gebelerin %42.5'inin eşlerinin eğitim düzeyinin lise ve üzerinde olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Deney grubundaki gebelerin %52.5'inin toplam evlilik süresi 2 yıl ve altı iken bu yüzde kontrol grubunda %57.5'dir ($p > 0.05$). Her iki gruptaki gebelerin çoğunluğunun ev hanımı olduğu (D=% 52.5, K=% 67.5) ($p > 0.05$) ve çoğunluğunun uzun süre ikamet ettiği bölgenin kentsel bölge olduğu saptanmıştır (D=% 75.0, K=% 67.5) ($p > 0.05$). Ayrıca her iki gruptaki gebelerin çoğunluğu gelir durumlarını "gelirim giderime eşit" olarak ifade etmiş olduğu saptanmıştır (D=% 45.0, K=% 55.0) ($p > 0.05$). Çalışmamızda gebelerin ve eşlerinin eğitim durumu, evlilik süresi, çalışma durumu, ikamet yeri ve gelir durumu yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ve grupların benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.1.2. Gebelere ait bazı obstetrik özelliklerin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Değişkenler	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Toplam n=80		Analiz ^c	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Gebelik haftası								
38 hafta ve daha az	12	30.0	11	27.5	23	28.8	0.076	0.963
39 hafta	13	32.5	13	32.5	26	32.5		
40 hafta	15	37.5	16	40.0	31	38.7		
Doğum izlemi yapan^a								
Ebe	19	47.5	29	72.5	48	60.0	5.208	0.022
Hemşire	13	32.5	9	22.5	22	27.5	1.003	0.317
Hekim	30	75.0	34	85.0	64	80.0	1.250	0.264
Doğum süreci ile ilgili bilgi alma durumu								
Evet	38	95.0	35	87.5	73	91.2	1.409	0.235
Hayır	2	5.0	5	12.5	7	8.8		
Bilgi kaynağı^b								
Aile	32	84.2	28	80.0	60	82.2	0.221	0.639
Arkadaş	17	44.7	18	51.4	35	47.0	0.327	0.567
Sağlık personeli	18	47.4	23	65.7	41	56.2	2.491	0.115
Sosyal medya	22	57.9	8	22.9	30	41.1	9.240	0.002

a. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

b. Bu soruyu sadece doğum sürecinde bilgi alan gebeler cevaplandırmıştır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

c. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı.

Tablo 4.1.2’de gebelere ait bazı obstetrik özelliklerin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; çalışma kapsamına alınan gebelerin çoğunluğunun 40. gebelik haftasında olduğu (D=%37.5, K=%40.0) saptanmıştır. Aynı zamanda tabloda yer almamakla birlikte her iki gruptaki gebelerin bu gebeliklerini isteyerek planladıkları belirlenmiştir. Çalışmada gruplar arasında gebelik haftası ve gebeliği isteme durumu bakımından deney grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Aynı zamanda tabloda yer almamakla birlikte her iki grubun tamamının doğum öncesi izlem aldığı

belirlenmiş olup, doğum öncesi izlem ortalaması deney grubundaki gebelerde 10.67 ± 3.34 iken bu ortalama kontrol grubundaki gebelerde 8.70 ± 3.18 'dir. Her iki grubun doğum öncesi izlem ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Çalışmamızda kontrol grubunda ebe tarafından doğum öncesi izlem takibi yapılan gebelerin yüzdesinin, deney grubundakilerden fazla olduğu ($D = \%47.5$, $K = \%72.5$) belirlenmiş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Bunun yanı sıra her iki gruptaki gebelerin büyük çoğunluğunun doğum süreci ile ilgili bilgi edindikleri belirlenmiştir ($D = \%95.0$, $K = 87.5$) ($p > 0.05$). Her iki gruptaki gebelerin büyük çoğunluğunun ($D = \%84.2$, $K = \%80.0$) ailesinden bilgi edindikleri ($p > 0.05$), özellikle deney grubundaki gebelerde kontrol grubuyla karşılaştırıldığında sosyal medyanın bilgi kaynağı olarak daha fazla kullanıldığı ($M = \%57.9$, $K = \%22.9$) ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.1.3. Gebelik döneminde yaşanan sağlık sorunları ve ilaç kullanım durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımı.

Değişkenler	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Toplam n=80		Analiz ^c	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Gebelerin sağlık sorunu yaşama durumları								
Evet	34	85.0	31	77.5	65	81.2	0.738	0.390
Hayır	6	15.0	9	22.5	15	18.8		
Sorun yaşayanların^b								
Bulantı –kusma	27	79.4	26	83.9	53	81.5	0.214	0.643
Hazımsızlık- mide yanması	15	44.1	14	45.2	29	44.6	0.007	0.933
Uykusuzluk	23	67.6	20	64.5	43	66.2	0.071	0.790
Huzursuzluk	21	61.8	17	54.8	38	58.5	0.320	0.571
Yorgunluk	15	44.1	16	51.6	31	47.7	0.365	0.546
Boşaltım sorunu	9	26.5	8	25.8	17	26.2	0.004	0.951
Bel ağrısı	22	64.7	27	87.1	49	75.4	4.381	0.036
Bacak krampları	20	58.8	18	58.1	38	58.5	0.004	0.951
Ayaklarda ödem	13	38.2	11	35.5	24	36.9	0.053	0.818
İlaç kullanma durumu								
Evet	37	92.5	35	87.5	72	90.0	(-)	0.712 ^a
Hayır	3	7.5	5	12.5	8	10.0		
İlaç kullananların^b								
Demir	29	78.4	28	80.0	57	79.2	0.029	0.866
Vitamin	29	78.4	21	60.0	50	69.4	2.863	0.091

a. Fisher tam olasılık testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlı.

b. Birden fazla seçenek işaretlendiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

c. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

Tablo 4.1.3’de gebelerin gebelik döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve ilaç kullanım durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Her iki gruptaki gebelerin büyük çoğunluğu (D=%85.0, K=%77.5) gebelik dönemlerinde sağlık sorun yaşadıklarını ifade etmiştir. Gebelerin sağlık sorunu yaşama durumları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Sorun yaşayanların sırasıyla bulantı-kusma (D=%79.4, K=%83.9),

uykusuzluk (D=%67.6, K=%64.5), bel ağrısı (D=%64.7, K=%87.1), huzursuzluk (D=%61.8, K=%54.8), bacak krampları (D=%58.8, K=%58.1), yorgunluk (D=%44.1, K=%51.6), hazımsızlık-mide yanması (D=%44.1, K=%45.2), ayaklarda ödem (D=%38.2, K=%35.5) ve boşaltım sorunları (D=%26.5, K=%25.8) olduğu saptanmıştır. Yaşanan sağlık sorunları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Aynı zamanda deney ve kontrol grubundaki gebelerden ilaç kullananların çoğunluğunun demir ilacı (D=%78.4, K=%80.0) ve vitamin ilacı (D=%78.4 K=%60.0) ($p>0.05$) kullandığı saptanmıştır. Kullanılan ilaçlar ve ilaç çeşitliliği bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.4. Gebelerin doğuma ilişkin endişe yaşama durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımı.

Gebelerin doğuma yönelik endişe yaşama durumu	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Toplam n=80		Analiz ^c	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Evet	40	100.0	40	100.0	80	100.0	-	-
Hayır	-	-	-	-	-	-	-	-
Yaşanılan endişeler^b								
Doğumda ağrı hissetme endişesi	38	95.0	37	92.5	58	93.8	-	1.000 ^a
Doğum sancuları ile baş edememe endişesi	35	87.5	36	90.0	71	88.8	-	1.000 ^a
Doğumun uzun süreceği endişesi	29	72.5	32	80.0	61	76.3	0.621	0.431
Doğum esnasında kötü bir şeyler olacağı endişesi	31	77.5	30	75.0	61	76.3	0.069	0.793
Bebeğin sağlıklı olacağı endişesi	33	82.5	31	77.5	64	80.0	0.300	0.576

a. Fisher tam olasılık testi kullanılmıştır, $p<0.05$ anlamlı.

b. Bu soruyu sadece doğuma yönelik endişe yaşayanlar cevaplandırmıştır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

c. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, $p<0.05$ anlamlı.

Tablo 4.1.4’de gebelerin doğuma ilişkin endişe yaşama durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Gebelerin doğuma yönelik endişeleri doğum ünitesine kabulünde değerlendirilmiştir. Tablo incelediğinde, her iki gruptaki gebelerin tamamının doğuma yönelik endişelerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamındaki gebelerin doğuma ilişkin endişeleri incelendiğinde sırasıyla doğumda ağrı hissetme endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %95.0 iken, kontrol grubunda %92.5’dir. Doğum ağrıları ile baş edememe endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %87.5 iken, kontrol grubunda %90.0, bebeğin sağlıksız olacağı endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %82.5, kontrol grubunda %77.5, doğum esnasında kötü bir şeyler olacağı endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %77.5, kontrol grubunda %75.0, doğumun uzun süreceği endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %72.5, kontrol grubunda ise %80.0’dır. Çalışmamızda gebelerin doğuma ilişkin endişeleri bakımından deney grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.1.5. Gebelerin suda doğum ve hidroterapiyi bilme durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımı.

Özellikler	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Toplam n=80		Analiz ^a	
	Sayı	% ^b	Sayı	% ^b	Sayı	% ^b	X ²	p
Hidroterapi uygulamasını bilme durumu								
Evet	2	5.0	0	0.0	2	2.5	-	0.494 ^a
Hayır	38	95.0	40	100.0	78	97.5	-	
Suda doğum uygulamasını bilme durumu								
Evet	40	100.0	40	100.0	80	100.0	-	-
Hayır	-	-	-	-	-	-	-	-

a. Fisher tam olasılık testi kullanılmıştır.

b. Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 4.1.5’de gebelerin suda doğum ve hidroterapi uygulamalarını bilme durumlarının çalışma gruplarına göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, deney grubundaki gebelerin %95’i, kontrol grubundaki gebelerin ise tamamı hidroterapi uygulaması hakkında bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiş olup, hidroterapi uygulamasını bilme durumu bakımından deney grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Tabloda yer almamakla birlikte deney grubundaki gebelerin tamamı hidroterapi hakkında sağlık personelinde bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanısıra araştırma kapsamına alınan gebelerin tamamı suda doğum uygulamasını duyduklarını ifade etmişlerdir. Tabloda yer almamakla birlikte gebeler suda doğum hakkında sırasıyla sosyal medyadan (D=%90, K=%85) ve sağlık personelinde (D=%23.7, K=%28.9) bilgi aldıklarını belirtmiştir. Tabloda yer almamakla birlikte, deney grubu gebelerin hidroterapi uygulamasında memnun kalma durumu incelendiğinde hidroterapi uygulaması alan gebelerin tamamı hidroterapinin doğumda ağrılarını hafiflettiğini, bir sonraki doğumunda hidroterapi kullanmak istediğini ve hidroterapi uygulamasını başkalarına önereceğini ifade etmişlerdir.

4.2. Doğum Sürecine Yönelik Bazı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Doğum sürecinde farklı servikal açıklıklarda gebelerin verdikleri tepkilerin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Değişkenler	S.A 5 cm			S.A 6 cm			S.A 10 cm			Analiz								
	Deney		Kontrol	Deney		Kontrol	Deney		Kontrol	χ^2	p							
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı			%						
Heyecanlı Görünüm	22	55.0	31	77.5	4,528	0.033	7	17.5	32	80.0	34,941	0.001	2	5.0	32	80.0	46.036	0.001
Korku İfadesi	19	52.5	22	55.0	0.450	0.502	1	2.5	26	65.0	21.600	0.001	3	7.5	26	65.0	28.614	0.001
Yalnız Kalmaktan Kaçma	14	35.0	17	42.5	0.474	0.491	0	0.0	27	67.5	40.455	0.005	1	2.5	27	67.5	37.143	0.001
Huzursuzluk	24	60.0	13	32.5	6.084	0.014	1	2.5	19	47.5	21.600	0.001	0	0.0	28	70.0	43.077	0.001
İletişimden Kaçma	17	42.5	8	20.0	4.713	0.030	0	0.0	8	20.0	a	0.005	0	0.0	25	62.5	36.364	0.001
İletişime Açık Olma	4	10.0	0	0.0	a	0.116	36	90.0	1	2.5	60.596	0.001	37	92.5	6	15.0	48.322	0.001
Kendine Güvenme	0	0.0	0	0.0	b		36	90.0	1	2.5	61.596	0.001	37	92.5	5	12.5	51.328	0.001
Soguk Karılı/ Kontrollü Olma	1	2.5	2	5.0	a	1.000	38	95.0	2	5.00	64.800	0.001	33	82.5	4	10.0	42.288	0.001
Sürekli Gezinme	11	27.5	10	25.0	0.065	0.799	3	7.5	10	25.0	4.501	0.034	1	3.3	13	32.5	12.468	0.001
Yüksek Sesle Ağlama	22	55.0	18	45.0	0.800	0.371	1	2.5	24	60.0	30.778	0.001	0	0.0	19	47.5	24.918	0.001
Sessizce Ağlama	10	25.0	13	32.5	0.549	0.459	2	5.0	13	32.5	9.928	0.002	3	7.5	13	32.5	7.813	0.001
Ayucularını Sıkma	17	42.5	10	25.0	2.739	0.098	3	7.5	10	25.0	4.501	0.034	3	7.5	18	45.0	14.528	0.001
Herhangi Bir Şeyi Sıkma	16	40.0	10	25.0	2.051	0.152	2	5.0	15	37.5	12.624	0.001	3	7.5	17	42.5	13.067	0.001
Dudak Isırma	13	32.5	6	15.0	3.382	0.066	2	5.0	15	37.5	12.624	0.001	2	5.0	17	42.50	15.531	0.001
Yakınma	19	47.5	15	37.5	0.818	0.366	1	2.5	23	57.5	28.810	0.001	0	0.0	25	62.5	36.364	0.001
Agresif Davranma	23	57.5	16	40.0	2.452	0.117	1	2.5	24	60.0	30.778	0.001	0	0.0	31	77.5	50.612	0.001
Çevresindeki Kişileri Suçlama	15	37.5	21	52.5	1.818	0.178	1	2.5	26	65.0	34.941	0.001	0	0.0	34	85.0	59.130	0.001
Davraş Kontrolünde Güçlük	21	52.5	27	67.5	1.875	0.171	1	2.5	29	72.5	41.813	0.001	0	0.0	30	75.0	48.000	0.001
Mahremiyetin Azalması	21	52.5	24	60.0	0.457	0.499	1	2.5	32	80.0	49.568	0.001	0	0.0	36	90	64.455	0.001
Kendine Zarar Verebilecek Davraşlarda Bulunma	7	17.5	11	27.5	1.147	0.284	0	0.0	11	27.5	12.754	0.001	0	0.0	26	65	38.519	0.001

- a. Fisher tam olasılık testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı.
b. Gözlemlere düşen rakamlar yetersiz olduğu için iki grup arasındaki farklılık incelenmemiştir.
c. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı.

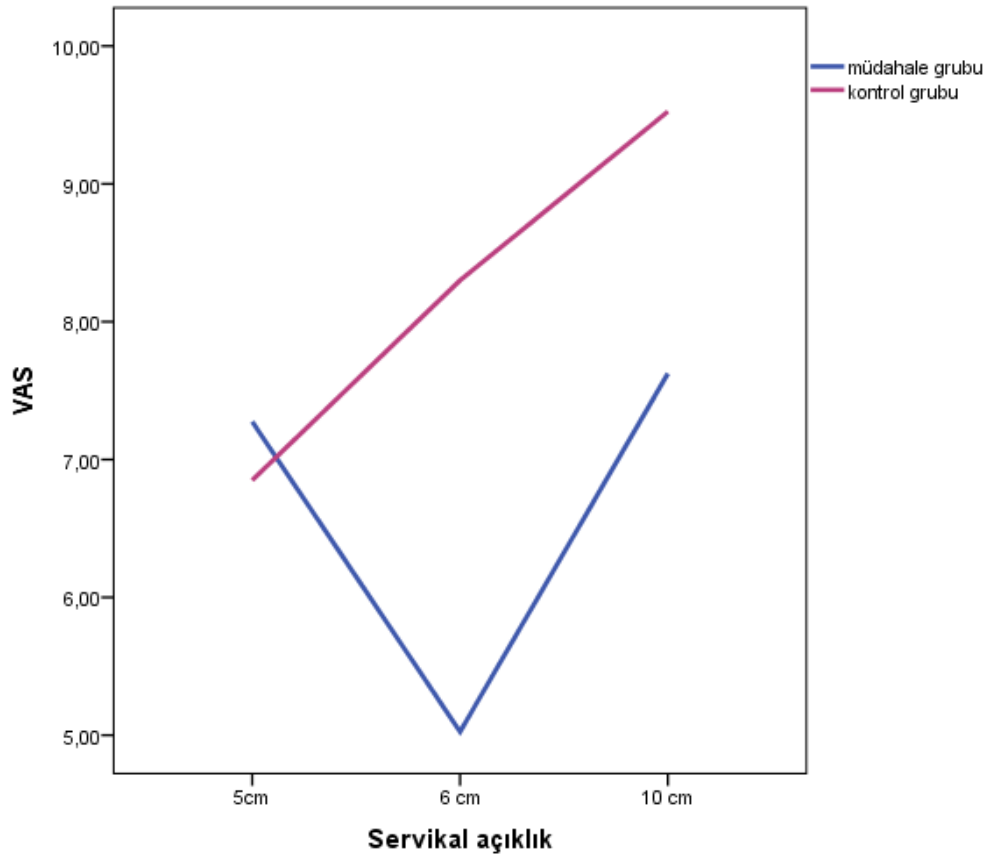
Tablo 4.2.1’de doğum sürecinde farklı SA’da verilen tepkilerin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde SA 5 cm iken kontrol grubundaki gebelerde deney grubundaki gebelere oranla daha fazla "heyecanlı görünüm" gözlenirken ($p<0.05$), deney grubu gebelerde ise "huzursuzluk" ve "iletişimden kaçma davranışı" daha fazla gözlenmiştir ($p<0.05$). Bunun yanında SA 6 cm iken kontrol grubundaki gebelerde deney grubundaki gebelere oranla sırasıyla daha fazla "heyecanlı görünüm", "mahremiyetin azalması", "davranış kontrolünde güçlük çekme", "yalnız kalmaktan kaçma", "korku ifadesi", "çevresindeki kişileri suçlama", "agresif davranma", "yüksek sesle ağlama", "yakınma", "dudak ısırma", "huzursuzluk", "herhangi bir şeyi sıkma", "avuçlarını sıkma", "sessizce ağlama", "kendine zarar verebilecek davranışlarda bulunma", "sürekli gezinme", "iletişimden kaçma" davranışları daha çok görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubu gebelerde ise "iletişime açık olma", "kendine güvenme", "soğukkanlı ve kontrollü olma" davranışları daha çok görülmüştür ($p=0.001$). SA 10 cm olduğunda doğum eylemindeki gebelerin duygusal ve davranışsal belirtileri incelendiğinde; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla en çok sırasıyla "mahremiyetin azalması", "heyecanlı görünüm", "agresif davranma", "davranış kontrolünde güçlük çekme", "huzursuzluk", "yalnız kalmaktan kaçma", "korku ifadesi", "kendine zarar verebilecek davranışlarda bulunma", "iletişimden kaçma", "yakınma", "çevresindeki kişileri suçlama", "yüksek sesle ağlama", "avuçlarını sıkma", "herhangi bir şeyi sıkma", "dudak ısırma", "sessizce ağlama", "sürekli gezinme" davranışları daha fazla gözlenmiştir ($p=0.001$). Deney grubu gebelerde ise "iletişime açık olma", "kendine güvenme", "soğukkanlı ve kontrollü olma" davranışları kontrol grubuna göre daha fazla görülmüştür ($p=0.001$).

Tablo 4.2.2. Farklı servikal açıklıktaki VAS skor ortalamalarının çalışma gruplarına göre dağılımı.

SA	Deney Grubu VAS n=40		Kontrol Grubu VAS n=40		Analiz ^a	
	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	U	P
5 cm	7.28±0.85	6.00-8.00	6.85±1.10	2.00-8.00	616.50	0.060
6 cm	5.03±1.10	2.00-7.00	8.30±0.52	7.00-9.00	1.00	0.001^b
10 cm	7.63±0.93	5.00-9.00	9.53±0.51	9.00-10.00	57.00	0.001^b

a. Mann Whitney U testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

b. 0.001 ileri düzeyde anlamlı.



Şekil 4.2.2.1. Gebelerin doğum eyleminde farklı servikal açıklıkta VAS skorlarının çalışma gruplarına göre dağılımı grafiği.

Tablo 4.2.2 ve Şekil 4.2.2.1’de gebelerin doğum eyleminde farklı SA’da VAS skor ortalamalarının çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. SA 5 cm olduğunda gebelerin VAS skoru ortalaması deney grubunda 7.28 ± 0.85 , kontrol grubunda ise 6.85 ± 1.10 olarak belirlenmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). SA 6 cm olduğunda gebelerin VAS skoru ortalaması deney grubunda 5.03 ± 1.10 , kontrol grubunda ise 8.30 ± 0.52 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.001$). SA 10 cm olduğunda ise gebelerin VAS skoru ortalaması deney grubunda 7.63 ± 0.93 , kontrol grubunda ise 9.53 ± 0.51 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.001$).



Tablo 4.2.3. Doğum sürecinde farklı servikal açıklıklardaki bazı parametrelerin çalışma grupları göre dağılımı.

PARAMETRELER	Servikal Açıklık 5 cm				U ^a	p
	Deney Grubu		Kontrol Grubu			
	Ort ±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Kontraksiyon sıklık/dk	3.71±0.24	3.25-4.15	3.90±0.29	3.50-4.25	532.00	0.009
Kontraksiyon şiddet mm/Hg /dk	56.03±2.21	50.00-59.00	54.10±3.22	50.00-62.00	492.00	0.003
Kontraksiyon süresi sn/dk	51.38±3.23	44.00-55.00	49.23±5.61	45.00-70.00	505.50	0.004
Fetal kalp atımı/dk	143.20±4.76	128.00-158.00	135.18±8.23	120.00-150.00	225.50	0.001
Sistolik kan basıncı mm/Hg/dk	110.00±8.16	100.00-120.00	108.00±7.58	100.00-120.00	692.00	0.268
Diyastolik kan basıncı mm/Hg/dk	77.50±5.88	60.00-80.00	70.50±6.39	60.00-80.00	342.00	0.001
Nabız atımı/dk	73.95±3.80	70.00-88.00	72.78±2.96	68.00-80.00	610.50	0.002
PARAMETRELER	Servikal Açıklık 6 cm				U ^a	p
	Deney Grubu		Kontrol Grubu			
	Ort ±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Kontraksiyon sıklık/dk	4.13±0.20	3.55-4.27	3.46±0.39	3.00-4.58	118.00	0.001
Kontraksiyon şiddeti mm/Hg /dk	53.85±2.41	50.00-59.00	59.33±3.41	54.00-70.00	127.00	0.001
Kontraksiyon süresi sn/dk	42.90±2.10	40.00-50.00	59.75±3.26	56.00-75.00	0.00	0.001
Fetal kalp atımı/dk	141.63±6.08	124.00-157.00	142.18±7.00	120.00-160.00	695.00	0.305
Sistolik kan basıncı mm/Hg/dk	112.25±7.33	100.00-120.00	112.00±6.48	100.00-130.00	761.50	0.068
Diyastolik kan basıncı mm/Hg/dk	73.00±6.48	60.00-80.00	76.13±9.51	60.00-90.00	632.00	0.085
Nabız atım/dk	74.68±3.91	68.00-88.00	76.65±3.68	70.00-88.00	494.50	0.003
PARAMETRELER	Servikal Açıklık 10 cm				U ^a	p
	Deney Grubu		Kontrol Grubu			
	Ort ±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Kontraksiyon sıklık/dk	1.68±0.23	1.45-2.00	1.36±0.14	1.00-2.00	42.50	0.001
Kontraksiyon şiddet mm/Hg/dk	84.35±6.42	52.00-90.00	92.23±2.40	90.00-97.00	9.50	0.001
Kontraksiyon süresi sn/dk	75.65±2.79	65.00-79.00	83.70±5.00	73.00-92.00	58.50	0.001
Fetal kalp atımı/dk	140.58±7.44	126.00-158.00	147.73±8.55	124.00-160.00	387.50	0.001
Sistolik kan basıncı mm/Hg/dk	110.58±8.46	100.00-120.00	119.00±5.91	100.00-130.00	370.00	0.001
Diyastolik kan basıncı mm/Hg/dk	73.40±7.64	60.00-90.00	78.75±5.30	70.00-90.00	437.00	0.001
Nabız atım/dk	74.80±4.29	68.00-84.00	80.15±4.05	70.00-89.00	266.00	0.001

a. Mann Whitney U testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

Tablo 4.2.3'de gebelerin doğum sürecinde farklı SA'daki bazı parametrelerinin çalışma grupları göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde SA 5 cm kontraksiyon sıklığı ortalaması deney grubunda dakikada 3.71 ± 0.24 iken, kontrol grubunda 3.90 ± 0.29 'dur ($p < 0.05$). SA 6 cm olduğunda kontraksiyon sıklığının ortalaması deney grubunda dakikada 4.13 ± 0.20 iken, kontrol grubunda 3.46 ± 0.39 'dur ($p = 0.001$). SA 10 cm olduğunda ise kontraksiyon sıklığının ortalaması deney grubunda dakikada 1.68 ± 0.23 , kontrol grubunda ise dakikada 1.36 ± 0.14 olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$).

Tablo incelendiğinde SA 5 cm olduğunda deney ve kontrol grupları arasında kontraksiyon şiddeti ortalaması deney grubunda dakikada 56.03 ± 2.21 mm/Hg iken kontrol grubunda ise dakikada 54.10 ± 3.22 mm/Hg'dir. ($p < 0.05$). SA 6 cm olduğunda kontraksiyon şiddeti ortalaması deney grubunda dakikada 53.85 ± 2.41 mm/Hg iken, kontrol grubunda 59.33 ± 3.41 'dir ($p = 0.001$). Servikal açıklık 10 cm olduğunda ise deney grubunda kontraksiyon şiddet ortalaması dakikada 84.35 ± 6.42 mm/Hg iken, kontrol grubunda dakikada 92.23 ± 2.40 mm/Hg olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$).

Tablo incelendiğinde SA 5 cm olduğunda deney ve kontrol grupları arasında kontraksiyon süresi ortalaması dakikada deney grubunda 51.38 ± 3.23 saniye iken, kontrol grubunda ise dakikada 49.23 ± 5.61 saniyedir ($p < 0.05$). SA 6 cm olduğunda kontraksiyon süresi ortalaması deney grubunda dakikada 42.90 ± 2.10 saniye iken, kontrol grubunda 59.75 ± 3.26 'dır ($p = 0.001$). SA 10 cm olduğunda ise kontraksiyon süresi ortalaması deney grubunda dakikada 75.65 ± 2.79 saniye iken, kontrol grubunda 83.70 ± 5.00 saniye olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$).

SA 5 cm olduğunda fetal kalp atımı ortalaması deney grubunda dakikada 143.20 ± 4.76 atım iken, kontrol grubunda dakikada 135.18 ± 8.23 atımdır ($p = 0.001$). SA 6 cm olduğunda ise fetal kalp atım ortalaması deney grubunda dakikada 141.63 ± 6.08 atım iken kontrol grubunda 142.18 ± 7.00 atımdır ($p > 0.05$). SA 10 cm olduğunda fetal kalp atımı ortalaması deney grubunda dakikada 140.58 ± 7.44 iken grubunda 147.73 ± 8.55 olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$).

SA 5 cm olduğunda sistolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 110.00 ± 8.16 mm/Hg iken, kontrol grubunda ise 108.00 ± 7.58 mm/Hg'dir ($p > 0.05$). SA 6 cm olduğunda deney ve kontrol grupları arasında sistolik kan basıncı ortalaması

deney grubunda 112.25 ± 7.33 mmHg iken kontrol grubunda 112.00 ± 6.48 mm/Hg olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). SA 10 cm olduğunda deney ve kontrol grupları arasında sistolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 110.58 ± 8.46 mm/Hg iken kontrol grubunda 119.00 ± 5.91 mm/Hg olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$).

Tablo incelendiğinde SA 5 cm olduğunda deney ve kontrol grupları arasında diastolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 77.50 ± 5.88 mm/Hg iken, kontrol grubunda 70.50 ± 6.39 mm/Hg olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$). SA 6 cm olduğunda ise deney ve kontrol grupları arasında diastolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 73.00 ± 6.48 mm/Hg iken, kontrol grubunda 76.13 ± 9.51 mm/Hg olarak ölçülmüştür ($p > 0.05$). SA 10 cm olduğunda ise deney ve kontrol grupları arasında diastolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 73.40 ± 7.64 mm/Hg iken kontrol grubunda ise 78.75 ± 5.30 mm/Hg olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$).

SA 5 cm olduğunda nabız ortalaması deney grubunda dakikada 73.95 ± 3.80 atım iken, kontrol grubunda dakikada 72.78 ± 2.96 atımdır ($p < 0.05$). SA 6 cm olduğunda ise nabız ortalaması deney grubunda dakikada 74.68 ± 3.91 atım iken, kontrol grubunda ise dakikada 76.65 ± 3.68 atımdır ($p < 0.05$). SA 10 cm olduğunda nabız ortalaması deney grubunda dakikada 74.80 ± 4.29 atım iken, kontrol grubunda ise 80.15 ± 4.05 olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$). SA 5 cm olduğunda nabız ortalaması deney grubunda dakikada 73.95 ± 3.80 atım iken, kontrol grubunda dakikada 72.78 ± 2.96 atımdır ($p < 0.05$). SA 6 cm olduğunda ise nabız ortalaması deney grubunda dakikada 74.68 ± 3.91 atım iken, kontrol grubunda ise dakikada 76.65 ± 3.68 atımdır ($p < 0.05$). SA 10 cm olduğunda nabız ortalaması deney grubunda dakikada 74.80 ± 4.29 atım iken, kontrol grubunda ise 80.15 ± 4.05 olarak ölçülmüştür ($p = 0.001$).

Tablo 4.2.4. Doğumun farklı evrelerinde geçen sürenin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Evreler	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Analiz ^a	
	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS	Min-Max	U	P
Aktif faz süresi/dk	210.18±19.18	180-255	272.18±23.23	210-315	34.50	0.001
İkinci evre süresi/dk	40.13±9.23	20-58	59.23±12.94	30-93	151.50	0.001
Üçüncü evre süresi/dk	9.83±2.54	5-15	10.85±2.93	5-15	624.50	0.088

a. Mann Whitney U testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı.

Tablo 4.2.4’de doğum sürecinin farklı evrelerinde geçen sürenin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki gebelerde doğumun aktif faz süresi ortalama 210.18 ± 19.18 dakika iken, kontrol grubunda bu süre 272.18 ± 23.23 dakika sürmüştür. Her iki grup karşılaştırıldığında doğumun aktif faz süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0.001$). Doğumun ikinci evresi süresi deney grubunda ortalama 40.13 ± 9.23 dakika iken, kontrol grubunda ise 59.23 ± 12.94 dakika sürmüştür. Her iki grupta doğumun ikinci evre süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0.001$). Doğumun üçüncü evresi süresi deney grubunda ortalama 9.83 ± 2.54 dakika iken, kontrol grubunda ise 10.85 ± 2.93 dakika sürmüş olup, her iki grupta doğumun üçüncü evre süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

4.3. Doğum Sonu Döneme Yönelik Bazı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Doğum duygulanım ölçeği puan ortalamasının çalışma gruplarına göre dağılımı.

	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Genel n=80		Analiz ^a	
	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS	Min- Max	U	p
Toplam ölçek puanı	129.45±5.33	119-137	44.97±6.09	34-55	87.21±42.88	34-137	0.001	0.001
Cronbach's Alpha=0.993								

a. Mann Whitney U testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

Tablo 4.3.1’de araştırma kapsamındaki gebelerin doğum duygulanım ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Postpartum ilk 12 saat içerisinde yapılan değerlendirmede deney grubundaki gebelerin, doğum duygulanım ölçek puan ortalamasının 129.45±5.33, kontrol grubundaki gebelerin ise ölçek puan ortalamasının 44.97±6.09 olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun doğum duygulanım ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.001). Bu bulguya göre deney grubundaki, gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğum sürecine ilişkin daha olumlu duygular yaşadığı söylenebilir.

Tablo. 4.3.2. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalamasının çalışma gruplarına göre dağılımı.

	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		U ^a	p
	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max		
Ölçek puanı ortalaması	5.03±0.70	3.00-6.00	3.00±0.82	2.00-6.00	74.50	0.001
Cronbach's Alpha=0.78						

a. Mann Whitney U testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

Tablo. 4.3.2’de doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalamasının deney ve kontrol gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalaması en düşük 0 ve en yüksek 6 puan ortalaması arasında yer almaktadır. Ölçek puanı artması annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Tablo incelendiğinde doğum sonu dönemde deney grubundaki gebelerin ölçek puan ortalamasının (5.03±0.70), kontrol grubundaki gebelere göre (3.00±0.82) daha yüksek olduğu saptanmış olup, yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p=0.001). Bu durum deney grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğum sonu dönemde daha pozitif ebeveynlik davranışı içerisinde olduğunu göstermektedir

Tablo. 4.3.3 Doğum duygulanım ölçeği ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalamalarının çalışma gruplarına göre ilişkisi.

	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Genel n=80	
	İlişki Katsayısı	p	İlişki Katsayısı	p	İlişki Katsayısı	p
Ölçekler arasındaki ilişki	0.139	0.391 ^a	0.042	0.795 ^a	0.805	0.001^b

a. Spearman's rho ilişki katsayısı

b. Pearson ilişki katsayısı, $p < 0.05$ anlamlı.

Tablo. 4.3.3’de doğum duygulanım ölçeği ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalamalarının çalışma gruplarına göre ilişkisi yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum duygulanım ölçeği ile doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak çalışma kapsamındaki tüm gebeler değerlendirildiğinde %80.5 büyüklüğünde doğum duygulanım ölçeği ile doğum sonu ebeveynlik davranışı ölçeği puan ortalamaları arasında aynı yönlü önemli bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p = 0.001$). Bu bulguya göre doğuma yönelik olumlu duygu içerisinde bulunan gebelerin ebeveynlik davranışlarında daha olumlu olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3.4. Doğum sonu dönemde gebelerin sağlık sorunu yaşama durumlarının gruplara göre dağılımı.

Değişkenler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Analiz ^b	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Doğum sonu dönemde sorun yaşama durumu								
Evet	10	25.0	30	75.0	40	50.0	20.000	0.001
Hayır	30	75.0	10	25.0	40	50.0		
Yaşanılan sorunlar^a								
Yorgunluk/güçsüzlük	10	100.0	30	100.0	40	100.0	-	-
Uykusuzluk	8	80.0	28	93.3	36	90.0	-	0.256
Sinirlilik	7	70.0	16	53.3	23	57.5	-	0.471

a. Bu soruyu sadece sağlık sorunu yaşayanlar cevaplandırmıştır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

b. Pearson ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı.

Tablo 4.3.4’de gebelerin doğum sonu dönemde sağlık sorunu yaşama durumlarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kontrol grubundaki gebelerin %75.0’inin doğum sonu dönemde sağlık sorunu yaşadıkları belirlenirken, bu oran deney grubunda %25.0’dır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda gruplar arasında doğum sonu dönemde sağlık sorunu ile karşılaşma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$). Doğum sonu dönemde yaşanan sağlık sorunları incelendiğinde deney grubundaki gebelerin tamamının yorgunluk ve güçsüzlük, büyük çoğunluğunun uykusuzluk (%80.0), diğer kısmının ise sinirlilik (%70.0) yaşadığını belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ise tamamının yorgunluk ve güçsüzlük, büyük çoğunluğunun uykusuzluk (%93.3), diğer kısmının ise sinirlilik (%53.3) yaşadığı belirlenmiştir. Doğum sonu dönemde yaşanan sağlık sorunları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.5. Doğum sonu dönemde yeni doğana ilişkin özelliklerin çalışma gruplarına göre dağılımı.

Özellikler	Deney Grubu n=40		Kontrol Grubu n=40		Analiz ^{a/b}	
	Ort ±SS	Min-Max	Ort ±SS	Min-Max	U ^a	p
Kilo/kg	3.35±0.45	2.70-4.00	3.01±0.26	2.60-3.60	356.50	0.001
Boy/cm	50.45±1.27	48.00-55.00	49.90±1.30	48.00-52.00	604.00	0.051
Apgar skoru 1. dakika	8.38±0.59	7.00-10.00	8.00±0.64	7.00-9.00	288.00	0.012
Apgar skoru 5. dakika	9.98±0.16	9.00-10.00	9.38±0.59	8.00-10.00	134.00	0.001

a. Mann Whitney U testi kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı.

Tablo 4.3.5’de doğum sonu dönemde yeni doğana ilişkin özellikler yer almaktadır. Tabloda yer almamakla birlikte, deney grubundaki bebeklerin cinsiyetinin çoğunlukla kız (%57.5), kontrol grubundaki bebeklerinin cinsiyetinin ise çoğunlukla erkek (%57.7) olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra deney grubundaki gebelerin yenidoğanlarının kilo ortalamalarının (3.35±0.45/kg), kontrol grubu gebelerden (3.01±0.26/kg) daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001). Aynı zamanda yeni doğanların boy uzunluğu ortalamalarına bakıldığında ise deney grubu yeni doğanların boy uzunluğu (50.45±1.27/ cm) kontrol grubu yeni doğanların boy uzunluğu ortalamasından (49.90±1.30/ cm) daha fazla olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Çalışmamızda yenidoğanların apgar skorları incelendiğinde, deney grubu gebelerinin yeni doğanlarında birinci dakika apgar skoru ortalaması 8.38±0.59 iken bu ortalama kontrol grubunda 8.00±0.64’dür (p<0.05). Deney grubu gebelerinin yeni doğanlarının beşinci dakika apgar skoru ortalaması (9.98±0.16) ile kontrol grubu gebelerinin yeni doğanlarının beşinci dakika apgar skoru ortalaması (9.38±0.59) karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (p=0.001). Tabloda yer almamakla birlikte incelendiğinde deney ve kontrol grubundaki gebelerin yeni doğanlarının tamamının yoğun bakım ihtiyacının olmadığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra doğum sonu dönemde

kontrol grubundaki gebelerin yeni doğanlarının %22.5'inin sağlık sorunu yaşadığı belirlenirken, bu oran deney grubundaki gebelerin yeni doğanlarında %2.5'dir ($p=0.001$). Yaşanan sağlık sorunları incelendiğinde; kontrol grubundaki gebelerin sağlık sorunu yaşayan yeni doğanlarının tamamında emme sorunu, %88.9'unda huzursuzluk, %77.8'inde uykusuzluk ve %77.8'inde s¼rekli ağlama sorunları saptanmıştır. Deney grubundaki yeni doğanlarda karşılaşılan sorunlar ise sadece bir yeni doğanda emme sorunu ile karşılaşılmıştır. Yeni doğanda karşılaşılan sorunlar y¼n¼nden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Araştırma, doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine etkisi değerlendirilmek amacıyla hidroterapi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında karşılaştırma yapmaya yönelik yürütülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin eğitimi, eş eğitimi, evlilik süresi, çalışma durumları, uzun süre ikamet edilen yer ve gelir algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgular çalışmamızın homojenliği açısından önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu durumun her iki gruptaki gebelerin aynı kültür ve coğrafyada yaşamalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1).

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu gebelerin çoğunluğunun 40. gebelik haftasında olduğu ($D=\%37.5$, $K=\%40.0$) ($p>0.05$) ve tamamının bu gebeliğini isteyerek planlandığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.2). Ersoy ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada son yıllarda nulliparlarda planlı gebeliklerin arttığı belirtilmekle birlikte araştırma bulgumuzu desteklemektedir (79). TNSA 2008 yılı verisinde gebeliklerin %18'i istenmeyen gebeliktir. TNSA 2013 yılı verilerine göre gebeliklerin %74'ü istenen gebelik, %11'inin daha sonra olması istenen gebelik, %13'ü ise istenmeyen gebeliktir. İstenmeyen gebeliklerin % 2'sinin ilk gebelik olduğu görülmüştür (5). Son yıllarda planlı gebeliklerin artmasının, aile planlaması hizmetlerine erişimin rahat ve ucuz olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Doğum öncesi izlemin gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekte, daha yararlı ve maliyeti etkin kılmaktadır (80). Çalışmamızda her iki gruptaki gebelerin tamamının doğum öncesi izlem hizmeti aldığı belirlenmiş olup, doğum öncesi izlem ortalaması deney grubunda 10.67 ± 3.34 , kontrol grubunda ise 8.70 ± 3.18 'dir ($p<0.05$). Doğum öncesi bakım hizmeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında çıkarılan "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi" ile hem nicelik ve hem de nitelik olarak standardize edilmiştir. Rehberde her gebenin ilk 14 hafta içinde, 18–24, 30–32 ve 36–38 haftalar arasında olmak üzere en az 4 kez izlenmesi ve her izlemede yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık

hizmetleri tanımlanmıştır (80). DSÖ'nün önerdiği gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve/veya sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmeyen gebeler için en az 4 izlemde verilen kaliteli doğum öncesi bakım; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek sorunların sayısını şiddetini azaltmaktadır (80). Araştırmamız kapsamındaki gebelerin 4'ün üzerinde doğum öncesi izlem aldıkları dikkat çekmektedir. Bu durumun çalışmamızdaki gebelerin Ankara'da ikamet etmelerine bağlı olarak sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolay olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Aynı zamanda çalışmamızda doğum öncesi izlem alan gebelerin çoğunluğunun bu izlemi hekimden aldığı belirlenmiştir (D=%75.0, K= %85.0) (p>0.05). Ebe ve hemşire sağlık personelinden izlem alanların oranı ise sırasıyla deney grubunda % 47.5, %32.5 iken kontrol grubunda %72.5 ve %22.5'dir (Bkz.Tablo 4.1.2). TNSA 2013 yılı verisine göre ülkemizde gebelerin %97'si en az bir kez sağlık personelinden doğum öncesi bakım almış olup, bu gebelerin neredeyse tamamına yakını (%95) doğum öncesi bakımı hekimden almışlardır. İlk gebeliklerin ise neredeyse tamamı, gebelikleri sırasında doktordan (%97) ve hemşireden/ebeden (% 2) doğum öncesi bakım hizmeti almışlardır (5). Bu sonuçlar özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebe ve hemşireler tarafından verilen doğum öncesi bakım hizmetlerinin istendik düzeyde olmadığını göstermektedir. Oysaki hemşire ve ebelerin danışman ve eğitici rolleri ile doğum öncesi bakım hizmetlerinde anahtar konuma sahip oldukları, özellikle ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılmasıyla bu rollerini daha aktif kullanabilecekleri düşünülmektedir.

Gebelik süresince gözlenen hormonlarla ilişkili olan fizyolojik değişiklikler, anne ve bebek sağlığı için en uygun ortamın sağlanması ve doğumda olası risklere karşı bir tedbir olarak yaşanmaktadır (36,38). Araştırmamızda, her iki gruptaki gebelerin çoğunluğunun gebelik dönemi sürecinde gebeliğe bağlı sağlık sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (D=%85.0, K=%77.5). Arabacıoğlu'nun yapmış olduğu çalışmada birinci trimesterde gebelerin gebeliğe bağlı en sık üç sorununun; sık idrara çıkma (%77.5), sinirlilik hali (%77.5), bulantı (%75) olduğu tespit edilmiştir (82). Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin yaşadıkları gebelik sorunları incelendiğinde; ilk trimesterde en fazla oranda yaşanan üç sorun sırasıyla; sık idrara çıkma (%88.9), yorgunluk (%83.3), kusma bulantı (%72.2) iken; ikinci

trimesterde; sık idrara çıkma (%90.6), yorgunluk (%83.5), bel ağrısı (%76.5), üçüncü trimesterde ise yorgunluk (%90.2), sık idrara çıkma (%88.0) ve bel ağrısıdır (%83.7) (83). Çalık'ın çalışmasında ise sırasıyla bulantı-kusma (%54.0), ağrı-kasılma (%39.0) ve idrar yolu enfeksiyonu (%34.0) olduğu tespit edilmiştir (13). Araştırmamızda ise en sık yaşanan sorunların sırasıyla bulantı kusma (D=%79.4, K=%83.9), uykusuzluk (M=%67.6, K=%64.5), bel ağrısı, (M=%64.7, K=%87.1), huzursuzluk (D=%61.8, K=%54.8), bacak krampları (D=%58.8, K=%58.1), yorgunluk (D=%44.1, K=%51.6), hazımsızlık mide yanması (D=%44.1, K=%45.2), ayaklarda ödem (D=%38.2, K=%35.5) ve boşaltım sorunları (D=%26.5, K=%25.8) olduğu saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.1.3). Çalışma bulgumuz yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın önerisine göre; gebe kalmadan 3 ay önce bebekte oluşabilecek malformasyonları en aza indirmek için folik asit desteği başlanmakta ve gebeliğin 10. haftasının sonuna kadar folik asit kullanılmasını önerilmektedir. D vitamini ve demir preparatı kullanımı ise gebeliğin 12. haftasından itibaren gebelik süresince altı ay, kullanımı önerilmektedir (84). Araştırmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin çoğunluğunun gebelik sürecinde ilaç kullanımlarının olduğu belirlenmiştir. Kullanılan ilaçların türleri incelendiğinde; Sağlık Bakanlığı'nın önerisine uygun olarak gebelerin büyük çoğunluğunun vitamin veya demir preparatları kullandığı saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.1.3). Sözeri ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %61.0'nun gebelik süresince demir preparatları, %71,6'sının vitamin ilaçları kullandığı belirtilmiştir (85). Kılıçarslan'ın çalışmasında ise gebelerin %56.8'inin gebeliğinde demir ve vitamin aldığı saptanmıştır (86). Yapılan her iki çalışmanın bulguları çalışmamız bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Ancak çalışmamızın aksine Olukman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelikte en çok kullanılan ilaçların % 26.6 antiinfektifler, % 18.3 opioid ve opioid olmayan analjezikler, % 8.4 antidepresanlar, % 8.2 antigribal ilaçlar olduğunu saptamışlardır (87). Bu farkın Olukman ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalığı bulunan gebelerin araştırmaya dahil edilmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda gebelikte ilaç kullanımının gebenin kronik hastalığa sahip olma, gebeliği isteme ve doğum öncesi bakım hizmeti alma durumuna bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğuma ilişkin endişeleri doğum salonuna kabullerinde değerlendirilmiştir. Araştırmamızda her iki gruptaki gebelerin tamamının doğuma ilişkin endişe yaşadığı saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.1.4). Mucuk'un çalışmasında gebelerin %85'in doğum ilişkin endişelerinin bulunduğu belirlenirken, Çalık'ın çalışmasında ise bu oran %90'dır (13,88). Çalışma bulgularımız yapılan çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir. Özellikle doğuma yönelik toplumsal öğretiler korku, endişe, ağrı döngüsünü artırmakla birlikte, isteğe bağlı sezaryen doğum tercihini de yükseltmektedir. Ülkemiz OECD ülkeleri arasında sezaryen uygulama sıklığı açısından birinci sırada (%54.4) yer alırken, ikinci sırada Meksika (%45.2), üçüncü sırada Şili (%44.7) yer almaktadır (4). Bu bakımdan doğuma yönelik endişelerin azaltılmasında doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması ve etkin hale getirilmesi, bu sınıflarda gebelerin doğuma yönelik endişelerini tartışma imkanının sağlanması, doğum sürecinde kullanabileceği nonfarmakolojik ağrı ile baş etme yöntemlerin öğretilerek doğumda kontrolünün kendinde olacağı algısının geliştirilmesi bu endişelerin azaltılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda her iki gruptaki gebelerin doğuma yönelik endişe nedenleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Doğum yönelik yaşanan bu endişelerin nedenleri incelendiğinde; gebelerin doğumda ağrı hissetme endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %95.0 iken, kontrol grubunda %92.5'dir. Doğum sancuları ile baş edememe endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %87.5 iken, kontrol grubunda %90.0, bebeğin sağlıklı olacağı endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %82.5, kontrol grubunda %77.5, doğum esnasında kötü bir şeyler olacağı endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %77.5, kontrol grubunda %75.0, doğumun uzun süreceği endişesi yaşayanların yüzdesi deney grubunda %72.5, kontrol grubunda ise %80.0'dir (Bkz.Tablo 4.1.4). Aksoy ve arkadaşlarının, Akyol ve arkadaşlarının ve Çalık'ın çalışmasında gebelerin çoğunluğunun doğum ağrısı ile baş edememe ve doğum sırasında bebeğin sağlığının kötü etkileneceği endişesi taşıdıkları belirlenmiştir (2,13,89). Çalışma bulgumuz araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermekle birlikte, araştırmamızda her iki gruptaki gebelerin benzer endişelere sahip olmasının aynı kültürde yaşamalarına bağlı olarak toplumsal öğretiler ve inançlardan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Gebeler doğum ağrısı ile karşılaştıklarında, sahip oldukları eğitim, sosyo kültürel durum ve doğum sürecine yönelik çeşitli endişeler nedeniyle, farklı davranışsal ve duygusal tepkiler verdikleri bilinmektedir. Doğum sürecinde gebelerin ağrıya verdikleri tepkiler ise çoğunlukla inilti ses çıkarma, yüz buruşturma, yüksek sesle ağlamadır (13,36,90). Araştırmamızda, hidroterapi uygulamadan önce, SA 5 cm iken ve deney kontrol grubunun davranışsal ve duygusal tepkileri gözlemlendiğinde, kontrol grubundaki gebelerde deney grubundaki gebelere oranla daha fazla "heyecanlı görünüm" gözlenirken ($p<0.05$), deney grubu gebelerde ise "huzursuzluk" ve "iletişimden kaçma davranışı" daha fazla gözlenmiştir ($p<0.05$). Deney grubundaki gebeler SA 5 cm iken hidroterapi için havuza alınmış olup, kontrol grubu gebelere ise hiçbir farmakolojik ya da nonfarmakolojik analjezik yöntem uygulanmamıştır. SA 6 cm olduğunda doğum eylemindeki gebelerin duygusal ve davranışsal belirtileri incelendiğinde; kontrol grubundaki gebelerde "heyecanlı görünüm", "mahremiyetin azalması", "davranış kontrolünde güçlük çekme" ($p<0.05$), deney grubu gebelerde ise "iletişime açık olma", "kendine güvenme", "soğukkanlı ve kontrollü olma" davranışları daha çok görülmüştür. ($p=0.001$). SA 10 cm olduğunda doğum eylemindeki gebelerin duygusal ve davranışsal belirtileri incelendiğinde; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla en çok sırasıyla "mahremiyetin azalması", "heyecanlı görünüm", "agresif davranma" ($p=0.001$), deney grubu gebelerde ise "iletişime açık olma", "kendine güvenme", "soğukkanlı ve kontrollü olma" davranışları daha çok görülmüştür ($p=0.001$) (Bkz. Tablo 4.2.1). Literatür incelendiğinde hidroterapi uygulamasının doğum memnuniyeti ve anksiyete üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmıştır, doğum eyleminde verilen tepkilerin ölçüldüğü çalışmalara rastlanmamıştır. Benfield ve arkadaşlarının doğum sürecindeki 11 gebe kadında hidroterapinin anksiyete üzerine etkinliğinin değerlendirdiği çalışmada, 1 saat süre ile gebelere hidroterapi uygulaması yapılmıştır. Uygulama öncesinde ve uygulama sonrasında yapılan anksiyete ölçümünde, hidroterapi uygulamasının gebelerin psikolojik sürecini olumlu etkilediği, anksiyete düzeyini düşürdüğü ve bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (23). Bunun yanı sıra doğum sürecinde farklı nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde Çalık'ın çalışmasında SP6 noktasına bası uygulanan gebeler, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha az oranda "korku ifadesi", "yalnız kalmaktan kaçınma", "davranış kontrolünde güçlük çekme", "mahremiyetin azalması", "ağlama", "bağırma", "çığlık atma" ve "dudak ısırma"

davranışı gösterdikleri belirlenmiştir (13). Yıldırım'ın doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin ağrısına etkisini incelediği çalışmasında aktif fazda "yüksek sesle ağlama ", "yüz ifadesinde değişiklik", "yakınma", "çığlık atma", "korku ifadesi", "duyarlılık", "herhangi bir şeyi sıkma", "huzursuzluk" ve "avuçlarını sıkma" yönünde davranışlarının deney grubu annelerde daha az görüldüğünü belirtmiştir (91). Ayrıca, diğer nonfarmakolojik yöntemlerden müzik, doğum sürecinde gebeye uygulatılan pozisyonların, solunum ve tensel uyarılma tekniklerin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda, gebelerin doğum sürecinde verdiği duygusal ve davranışsal tepkilerin uygulama sonrasında daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (90,92,93). Çalışma bulgumuz, hidroterapi uygulamasının doğum sürecinde yönelik gösterilen duygusal ve davranışsal tepkilerde azalma ve olumsuz tepkilerle başa çıkmada etkin olduğunu göstermektedir. Bu durum hidroterapi uygulamasının kapı kontrol teorisine göre su ile "tensel uyarılma sağlaması", "ağrılı uyarılara kapıları kapatması" ve "dikkatin başka yöne çekilmesini" sağlayarak gebelerde ağrının daha az hissedilmesine, doğum sürecinin daha konforlu geçirilmesinden kaynaklı olabilir (17). Doğum sürecindeki bu olumlu etkilerinden dolayı hidroterapi uygulamasının ebe/hemşirelerin yetki alanı içerisinde olması, hastanelerde suda doğum/ hidroterapi ünitesinin açılması, doğum odalarının tek kişilik olması, bu odalarda gebelerin kullanabileceği havuzların olması, hidroterapi konusunda eğitilmiş ebe/hemşireler tarafından hidroterapinin nonfarmakolojik analjezik yöntem olarak gebelere önerilmesi ve uygulanması önem taşımaktadır.

Doğum eylemi günümüzde, bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Doğum ağrısı ve buna bağlı olarak doğumda kontrolün kaybedilmesi doğum deneyimini olumsuz etkileyen iki önemli nedendir (17,35). Yapılan bir çalışmada kadınların çoğunluğunun gebelik döneminde doğum ağrısı ile baş etme konusunda endişe hissettiklerini ve doğum sürecinde şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadığını göstermektedir (9). Gebe tarafından yüksek düzeyde algılanan ve kontrolü sağlanamayan ağrı, "stres", "korku" ve "anksiyete" döngüsünü başlatmaktadır. Doğum sürecinde korku ve anksiyete yaşayan gebeler doğum ağrısını daha fazla hissetmektedir. Yüksek düzeyde algılanan ve kontrolü sağlanamayan ağrı ise sempatik sinir sisteminin aktivitesini artırarak katekolamin salınımını artırmakta, uterusu giden kan akımının azaltmakta ve ağrılı kontraksiyonlara sebep olmaktadır. Bu

durum plasental kan akımının yavaşlamasına ve fetal oksijenasyonun azalmasına neden olmaktadır (17).

Nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan hidroterapi, doğum sürecinde gebeye pozisyon değiştirmesinde kolaylık sağlamakta, suyun hidrostatik basıncı sayesinde ekstrasvasküler alanda olan sıvının intravasküler alana geçişini sağlamakta ve bu sayede vücuttaki ödemin çözülmesini sağlamaktadır (47,24). Tüm bunların yanı sıra sıcak suyun deriye yaptığı uygulama sayesinde periferik venöz dilatasyon artmakta, kanın vücutta dolaşımı hızlanmaktadır. Kapı kontrol teorisine göre ise hidroterapi uygulamasında sıcak su, tensel uyaran olarak görev yapmakta bununla birlikte ağrı kapılarını kapatmakta ve ağrının daha az algılanması sağlamaktadır. Bu kapsamda hidroterapi kasların gevşemesini ve annenin rahatlamasını sağlayarak; doğum sürecinde anksiyeteyi ve doğum ağrısını azaltmaktadır (17,20,23,24). Doğum eylemi ilerledikçe doğum ağrısının sıklığı, şiddeti ve süresi artmaktadır (36,38). Çalışmamızda farklı servikal açıklıklarda VAS skorundan yararlanılarak ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır. Hidroterapi uygulanmadan önce her iki gruptaki gebelerin VAS skorunun deney grubunda daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Hidroterapi tedavisi başladıktan sonra SA 6 cm ve 10 cm iken her iki gruptaki gebelerin VAS skoru değerlendirilmesinde kontrol grubundaki gebelerin VAS ortalamasının, deney grubundaki gebelerin VAS ortalamasında daha yüksek ve ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.001$) (Bkz.Tablo 4.2.2). Lee arkadaşlarının gebelere uygulanan hidroterapinin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında; uygulama öncesinde gebelerde her iki grubun VAS skor ortalaması benzer iken, uygulama sonrasında deney grubundaki gebelerin VAS skor ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (20). Hidroterapinin uygulamasının etkinliğini inceleyen bir diğer çalışmada ise SA 4-5cm olduğunda, araştırma kapsamındaki gebelere hidroterapi uygulaması yapılmış ve gebelerde algılanan doğum ağrısı değerlendirilmiştir. Hidroterapi öncesi gebelerin VAS skoru 80 ± 20 mm iken uygulama sonrası VAS skoru 55 ± 22 mm olduğu görülmüş fark ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (94). Literatürde yer alan, hidroterapinin doğum ağrısına etkisinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda araştırma bulgumuz ile paralellik göstermekte olup, hidroterapi uygulamasının doğum ağrısının kontrolünde etkili olduğunu göstermektedir (18,19,22,23).

Doğum sürecinde maternal kardiyak output ihtiyacının dilatasyon süreci, ekspulsion süreci ve doğumdan hemen sonra da arttığı bilinmektedir (38). Bu kapsamda kontraksiyon boyunca kardiyak outputu artırmak için önemli derecede kan hacmi, uterus ve merkezi sistem arasında dolaşmaktadır (24,66). Hidroterapi uygulamasında suyun derinliği arttıkça, suyun uygulayacağı hidrostatik basınç artmakta ve buna bağlı olarak ekstrasvasküler alandaki sıvı intravasküler alana geçmektedir. Sıcak suyun etkisi ile venler genişlemekte, venöz dolum artmaktadır. Bununla birlikte kalbe dönen kan miktarı ve stroke volüm de artmaktadır (18,23,24). Maternal kanda ise, vazopresin ve oksitosin, düzeyinin düşmesine bağlı olarak kontraksiyon sıklığı düşmektedir. Kontraksiyon sıklığının düşmesi ile beta endorfin düzeyi yükselmekte ve annenin doğum memnuniyeti artmaktadır (18,23,24). Doğumda aktif fazda kontraksiyonlar 2-5 dakikada bir ortaya çıkmakta ve 30-90 saniye sürmektedir. Doğumun ikinci evresinde ise kontraksiyonlar 1.5-2 dakika bir ortaya çıkmakta ve 60-90 saniye sürmektedir. Fetal kalp atımı ölçümleri ise dakikada 120- 160 atım arasında olması gerekmektedir (36). Çalışmamız kapsamındaki gebelerin kontraksiyon sıklığı, kontraksiyon süresi ve fetal kalp atımı değerleri literatürde belirtilen değerlerle uyumlu olduğu görülmüştür. Çalışmamızda SA 5 cm iken deney ve kontrol grubu arasında, kontraksiyon sıklığı, kontraksiyon şiddeti, kontraksiyon süresi fetal kalp atımı ölçümlerinin deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hidroterapi uygulaması yapıldıktan sonra SA 6 cm ve SA 10 cm olduğunda ise deney grubundaki gebelerin ölçümlerinin kontrol grubu gebelere oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$) (Bkz.Tablo 4.2.3). Hidroterapinin uterus kontraksiyonları üzerine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada, 54 gebe kontrol grubuna, 54 gebe ise deney grubuna dahil edilmiştir. Deney grubundaki gebelere hidroterapi uygulaması sonrasında uterusun kontraksiyon düştüğü ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (96). Hidroterapinin doğum sürecindeki gebelerde anksiyete, ağrı, nöroendokrin sonuçlar ve uterus kontraksiyonları üzerine etkinliğinin incelendiği bir çalışmada; hidroterapi uygulamasının 15. dakikasında ve 45. dakikasında yapılan ölçümlerde vazopresin, oksitosin, ağrı, anksiyete ve kontraksiyon sıklığının hidroterapi uygulaması öncesinde yapılan ölçümlere göre daha düşük olduğu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (23). Araştırmamız sonuçları çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir. Nitekim araştırmamızda SA 6 cm ve SA 10 cm olduğunda hidroterapi uygulaması sonrası deney grubundaki gebelerin, kontrol grubundaki gebelere oranla,

algılanan ağrı düzeyinde, kontraksiyon sıklığında, kontraksiyon süresinde, kontraksiyon şiddetindeki azalma ile paralel olarak fetal kalp atımının da olumlu düzeyde azaldığı ve yenidoğanın 1. ve 5. dakikalardaki apgar skoru puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.2.2, Bkz.Tablo 4.2.3 ve Tablo 4.3.5). Bu kapsamda gebenin doğum sürecinde algıladığı ağrı düzeyine, kontraksiyon değerlerine, fetal kalp atımına, yenidoğanın birinci ve beşinci dakikalardaki apgar skoru üzerine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hidroterapi uygulamasının doğum ağrısı ve uterin kontraksiyonlar üzerindeki etkinliği sayesinde fetal kalp atımını olumlu düzeyde düşürdüğü ve fetüsü sakinleştirdiği düşünülmektedir. Tüm bunların yanında SA 5 cm olduğunda deney grubundaki gebelerin kontrol grubuna oranla sistolik kan basıncının benzer ($p>0.05$), diyastolik kan basıncı, ve nabız ölçüm değerlerinin daha yüksek olduğu ($p<0.05$), SA 6 cm’de her iki gruptaki gebelerin sistolik kan basıncı ölçümünün benzer düzeyde ($p>0.05$), diyastolik kan basıncı ve nabız ölçüm değerlerinin ise kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. SA 10 cm’de (hidroterapi uygulaması sonrasında) tüm bu değerlerin deney grubundaki gebelerde daha düşük olduğu araştırmamızda dikkat çeken bulgulardandır ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.2.3).

Hidroterapi uygulaması sırasında su içinde vücut yüzeyi üzerine olan basının azalması, gebeye doğum sürecinde pozisyon değiştirmesi için cesaretlendirmektedir. Bu durum gebeye hareket özgürlüğü sağlamakla birlikte bebeğin doğum kanalına itilmesini sağlayan uygun pozisyonu keşfetmesi için desteklemektedir. Aynı zamanda sıcak suyun etkisi ile periferal dilatasyonun olması, vücutta kasların gevşemesini ve rahatlamasını sağlamaktadır. Kasların gevşemesi ile servikal açılmanın hızlandığı bilinmektedir (17,48,94). Çalışmamızda doğumun aktif faz süresi SA 5 cm olduğunda başlamakta 10 cm’ye ulaştığında; arasındaki süre (38), ikinci evresi süresi SA 10 cm’den bebeğin doğumuna kadar geçen süre (38), doğumun üçüncü evresi süresi bebek doğduktan sonra, plesantanın ve plesanta eklerinin çıkışı arasında geçen süre olarak değerlendirilmiştir (17,36,38). Literatür incelendiğinde nulliplarlarda doğumun aktif fazın ortalama süresi 4.9 saat, ikinci evresi süresi nulliplarlarda 30 dakika - 2 saat olduğu görülmektedir (38). Doğumun üçüncü evresi süresinin ise 30 dakikadan uzun olmaması gerekmektedir (36). Çalışmamız kapsamındaki gebelerin aktif faz süresi, ikinci evre süresi ve üçüncü evre süresi literatürde belirtilen süre aralıklarında olduğu görülmüştür. Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin aktif faz süresi ve

ikinci evre süresi karşılaştırıldığında deney grubunda bu sürelerin daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Üçüncü evre süresinin ise deney grubunda daha düşük olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.2.4). Nitekim çalışmamızda deney grubunun SA 6 cm ve SA 10 cm’de kontraksiyon sıklığı, kontraksiyon şiddeti ve kontraksiyon süresi ölçümlerinin düşük olmasına rağmen, kontrol grubu gebelere göre doğumun aktif faz ve ikinci evresi süresinin daha kısa olması çalışmamızda dikkat çeken bulgulardandır. Bu durum hidroterapinin uterus kontraksiyonlarının yönetimi üzerine etkili olduğunu göstermekle birlikte daha az ağrılı kontraksiyonların SA üzerine olumlu etki yarattığını ve doğum sürecinin aktif faz süresi, ikinci evresi süresini kısalttığı düşünülmektedir. Araştırmamızda dikkat çeken diğer bulgu ise deney grubunda doğumun üçüncü evre süresinde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasıdır ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.2.3). Bu durumun hidroterapi uygulamasının etkinliğinin doğumun üçüncü evresinde azalmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Hidroterapinin doğum süresine etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmalar incelendiğinde deney grubundaki gebelerin aktif faz süresi ve ikinci evre süresinin kısaltıldığı, ancak üçüncü evre süresinin değişmediği görülmüştür (18,22). Çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklemekle birlikte, hidroterapi uygulamasının doğumun aktif faz süresi ve ikinci evre süresi yönetimi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Doğum süreci, doğumda ağrı yaşama endişesi, bebeğine bir şey olacağı kaygısı ve bu sürece yönelik bilinmezlik gebe için çoğu zaman krize neden olabilmektedir (9,17,67,68). Çalışmamızda da doğum sonu ilk 12 saat içinde deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğuma yönelik duygulanımları değerlendirildiğinde özellikle deney grubundaki gebelerin, kontrol grubundaki gebelere göre doğum duygulanımlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$) (Bkz.Tablo 4.3.1). Yapılan çalışmalar incelendiğinde Lee ve arkadaşlarının çalışmasında hidroterapi uygulamasının gebelerde pozitif psikolojik etkisinin olduğu ve hidroterapi alan gebelerin olumlu doğum duygulanımları yaşadığı belirlenmiştir (20). Yapılan diğer çalışmalarda ise gebelerin çoğunluğunda hidroterapi uygulamasının doğum ağrıları ile baş etmeyi, doğum sürecinde gebelerde otokontrolü artırdığı ve doğum memnuniyetini yükselttiği belirlenmiştir (18,23). Bunun yanı sıra diğer nonfarmakolojik analjezik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde Yeşilçiçek ve Kömürcü’nün çalışmasında SP6 noktasına akupressür uygulanan gebelerde doğum sonu

memnuniyetin arttığı belirlenmiştir (13). Gönenç'in çalışmasında ise benzer şekilde masaj ve akupressürün uygulanan gebelerde doğum sonu anne memnuniyetinin yükseldiği saptanmıştır (11). Bu kapsamda doğum sürecinde non-farmakolojik ağrı yöntemlerinin maliyet etkin olması, anne ve bebek sağlığına olumsuz etkilerinin bulunmaması nedeniyle yaygın olarak kullanılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin doğum sonu dönemde ilk 10 dakika içinde ebeveynlik davranışları değerlendirilmiştir. Bu kapsamda annelerin bebekleri ile yakın temas kurma, sevgiyle dokunma, bebeği inceleme, sevgiyle konuşma, olumlu yorumlarda bulunma, zamanın %75'inden fazlasında gülümseme ve/veya mutlu görünme davranışları gözlenmiştir (p=0.001) (Bkz.Tablo 4.3.2).

Çalışmamızda deney grubundaki annelerin kontrol grubundaki annelere göre doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının daha olumlu olduğu farkın ise istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.001) (Bkz.Tablo 4.3.2). Literatür incelendiğinde hidroterapinin, doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamakla birlikte, diğer nonfarmakolojik yöntemlerin doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalara da rastlanmamıştır. Özkan ve arkadaşlarının vajinal doğum yapmış olup, sağlıklı bebeğe sahip olan annelerin doğum sonu ebeveynlik davranışlarını incelediği çalışmasında; çekirdek tipi ailede yaşama, isteyerek gebe kalma, artan ekonomik durum ve eğitim düzeyinin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranış ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (76). Doğum sonu dönemde anne ve bebeğin etkileşimini inceleyen bir diğer çalışmada ise annenin gebelikte bilgi alma ve gebeliği isteme durumunun bebek ile olan etkileşimini etkilediği görülmüştür (75). Bunun yanı sıra doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi üzerine etkisinin incelendiği çalışmada vajinal doğum yapan 40 kadın ve sezaryen doğum yapan 40 kadın çalışma kapsamına alınmıştır. Doğum sonrası dönemde her iki grubun postpartum depresyon düzeyinin benzer olduğu ancak vajinal doğum yapan annelerde maternal bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (95). Aynı zamanda çalışmamızda doğum duygulanım ölçek puan ortalaması ile doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçek puan ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (p=0.001) (Bkz.Tablo 4.3.3). Bu bulgu gebelerin doğumlarına ilişkin olumlu duygulanımlarının

artması ile doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarında olumlu etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmamızda doğum sonu dönemde yaşanan sorunlar incelendiğinde, deney grubunda her dört kadından biri doğum sonu dönemde sağlık sorunu yaşarken, kontrol grubunda ise her dört kadından üçünün doğum sonu dönemde sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiş olup, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). Doğum sonu dönemde deney ve kontrol grubunda yaşanan sorunların türü incelendiğinde ise yorgunluk/güçsüzlük, uykusuzluk, sinirlilik olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.3.4). Pınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin doğum sonu dönemde halsizlik, ağrı, ayağa kalkmada güçlük, kişisel hijyenini yerine getirememe, bebek bakımına yönelik bilgi eksikliği, deneyimsizlik gibi konularda sorun yaşadıklarını ve bu durum doğum sonu dönemde annenin konforunu etkilediğini tespit etmişlerdir (67). Çalışmamızda hidroterapi uygulaması alan grubun daha az ağrılı kontraksiyonlarının olması, algılanan ağrı düzeyinin düşmesi, doğum süresinin kısalması, annenin doğumda memnuniyetinin artmasına bağlı olarak doğum sonu dönemde yaşanan sağlık sorunların azaldığı ve doğum sonu dönemde bebeklerine yaklaşımlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda deney grubundaki gebelerin yenidoğanlarının çok azının (%2.5) doğum sonu dönemde sağlık sorunu yaşadığı belirlenirken, kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarında neredeyse her dört yenidoğandan birinin sağlık sorunu olmuştur ($p<0.05$). Bu bakımdan doğum sonu dönemde annenin iyilik hali arttıkça yenidoğanın sağlık durumunun da olumlu etkilendiği söylenebilir.

Hidroterapinin yaygın olarak kullanıldığı bazı ülkeler kendi sağlık politikaları ve deneysel çalışmaları göz önüne alarak görüş vermiştir (55-59). Ülkemizde ise hidroterapinin doğum sürecinde kullanımı, alternatif doğum yöntemi olan suda doğumun kullanılması yaygın değildir ve konular ile ilgili görüş ya da bilgi bulunmamaktadır. Çalışmamızda gebelerin hidroterapi bilme durumları incelendiğinde deney grubundaki gebelerin çok azının, kontrol grubundaki gebelerin ise hiç birinin hidroterapi uygulamasını bilmedikleri tespit edilmiştir. Bu kapsamda hidroterapi uygulamasının doğum öncesi bakım hizmetlerinde gebelere anlatılması, ebe/hemşireler için sertifika programlarının oluşturulması, ebe/hemşirelerin bağımsız

rollerini kullanarak doğum sürecinde bakım uygulaması olarak gebelere önermesi/sunması ve basın yayın araçları kullanılarak tanıtılması sağlanmalıdır.

Bu çalışmada doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Hidroterapi uygulamasının doğum sürecinde algılanan doğum ağrısını azlattığı, doğumun aktif faz süresini kısalttığı, doğumun ikinci evresi süresini kısalttığı, gebelerin doğum sürecinde ağrıya verdikleri duygusal, davranışsal tepkilerin daha olumlu olduğu, doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışını artırdığı, doğum ağrısının kontrolünde ebe ve hemşireler tarafından güvenle kullanılabileceği, doğumda gebelere sunulan bakım hizmetlerinin kalitesini yükselteceği ve doğum sonu anne memnuniyeti artıracığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma; doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerine etkisi değerlendirmek amacıyla randomize tek kör bir deneysel çalışma olarak yapılmıştır. Çalışmamız sonucunda;

- Çalışmada yer alan gebelerin deney grubundaki gebelerin yaş ortalamasının kontrol grubunda 24.42 ± 4.33 (min=18, max=33) ve deney grubunda 23.88 ± 4.05 (min=18, max=32) yıl olduğu belirlenmiştir. Her iki gruptaki gebelerin eğitim düzeyinin lise ve altı, evlilik süresinin iki yıl ve altı, ev hanımı oldukları, en uzun ikamet edilen yerin şehir merkezi ve gelir durumu algısının ise gelir gidere eşit olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda her iki gruptaki gebelerin tamamının doğuma yönelik endişelerinin olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir.
- Doğum sürecine yönelik yaşanan endişeler ise; doğumda ağrı hissetme endişesi, doğum ağrıları ile baş edememe endişesi, bebeğin sağlıksız olacağı endişesi, doğum esnasında kötü bir şeyler olacağı endişesi, doğumun uzun süreceği endişesi olduğu tesbit edilmiştir ($p > 0.05$). Gruplar arasında endişe nedenleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).
- SA 5 cm iken kontrol grubundaki gebelerde deney grubundaki gebelere oranla daha fazla "heyecanlı görünüm" gözlenirken ($p < 0.05$), deney grubu gebelerde ise "huzursuzluk" ve "iletişimden kaçma davranışı" daha fazla gözlenmiştir ($p < 0.05$). SA 6 cm ve 10 cm olduğunda sonrasında deney grubundaki gebelerin duygusal ve davranışsal tepkilerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir ($p = 0.001$).
- SA 5 cm olduğunda gebelerin VAS skoru ortalamasının benzer olduğu ($p > 0.05$), SA 6 cm ve 10 cm'de ise deney grubunda gebelerin hidroterapi

uygulamasý sonrasýnda VAS skoru ortalamalarýnýn kontrol grubuna göre daha düşük olduđu belirlenmiştir ($p=0.001$).

- SA 5 cm kontraksiyon sýklýđý ortalamasýnýn, kontraksiyon Őiddet ortalamasýnýn ve kontraksiyon süresi ortalamasýnýn deney grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek iken ($p<0.05$), SA 6 cm ve 10 cm olduđunda, hidroterapi uygulamasý sonrasýnda kontrol grubunda daha yüksek olduđu belirlenmiştir ($p=0.001$).
- SA 5 cm olduđunda fetal kalp atımı ortalamasý deney grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek iken ($p<0.05$), hidroterapi uygulamasý sonrasýnda SA 6 cm’de her iki grupta benzer olduđu ($p>0.05$) ve SA 10 cm’de ise kontrol grubunda daha yüksek olduđu belirlenmiştir ($p=0.001$).
- SA 5 cm ve 6 cm olduđunda sistolik kan basýncý ortalamasý deney ve kontrol gruplarý arasýnda benzer iken ($p>0.05$), SA 10 cm olduđunda kontrol grubunda daha yüksek olduđu belirlenmiştir ($p=0.001$).
- SA 5 cm olduđunda diastolik kan basýncý ortalamasý deney grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek iken ($p<0.05$), SA 6 cm olduđunda ise deney ve kontrol gruplarý arasýnda diastolik kan basýncý ortalamasý benzer olduđu ($p>0.05$), SA 10 cm olduđunda ise kontrol grubunda daha yüksek olduđu belirlenmiştir ($p=0.001$).
- SA 5 cm olduđunda nabýz ortalamasý deney grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek iken ($p<0.05$), hidroterapi uygulamasý sonrasýnda SA 6 cm ve 10 cm’de kontrol grubunda daha yüksek olduđu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Aratırmamýzda deney grubundaki gebelerde dođumun aktif faz süresi ve ikinci evresi ortalama süresinin daha kısa olduđu ($p=0.001$), dođumun üçüncü evresinin ise her iki grupta benzer olduđu belirlenmiştir ($p>0.05$).
- Deney grubundaki gebelerin dođum duyulaným ölçek puan ortalamasýnýn daha yüksek olduđu ve diđer bir anlamda deney grubunun kontrol grubuna oranla dođuma yönelik duyulanýmlarýnýn daha olumlu olduđu belirlenmiştir ($p=0.001$).

- Deneş grubundaki gebelerin doğum sonrası ebeveynlik davranış ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve diğer bir anlamda deneş grubundaki gebelerin doğum sonrası dönemde yenidoğanlara daha olumlu davrandığı belirlenmiştir (p=0.001).
- Deneş ve kontrol grubundaki gebelerin doğum duygulanım ölçeği ile doğum sonu ebeveynlik davranış ölçeği puan ortamları arasında ilişki olmadığı (p>0.05), ancak çalışma kapsamındaki tüm gebeler değerlendirildiğinde doğum duygulanım ölçeği ile doğum sonu ebeveynlik davranış ölçeği puan ortamları arasında aynı yönlü önemli bir ilişki bulunduğu (p=0.001) belirlenmiştir.
- Kontrol grubundaki gebelerin ve yeni doğanların doğum sonu dönemde daha fazla sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir (p=0.001).
- Deneş grubu gebelerin tamamı hidroterapinin doğumda ağrılarını hafiflettiğini, bir sonraki doğumunda hidroterapi kullanmak istediğini ve hidroterapi uygulamasını başkalarına önerecekleri belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmamızda hidroterapi uygulamasının doğumun aktif faz ve ikinci evre süresini kısalttığı, doğum sürecinde hissedilen ağrıyı ve endişeleri azalttığı, doğum memnuniyetini artırdığı, doğum algısını olumlu yönde etkilediği, doğum sonu ebeveynlik davranışını ve yenidoğanın apgar skorunu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesinden sonra aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

- Doğum ünitelerinde hidroterapi uygulamasının yaygınlaştırılması ve bu alanda hemşire ve ebelerin aktif rol almaları,
- Hidroterapi hemşireliğinin bir uzmanlık alanı olarak yaygınlaştırılması ve bu alanda sertifika programlarının aılarak hemşire/ebelerin yetkilendirilmeleri,

- Hidroterapi ünitelerinde çalışan hemşire/ebelerin hizmet içi eğitim, kongre, konferans ve seminerlere katılımının sağlanarak, bu alanda gelişimlerine imkan verilmesi,
- Doğum sürecinde hidroterapi uygulaması ile ilgili konuların hemşirelik eğitim programlarında doğum ve kadın hastalıkları ders müfredatına entegre edilmesi,
- Hemşire ve ebelerin hidroterapi uygulaması hakkında doğum öncesi dönemde gebe ve ailelerini bilinçlendirmesi,
- Bu alanda yapılacak araştırmalarda serum endorfin ve oksitosin seviyelerinin bakıldığı laboratuvar bulguları ile desteklenmiş çalışmaların planlanması,
- Aynı zamanda bu alanda yapılacak araştırmalarda hidroterapinin maliyet etkililiğine yönelik çalışmaların planlanması,
- Hidroterapi uygulamasının etkinliğinin değerlendirildiği daha geniş popülasyonlarda çalışmaların planlanması ve proje olarak yürütülmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Aksoy AN. Doğum korkusu: literatür değerlendirmesi, *Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2015;2(3):161-165.
2. Akyol A, Yağcı ŞG, Tekirdağ Aİ. Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması, *Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi*, 2011, 3(2):55-63.
3. Çiçek Ö, Mete S. Sık karşılaşılan bir sorun: doğum korkusu, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015,8 (4), 263-268.
4. World Health Organization. Health at a Glance 2015; Oecd Indicators. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/s22177en.pdf>. 10 Nisan 2016.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. 14.Nisan 2016.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf. 20 Haziran 2016
7. World Health Organization. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü Açıklaması. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1. 20 Haziran 2016.
8. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014: 26-34.
9. Handelzalts J.E, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, Sadan O. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of gynecology and obstetrics*, 2015; 291(5):1055-1062.

10. American College of Obstetricians and Gynecologists Obstetric Gynecology. Pain Relief During Labor, ACOG Committee Opinion.No: 295, 2004; 104:213. <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co295.pdf?dmc=1&ts=20160710T1700380907>. 18 Nisan 2016.
11. Gönenç İM. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi, 2013.
12. Yılar Z. Doğum eyleminde bel ağrısının hafifletilmesinde intradermal steril su enjeksiyonu, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17(3):179-186.
13. Çalık KY. Doğum Eyleminde SP6 noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul; Marmara Üniversitesi, 2010.
14. Tiainen B. Using Aromatherapy And Hydrotherapy In Obstetrics Care Study On Labouring Womens Perceptions, Faculty of Health Sciences, Public Health, Master's Thesis, Finland; University of Eastern Finland, 2014.
15. Hall J, S.M. Skevington SM, Maddison PJ, Chapman K. A randomized and controlled trial of hydrotherapy in rheumatoid arthritis, *Arthritis and Rheumatism*, 1996; 9(3):206-215.
16. Vaile J, Halson S, Gill N, Dawson B. effect of hydrotherapy on the signs and symptoms of delayed onset muscle soreness, *European Journal Of Applied Physiology*, 2008;102(4):447-455.
17. Kömürcü N, Ergin AB, Buckley S, Çalık KY, Çoker H, Karabekir N, Özdamar D. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 2.Baskı. İstanbul, *Nobel Tıp Kitabevleri*, 2014:2-178.

18. Aird IA, Luckas MJ, Buckett WM, Bousfield P. Effects of inpartum hydrotherapy on labour related parametres. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1997;37(2):137-142.
19. Benfield RD, Herman J, Katz VL, Wilson SP, Davis JM. Hydrotherapy in labor. *Research in Nursing and Health*, 2001;24(1):57-67.
20. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage, *Journal Of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2013; 42(1):19-28.
21. Lukasse M, Rowe R, J. Townend J, Knight M, J. Hollowell J. Immersion in water for pain relief and the risk of intrapartum transfer among low risk nulliparous women: secondary analysis of the birthplace national prospective cohort study, *Biomedcentral pregnancy and childbirth*, 2014; 14(60):21-25.
22. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth, *Sao Paulo Medical Journal*, 2013. 131(5):364-364.
23. Benfield RD, Hortobagyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor, *Biological research for nursing*, 2010;12(1): 28–36.
24. Katz VL, McMurray R, Berry MJ, Cefalo RC. Fetal and uterine responses to immersion and exercise, *Obstetrics and Gynecology*, 1988;72(2):225-230.
25. Ohlsson G, Buchhave P, Leandersson U, Nordstrom L, Rydhstrom H, Sjolin I. Warm tub bathing during labour: maternal and neonatal effects, *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 2001;80(4):311-314.
26. Rush J, Burlock S, Lambert K, Loosley MM, Hutchison B, Enkin M. The effects of whirlpool baths in labor: a randomized, controlled trial. *Birth*, 1996;23(3):136-143.

27. Cammu H, Clasen K, Wettere L, Derde MP. To bathe or not to bathe'during the first stage of labor, *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 1994;73(6):468-472.
28. Eckert K, Tumbull D, MacLennan, A, Immersion in Water in the First Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 2001;28(2):84-89.
29. Gilbert R, Tookey P. Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey, *British Medical Journal*, 1999;319:483–487.
30. Daellenbach RAZ, Tschudin S, Zhong XZ, Holzgreve W, Lapaire O, Hösli I. Maternal and neonatal infection and obstetrical outcome in water birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2007;134(1):37–43.
31. Mesroglu M, Goeschen K, Siefert H, Pohl G, Schneider J. The fetal condition during the mother's baths-studies using underwater cardiotocography in pregnancy and labor. *Zeitschrift Fur Geburtshilfe Und Perinatologie*,1986, doi:10.1016/j.ejogrb.2006.09.012.
32. Pagano E, Rota B De, Ferrando A, Petrinco M, Merletti F, and Gregori D. An economic evaluation of water birth: the cost effectiveness of mother wellbeing. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2010;16(5):916-919.
33. Mollamahmutoğlu L, Moraloğlu Ö, Özeyer Ş, Su FA, Karayalçın R, Hançerlioğlu N, Ö. Uzunlar Ö,Dilmen U. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 2012;13(1):45-49.
34. The World Bank. Fertility Rate, Total (Births Per Woman), http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?order=wbapi_data_value_2014+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc. 14 Haziran 2016.

35. Simkin P. Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *The Journal of perinatal education*, 2011; 20(3):166-176.
36. Taşkın L, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 10.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbacılık, 2011:275-333.
37. World Health Organization. Care in Normal Birth, A practical guide, Safe Motherhood, Geneva, 1996. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf. 14 Mayıs 2016.
38. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Sheffield JS. *Williams Obstetrik*, 24.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2016: 409-453.
39. American College of Obstetricians and Gynecologists Obstetric Gynecology, Obstetric Data Definitions Issues and Rationale for Change Labor. http://www.acog.org/about_acog/acog_departments/patient_safety_and_quality_improvement/~/_media/departments/patient%20safety%20and%20quality%20improvement/201213issuesandrationale-labor.pdf. 15 Mayıs 2016.
40. Aslan FE, *Ağrıya ilişkin Kavramlar*, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. Bilim Yayınları, 2006: 37-45.
41. Can H, Saruhan A, Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008;2(1):18-37.
42. Khodakarami N, Safarzadeh A, Fathizadeh N, Effect of massage therapy on pain severity and labor of primipara women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2007;12(1): 6-9.
43. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2011;18(1):83-92.
44. Dağlar G, Aydemir N. Vaginal doğum ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik ebelik bakım uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2011; 20(1):1-6.

45. Hydrotherapy, Cryotherapy and Thermootherapy.
http://www.ceuonline.org/fileLibrary/file_21.pdf. 10 Şubat 2016.
46. Levin JS, Wayne B. *Essential Of Complementary And Alternative Medicine*,
[http://www.federaljack.com/ebooks/My%20collection%20of%20medical%20books,%202008%20Books%20\(part%20of%203\)/Essentials%20of%20Complementary%20and%20Alternative%20Medicine.pdf](http://www.federaljack.com/ebooks/My%20collection%20of%20medical%20books,%202008%20Books%20(part%20of%203)/Essentials%20of%20Complementary%20and%20Alternative%20Medicine.pdf). 17 Şubat 2016.
47. Metcalfe R. *Life of Vincent Priessnitz, Founder of Hydropathy*.
<https://archive.org/details/lifeofvincentpri00metc>. 10 Haziran 2016.
48. Odent M, Birth under water. *The Lancet*, 1983;322(8365):1476-1477.
49. Steer P. The House of Commons Health Committee Report on the Maternity Services. A personal view, Department of Obstetrics and Gynaecology, Westminster and Charing Cross Hospital, London, *An international journal of obstetrics and gynaecology*, 1992;99(6):445-446.
50. Department of Health. Changing Childbirth. in: Report of the Expert Maternity Group. HMSO, London, 1993.
51. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint statement No.1 Immersion In Water During Labour And Birth.
http://www.waterbirth.org/assets/documents/rcog_rcm_birth_in_water.pdf. 12 Mart 2016.
52. United Kingdom Central Council for Nursing. Midwifery and Health Visiting. Position statement on waterbirth Annexe 1 to Registrar's letter 16. London, 1994
53. Nursing and Midwifery Council. Nursing and Midwifery Council. Midwives Rules and Standards, London: 2010.
54. Department of Health. National Service, Framework for Children, Young People and Maternity Service, London, 2004.
55. The New Zeland College of Midwife(INC). The use of water in labour and birth, (INC). www.midwife.org.nz. 25 Haziran.2016.

56. Australian College of Midwives (ACM). Position Statement on the use of water immersion for labour and birth. https://www.midwives.org.au/sites/default/files/uploaded-content/field_f_content_file/acm_position_statement_on_the_use_of_water_immersion_for_labour_and_birth_may_2013.pdf. 25 Haziran.2016
57. American College of Nurse-Midwives (ACNM). Position Statement: Immersion in Water during Labor and Birth. <http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004048/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>. 16 Haziran 2016
58. American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in Water During Labor and Delivery, ACOG Committee Opinion No:594, Obstetric Gynecology 2014 ;123: 912-915 . <https://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Obstetric%20Practice/co594.pdf>. 16 Haziran 2016
59. American Association of Birth Center (AABC). Position Statement Immersion in Water During Labor and Delivery. <https://waterbirthsolutions.com/Downloadables/20.pdf>. 16 Haziran 2016
60. Midwives Information & Resource Service. The use of water during childbirth. <http://www.waterbirth.org/assets/documents/MIDIRS%20Waterbirth.pdf>. 1 Ocak 2015.
61. Vallim AL, Osis MJ, Health CGR, Water exercise and quality of life during pregnancy. *Reproductive Health*, 2011;8-14. DOI: 10.1186/1742-4755-8-14.
62. Granath AB, Hellgren MSE, Gunarsson RK. Water aerobic reduces sick leave due to low back pain during pregnancy, *Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing*, 2006;35(4):465-471
63. Johnson 1996.Johnson P. Birth under water to breathe or not to breathe. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996;103:202–208.
64. Power GG. Biology of temperature: the mammalian fetus. *Journal of Developmental Physiology*,1989;(12):295–304.

65. Deans AC, Steer PH. Labour and birth in water Temperature of pool is important. *British Medical Journal*, 1995;311(7001): 390–391.
66. .Cefalo RC, Andre U, Hellgers. E. The effects of maternal hyperthermia on maternal and fetal cardiovascular and respiratory function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1978;131(6):687–94.
67. Pınar G, Doğan N, Algıer L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 2009. 36(3):184-190.
68. Fenwick J, Hauck Y, Downie Y, Butt J, The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 2005. 21(1):23-35.
69. Ainsworth MS. Infant–mother attachment. *American psychologist*, 1979;34(10): 932.
70. Britton HL, Gronwaldt V, Britton JR, Maternal postpartum behaviors and mother-infant relationship during the first year of life, *The Journal of pediatrics*, 2001;138(6): 905-909.
71. Tulunay M, Tulunay FC. *Ağrı Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri 2.Baskı*, İstanbul, Alemdar Ofset Yayıncılık,2000:91-107.
72. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 1983(17);45-56.
73. Cline ME, Herman J, Show F, Marton RD, Standardization of the visual analogue scale, *Nurs Researh*, 1992;41(6):378-379.
74. Eti Aslan F. Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması, VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı,1998, Ankara, 178-186.
75. Çalışır H.Z. Karaçam F.A. Akgül FA, Kurnaz DA. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerliği Ve Güvenirliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12:1.

76. Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç M, Ağapınar S, Özorhan EY, Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,2013;47(3):1-8.
77. Hodnett ED, Simmons TDA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth, Res Nurs Health.,1987;10(5):301-10.
78. Gençalp NS. Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Eyleminde Yaşadıkları Duygulara Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı, Doktora Tezi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi,1998.
79. Ersoy E, Karasu Y, Çelik EY, Ersoy AÖ, Tokmak A, Taşçı Y. Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri, Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2015;6 (3):250-255. doi: 10.5799/ahinjs.01.2015.03.0528.
80. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>. 7 Haziran 2016.
81. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi 2008/13. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6077/dogum-oncesi-bakim-izlem-protokolu-genelgesi-2008--13.html>. 7 Haziran 2016.
82. Arabacıoğlu C. Gebelerde Yaşam Kalitesi Ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2012.
83. Yanıkkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. Aile Ve Toplum Dergisi, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/spcd/article/viewFile/5000107863/5000100573>. 13 Haziran 2016.

84. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/risgebyonreh.pdf>. 7 Haziran 2016.
85. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006;1(2):92-104.
86. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkez'indeki Son Tirmestır Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi,2008.
87. Olukman M, Parlar A, Orhan Ce, Erol A. Gebelerde İlaç kullanımı: son bir yıllık deneyim, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı, 2006;3(49):255-261.
88. Mucuk S. L14 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,: Kayseri:Erciyes Üniversitesi, 2010.
89. Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Celik MG, Ince I. The Relationship between Fear of Childbirth and Women's Knowledge about Painless Childbirth. *Obstet Gynecol Int.*, 2014, doi 2014:274303.
90. Ersanlı C. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelerde Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
91. Yıldırım G. Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2007.

92. Berkiten AE, (2005). Doğumun I. ve II. Evresinde Gebeye Uygulanılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2005.
93. Korkmaz N, ,İlaçsız Ağrı Kontrol Yöntemlerinden TENS'in Doğum Ağrısını Algılamaya Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2003.
94. Santana SL, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Quintana SM, Marcolin CA. Effect of shower bath on pain relief of parturiens in active labor stage,women's health, *Reference Center Of Ribieriao*, 2013;14(2):111-113.
95. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi, *Düşünen adam the journal of psychiatry and neurological sciences*, 2014, doi:10.5350/DAJPN2014270102.
96. Silva FMB, Oliveira SMJV. The effect of immersion baths on the length of childbirth, *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):57-63.

8. EKLER

EK-1.YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULUNDAN ALINAN YAZILI İZİN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Semra TUNCAY 'ın 'Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi 'adlı araştırması değerlendirilmiştir

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

ETİK KURUL KARARI

Oturum / Sıra No.	05/08
Karar Tarihi	14.10.2015
Karar No.	124

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

İMZA		
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Cenksu ÜÇER	Üye	

**EK-2. ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ'NDEN ALINAN YAZILI İZİN**



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Karar No:20
Konu: Çalışma Başvurusu

27/10/2015


EĞİTİM PLANLAMA ve KOORDİNASYON KURULU KARARI

Doç.Dr.Özlem MORALOĞLU ve Ebe Semra TUNCAY'ın “**Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi**” konulu randomize tek kör deneysel çalışma başvurusu; Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından **uygun görülmüştür.**


Doç.Dr.Sungu ÖĞÜZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi


Doç.Dr.Nafiye YILMAZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi


Doç.Dr. Dilek UYGUR
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi


Doç.Dr.Salim ERKAYA
EPK Kurulu Başkanı/Hastane Yöneticisi

EK-3. DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı Üzerine Etkisi değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmada T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ZTBEAH) Doğum Ünitesine başvurduğunuz, iletişim engelinizin bulunmadığı ve araştırma için uygun bulunduğunuz belirlenmiştir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma kapsamındaki bütün eğitimler ve verilen materyaller için sizden hiçbir ücret istenmeyecektir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0312 306 51 26 numaralı telefondan Semra TUNCA'Y'a başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken araştırma ve hidroterapi ile bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda

araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-Soyadı: Semra TUNCAY

Görevi: Yüksek Lisans ğrencisi

Adresi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel.-Faks: 0312 306 51 26

Tarih ve İmza:

EK-4. KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, doğumun aktif fazında uygulanan hidroterapinin, doğum süreci, anne memnuniyeti ve doğum sonrası ebeveynlik davranışı Üzerine Etkisi. değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmada T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ZTBEAH) Doğum Ünitesine başvurduğunuz, iletişim engelinizin bulunmadığı ve araştırma için uygun bulunduğunuz belirlenmiştir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma kapsamındaki bütün eğitimler ve verilen materyaller için sizden hiçbir ücret istenmeyecektir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0312 306 51 26 numaralı telefondan Semra TUNCAY'a başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken araştırma bilgilerini okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir

zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-Soyadı: Semra TUNCAY

Görevi: Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel.-Faks: 0312 306 51 26

Tarih ve İmza:

EK-5. GEBE TANILAMA FORMU

Bu çalışma "Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti Ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi" değerlendirilmek amacıyla yapılacaktır. Verecek olduğunuz tüm bilgiler gizli kalacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi
Semra TUNCAY

Anket No:

A. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SORULAR

1. Yaşınızı belirtiniz:

2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| 1.Okuryazar değilim. | 2.ilkokul mezunuyum |
| 2. Ortaokul mezunuyum | 3.Lise mezunuyum |
| 4.Üniversite ve üzeri mezunuyum. | |

3. Medeni halinizi belirtiniz.

- | | | | |
|---------|----------|-------------------|--------------------------|
| 1. Evli | 2. Bekar | 3.Eşi vefat etmiş | 4. Boşanmış/ayrı yaşıyor |
|---------|----------|-------------------|--------------------------|

4. Evlilik yılınızı belirtiniz: ... (Bekar, eşi vefat etmiş, boşanmış/ayrı yaşıyor iseniz 6. soruya geçiniz.)

5. Eşinizin eğitim durumunu belirtiniz.

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1.Okuryazar değil | 2.ilkokul mezunu |
| 2. Ortaokul mezun | 3.Lise mezunu |
| 4.Üniversite ve üzeri mezunu | |

6. Mesleğinizi belirtiniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1.Ev hanımı | 2. Öğrenci |
| 3.Esnaf /Serbest meslek | 4.Özel sektörde ücretli |
| 5.Memur/İşçi | 6. Diğer: |

7. En uzun ikamet ettiğiniz yeri belirtiniz.

1.Kentsel Bölge

2.Kırsal Bölge

8. Ekonomik durumunuzu belirtiniz.

1.Gelir giderden az

2.Gelir gidere eşit

3.Gelir giderden fazla

B. OBSTETRİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SORULAR

9. Gebelik haftanızı belirtiniz:

10. İsteyerek mi gebe kaldınız?

1. Evet

2. Hayır

11. Doğum öncesi izlem sayınızı belirtiniz:

12. Doğum öncesi izlemin kim tarafından yapıldığını belirtiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1. Ebe

2. Hemşire

3.Hekim

13. Gebelik sırasında aşağıdaki sağlık sorunlarından birini yaşadınız mı? (Cevabınız hayır ise 15. soruya geçiniz).

1. Evet

2. Hayır

14. Gebelik sırasında yaşadığınız sağlık sorunlarınızı belirtiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.).

Sorunlar	Var	Yok
1. Bulantı-kusma		
2. Hazımsızlık -Mide yanması		
3. Uykusuzluk		
4. Huzursuzluk		
5. Yorgunluk		
6. Boşaltım sorunu		
7. Bel ağrısı		
8. Bacak krampları		
9. Ayaklarda Ödem		
10. Solunum yolu enfeksiyonu		
11. Diğer:		

15. Gebelikte düzenli olarak ilaç kullandınız mı?(Cevabınız hayır ise 17. soruya geçiniz)

1.Evet

2.Hayır

16. Ne tür ilaç kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

İlaç Türü	Var	Yok
1. Demir ilacı		
2. Vitamin ilacı		
3. Antiemetik		
4. Diğer:		

17. Daha önce doğum süreci ile ilgili bilgi aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 19. soruya geçiniz).

1.Evet

2.Hayır

18. Bilgi kaynaklarınızı belirtiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Aile

2. Arkadaş

3. Sağlık profesyoneli

4. Sağlık profesyoneli

5. İnternet.TV, Kitap

6. Diğer:

19. Doğuma yönelik endişeleriniz var mı? (Cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz).

1.Evet

2.Hayır

20. Endişelerinizin nedenini açıklayınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.).

1. Doğumda ağrı hissetme

2. Doğum sancuları ile baş edememek

3 Doğumun Uzun Süreceği

4. Bebeğin sağlıklı olacağı

5. Doğum esnasında kendine kötü bir şeyler olacağı

6. Dikişli doğum yapmak

7. Diğer:

21. Gebelik süresince size destek olan kişileri belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1.Aile

2.Eş

3.Sağlık profesyoneli

4. Arkadaş

5. Diğer:

22. Daha önce doğumda hidroterapi uygulamasını duydunuz mu ? (Cevabınız evet ise bilgi kaynağınızı belirtiniz).

1.Hayır

2.Evet (Bilgi kaynağı:)

23. Daha önce suda doğum uygulamasını duydunuz mu ?(Cevabınız evet ise bilgi kaynağınızı belirtiniz).

1.Hayır

2.Evet (Bilgi kaynağı:)



EK-6. GEBE İZLEM FORMU

1. Doğum Ağrısına Verilen Tepkiler:

	TEPKİLER	SA* 5cm	SA 6cm	SA 10cm
1.	Heyecanlı Görünüm			
2.	Korku İfadesi			
3.	Yalnız Kalmaktan Kaçma			
4.	Huzursuzluk			
5.	İletişimden Kaçma			
6.	İletişime Açık Olma			
7.	Kendine Güvenme			
8.	Soğuk Kanlı/ Kontrollü Olma			
9.	Sürekli Gezinme			
10.	Yüksek Sesle Ağlama			
11.	Sessizce Ağlama			
12.	Avuçlarını Sıkma			
13.	Herhangi Bir Şeyi Sıkma			
14.	Dudak Isırma			
15.	Yakınma			
16.	Agresif Davranma			
17.	Çevresindeki Kişileri Suçlama			
18.	Davranış Kontrolünde Güçlük			
19.	Mahremiyetin Azalması			
20.	Kendine Zarar Verebilecek Davranışlarda bulunma			
21.	Diğer:			

* Servikal Açıklık

2. Travay İzlem Değerlendirmesi:

	İZLENENLER	DEĞERLENDİRME		
		SA 5 cm	SA 6 cm	SA 10 cm
1.	Kontraksiyon sıklık/dk			
2.	Kontraksiyon şiddet/mm/Hg			
3.	Kontraksiyon süresi /sn			
4.	Sistolik kan basıncı /mm/Hg			
5.	Diyastolik kan basıncı/mm/Hg			
6.	Nabız atımı/dk			
7.	Fetal kalp atımı/dk			
8.	Ağrı* *			

* * Ağrı şiddetini aşağıdaki ölçek üzerinden işaretleyin.

Görsel Kıyaslama Ölçeği



3. Doğum evresi süreleri:

1. Aktif faz süresi /dk:	2. İkinci evre süresi/dk:	3. Üçüncü evre süresi/dk:
--------------------------	---------------------------	---------------------------

EK-7. POSTNATAL İZLEM FORMU

A. ANNEYE İLİŞKİN VERİLER

1. Doğum sonu dönemde herhangi bir sorun ile karşılaştınız mı ?(Cevabınız hayır ise 3. soruya geçiniz).

1.Evet

2. Hayır

2. Karşılaştığınız sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

SORUNLAR	EVET	HAYIR
1. Yorgunluk/güçsüzlük		
2. Uykusuzluk		
3. Sinirlilik		
4. Doğum sonu kanama		
5. Yüksek ateş		
6. Diğer:		

C. YENİ DOĞANA İLİŞKİN VERİLER

3. Bebeğin cinsiyeti:

1 Kız

2. Erkek

4. Doğum Ağırlığı:

Boy:

5. Apgar skoru

1 dk :

5 dk:

6. Bebek Yeni doğan Yoğun Bakım ihtiyacı oldu mu ?

1. Hayır

2. Evet (Nedeni:))

7. Bebeğin sevk yeri:

1. Anne yanı

2.Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesi

8. Doğum sonu dönemde bebeğinizde sorun/sorunlarla karşılaştınız mı?

1.Evet

2. Hayır

9. Karşılaştığınız sorunlar nelerdir? (Doğum sonu dönemde bebeğinizde sorun ile karşılaşmadıysanız bu bölümü boş bırakınız).

Sorunlar	Evet	Hayır
1. Emme sorunu		
2. Uykusuzluk		
3. Huzursuzluk		
4. Sürekli ağlama		
5. Yüksek ateş		
6. Diğer:		

D. HİDROTERAPİ GRUBUNA İLİŞKİN VERİLER

10. Hidroterapi doğumda ağrılarınızı size göre hafifletti mi?

1.Evet

2. Hayır

3. Kısmen

11. Bir sonraki doğumunuzda hidroterapi kullanmak istermisiniz?

1. Evet

2.Hayır

12. Hidroterapi uygulamasını başkalarına önerir misiniz?

1. Evet

2.Hayır

EK-8. DOĞUM SONRASI EBEVENLİK DAVRANISI ÖLÇEĞİ

Doğumdan sonra ebeveyn ve bebeğin karşılaştığı ilk 10 dakika içinde gözlemci, ebeveynin bebeğine karşı gösterdiği davranışları gözlemleyerek, var olan davranışa artı (+) ve olmayan davranışa eksi (-) işareti koyarak kayıt edilmiştir.

Öğeler	Açıklama	+ / -
1.Yakın temas	Bebeği giysili ya da çıplak olarak mümkün olduğu kadar bedenine temas edecek şekilde yakın tutma ve koluyla sarma ya da kucaklama.	
2.Sevgiyle dokunma	Bakım ya da inceleme amaçları dışında nazikçe okşama, öpme, öpücük gönderme, el çırpma, yanağını okşama gibi davranışlarla bebeğe sevgiyle dokunma.	
3.Bebeği inceleme	Bebeğin üzerini açarak ellerini, parmaklarını ve ayaklarını kontrol etme gibi araştırıcı davranışlarda bulunma.	
4.Sevgiyle konuşma	Bebekle sevgi sözcükleri kullanarak ve sevecen bir tonda konuşma.	
5.Olumlu yorumlar	Bebek hakkında olumsuz ya da hiç bir anlam içermeyen sözler yerine olumlu sözler söyleme (Örneğin: Tatlı, iyi, güzel gibi ya da gelecekle ilgili olumlu ifadeler kullanma. "Büyüdüğünde baban gibi çok güçlü olacaksın").	
6.Mutluluk	Zamanın %75'inden fazlasında gülümseme ve/veya mutlu görünme.	
Toplam Puan		

EK-9. DOĞUM DUYGULANIM ÖLÇEĞİ

Doğuma yönelik duyguların ifade edildiği sorularda, duygularınızı en iyi tanımlayan sutundaki ifadeyi işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Kendime güvendim (Kendime güveniyordum.).

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
5	4	3	2	1

2. Yenik düşmüş gibiyim.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
1	2	3	4	5

3. Kendimi önemli biriymişim gibi hissettim.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
5	4	3	2	1

4. Gergindim.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
1	2	3	4	5

5. Neler olup bittiğini sezebiliyordum.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
5	4	3	2	1

6. Tehlikede olduğum hissine kapıldım (Emniyette değilmişim gibi geldi.).

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
1	2	3	4	5

7. Kendimi rahat hissettim (Rahattım.).

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
5	4	3	2	1

8. Kendimden emindim.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
5	4	3	2	1

9. Sancılarımı, sanki benim dışımda biri veya bir şey denetliyormuş gibi geliyordu.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
1	2	3	4	5

10. Kendimi yetersiz hissettim.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
1	2	3	4	5

11. Bir tür sıkıntı yaşadım.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
1	2	3	4	5

12. Her şey belirsiz ve gerçek dışıymış gibi göründü.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
1	2	3	4	5

13. Olup biten her şeyin farkındaydım.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
5	4	3	2	1

14. Panik halindeydim.

Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç
1	2	3	4	5

15. Sanki parçalara ayrılıyormuşum gibi hissettim.
Sürekli 1 Sık sık 2 Ara sıra 3 Çok seyrek 4 Hiç 5
16. Kendimi sıkıştırılmış ve hapsedilmiş gibi hissettim.
Sürekli 5 Sık sık 4 Ara sıra 3 Çok seyrek 2 Hiç 1
17. Kontrolümü kaybetmemiştim (Dayanabiliyordum).
Sürekli 1 Sık sık 2 Ara sıra 3 Çok seyrek 4 Hiç 5
18. Yaşadıklarımın hepsi anlamlıydı.
Sürekli 5 Sık sık 4 Ara sıra 3 Çok seyrek 2 Hiç 1
19. Öleceğimi zannettim.
Sürekli 1 Sık sık 2 Ara sıra 3 Çok seyrek 4 Hiç 5
20. Yapmam gereken herseyi yaptığımı hissettim.
Sürekli 5 Sık sık 4 Ara sıra 3 Çok seyrek 2 Hiç 1
21. Kendimi çaresiz hissettim.
Sürekli 1 Sık sık 2 Ara sıra 3 Çok seyrek 4 Hiç 5
22. Her şey sakin ve huzur verici görünüyordu.
Sürekli 1 Sık sık 2 Ara sıra 3 Çok seyrek 4 Hiç 5
23. Başardığımı hissettim.
Sürekli 5 Sık sık 4 Ara sıra 3 Çok seyrek 2 Hiç 1
24. Kendimi güçsüz ve aciz hissettim.
Sürekli 1 Sık sık 2 Ara sıra 3 Çok seyrek 4 Hiç 5
25. Başaramadığım hissine kapıldım.
Sürekli 1 Sık sık 2 Ara sıra 3 Çok seyrek 4 Hiç 5
26. Olanları (başıma geleni) kabullenmiştim.
Sürekli 5 Sık sık 4 Ara sıra 3 Çok seyrek 2 Hiç 1
27. Bu işin üstesinden gelebileceğime inanıyordum.
Sürekli 5 Sık sık 4 Ara sıra 3 Çok seyrek 2 Hiç 1
28. Doğum sırasındaki davranışlarım yüzünden (davranışlarımdan dolayı) kendimi kötü hissettim.
Sürekli 1 Sık sık 2 Ara sıra 3 Çok seyrek 4 Hiç 5

EK-10. HİDROTERAPİ EĞİTİM BROŞÜRÜ

7. Hangi durumlarda kâvetten kaçabilirsiniz?

- ✓ Kâvetten çıkmak istediğiniz her an,
- ✓ Üst üste yarım saat aralıkla ateş ölçümünüzün 38°C derece ve üzerinde olduğu durumlarda,
- ✓ 4 saatten uzun suda kalınması,
- ✓ Bebek kalp atımlarında istenmeyen değişimler,
- ✓ Beklenmeyen bir durum (baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk, ateşte ani yükselme) olursa.

8. Hidroterapi kâvetinde nelere dikkat etmelisiniz?

Dikkat emeniz gereken ayrıcalıklı bir durum yoktur.

9. Doğum Nerede Olacak?

Rahim ağzının açıklığı 10 cm olduğunda kâvetten çıkarılacaksınız ve doğum masasına alınacaksınız. Doğumunu hastanenin doğum masasında tek kişilik odalarda olacak.

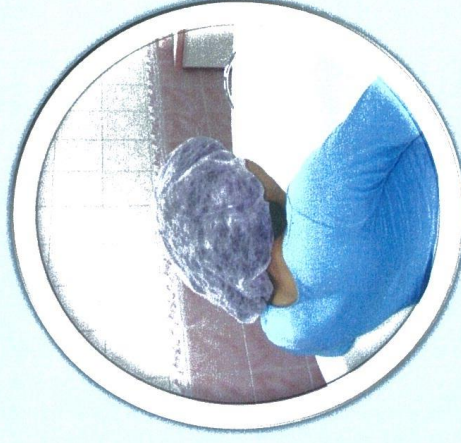
10. Doğum sırasında ve doğum sonrasında farklı bir uygulamaya yapılacaktır mı?

Doğum sırasında ve doğum sonrasında normal doğum bakımı uygulanacaktır. Normal doğumda yapılan uygulamalardan başka ek bir uygulama yapılmayacaktır.

11. Doğum Sonrasında dikkat edilmesi gereken farklı bir durum var mı?

Doğum sonrasında normal doğumdan farklı olarak dikkat edilmesi gereken özel bir durum yoktur.

HİDROTERAPİ



SEMRA TUNCAY

YRD. DOÇ DR. SENA KAPLAN

ANKARA, 2015

EK-10. HİDROTERAPİ EĞİTİM BROŞÜRÜ (DEVAMI)

1. Hidroterapi nedir?

Sıcak su geçmiş yüzyıllardan bu yana sağlığın geliştirilmesinde, ağrının giderilmesinde ve pek çok hastalığın tedavisinde yüzyıllardır insanlar tarafından kullanılmaktadır. Genel olarak canlilik hissi yaratır. Rahatlaştırıcı ve sakinleştirici etkisi, sırt ağrılarına, kas ağrılarına iyi geldiği ve önemli derecede ağrıları düşürdüğü için masaj terapistleri, fizyoterapistler, fizik tedavi uzmanları ve diğer uzmanlar tarafından ağrıyı tedavi edici ilaçsız ağrı kesici yöntem olarak kullanılmaktadır.

2. Doğumda Hidroterapi nedir?

Rahim ağrının açığı 5 cm olduğunda sıcaklığı 37 derece olan ılık su küvetinde gebe kadının karının suyun altında bırakacak kadar ılık suda doğum başlayana kadar tüm sancılarını geçireceği, ilaçsız ağrı kesici yöntemidir.

3. Doğumda hidroterapi nasıl etki eder?

- ✓ İlk suyun kashan gevşetici etkisi ile sakinleştirici ve rahatlatıcı etkisi vardır.
- ✓ Gevşeme sağlar.
- ✓ Doğum ağrısının sıklığını ve şiddetini azaltır.
- ✓ Toplam doğum süresini azaltır.
- ✓ Mutluluk hormon düzeyini yükseltir.
- ✓ Doğumda müdahaleleri azaltır.
- ✓ Alt bölgede yırtılmaları azaltır.

4. Riskleri nelerdir?

- ✓ Rahim ağrı açığı 5 cm olmadan önce kullanılması durumunda doğumun dırmasına neden olabilir.
- ✓ Suyun çok sıcak olması durumunda annede ateş yükselmesi ve anne ve bebek kalp atım hızında artma meydana gelebilir
- ✓ Anne ve bebeğe ait başka bir yan etkisi yoktur

5. Kimler faydalanabilir?

1. 18 - 35 yaş arasında olan,
2. 37 - 42 gebelik haftası arasında,
3. Tek bebek olan,
4. Baş geliş olan,
5. 20 dakikalık çekilen bebek kalp atım grafiğinde herhangi bir sorun olmayan,
6. Gebelikte ve öncesinde herhangi kronik rahatsızlığı olmayan,
7. Normal doğum planlanan,
8. Kan değerleri normal sınırlarda olan,
9. Annenin kan basıncı, solunum, ateş ve nabız değerleri normal aralıkta olan,
10. Tahmini bebek ağırlığı 2500 -4000 arasında olan,
11. Gebelik sırasında yada halen genital enfeksiyonu veya idrar yolu enfeksiyonu olmayan,
12. Buluşucu bir hastalığı olmayan (Hepatit B, Hepatit C, Hpv, Aids vb.).

6. Doğumda hidroterapi nasıl uygulanır?

1. Rahim ağrının açığı 5 cm olduğunda içinde 37 derece(ılık su) bulunan tek kişilik ılık su küvetine alınacaksınız.
2. Bulduğunuz oda tek kişilik olacak ve yanınızda hemşireniz olacak.
3. Yanınızda götürmeniz ya da taşımanız gereken bir şey olmayacak.
4. Üzerinize hastaneden giymeniz için gecelik verilecek.
5. Küvette en uzun 4 saat kalacaksınız.
6. Her yarım saatte bir küvet sıcaklığı su termometresi ile kontrol edilecek ve 37 derece olması sağlanacak.
7. Normal doğum takibinde olduğu gibi her bir saatte vajinal muayeniz yapılacaktır.
8. 15 dakikada bir yaşam bulgularınız (Ateş nabız, tansiyon ve solunum)değerlendirilecektir.
9. Bebeğinizin kalp atımı ist ile kontrol edilecek.
10. Rahim ağrının açığı 10 cm olduğunda havuzdan çıkarılacaksınız.



**EK-11 ZEKAİ TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
12.12.2005 TARİHLİ SUDA DOĞUM ÜNİTESİ ENFEKSİYON
KONTROL PROSEDÜRÜ**

Hidroterapi öncesi ve sonrasında; küvetin temizliğinde 12.12.2005 tarihli ZTBEAH Suda Doğum Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Prosedürü'ne göre;

1. Küvete alınan her doğumdan sonra havuzda bulunan kaba kirler temizlenip, normal yüzey temizliğinin (sabunlu su veya klorlu su ile) yapılır.
2. Havuz yüzeyinin 5000 ppm klor tabletli su hazırlanarak dezenfekte edilir (5 lt.suya 1 tablet klor).
3. Havuzun giderine 1 adet klor tablet (sodyum klordisosiönürat) konulur.
4. Havuz su ile doldurularak, 5000 ppm konsantrasyon sağlayacak şekilde klor tablet, konulur ve sistem 1 saat süreyle çalıştırılır.
5. Tüm sistemin dezenfekte edilir.
6. Ardından 1 saat boyunca tüm sistemin su ile çalıştırılması, böylelikle durulanması, suyun boşaltılması ve kullanıma hazır hale getirilmesi sağlanır.
7. Her doğum sonrası doğum ünitesinin sorumlu hemşiresi tarafından, enfeksiyon komitesine haber verilip ve kültür alınır.
8. Temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri biten havuzun kontrolü yapılarak giderinde herhangi bir atık veya madde olmadığını kontrol edilir.
9. Alınan kültürlerin sonucunu takip edilip ve rapor halinde enfeksiyon kontrol komitesi ve başhekimliğe yazılı olarak bildirilir.
10. Kültür sonucuna göre yeni hasta havuza alınır.

EK- 12. SUDA DOĞUM KURSU KATILIM BELGESİ

SIFA
UNİVERSİTESİ
SÜREKLİ EĞİTİM MERKEZİ

SIFA
UNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

KATILIM BELGESİ

SEMRA TUNCAY

5 Kasım 2015 tarihinde
Euphoria Aegean Resort Hotel, Sığacık-Seferihisar, İzmir’de;
Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi
kapsamında düzenlenen
“Suda Doğum”
Kursu’na katılmıştır.

Jennifer (Jenna) Shaw-BATTISTA, Assoc.Prof. CNM .Ph.D
Kurs Eğitmeni

TUBİTAK

John Snow baby

“TUBİTAK 2221 Konuk veya Akademik İzni (Sabbatical)
Bilim İnsanları Destekleme Programı” tarafından desteklenmektedir.

EK-13. DOĞUMA HAZIRLIK KURSU EĞİTİCİ EĞİTİMİ SERTİFİKASI

**ESOGÜSEM**
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sürekli Eğitim Merkezi

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**

SERTİFİKA

Semra TUNCAY

Sayın:

Merkezimiz tarafından 14 - 18 Ekim 2015 tarihleri arasında düzenlenen 48 saatlik "Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Sertifika Programı'nı" başarıyla tamamlayarak bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.


Prof. Dr. Şenol ERDOĞMUŞ
Sürekli Eğitim Merkezi Müdürü


Prof. Dr. Hasan GÖNEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörü



TC Kimlik No : 37603413838
Sertifika No : 38378468516000N

Program No : 2015016000
Veriliş Tarihi : 18.10.2015

EK- 14. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	:Semra TUNCA Y
Doğum tarihi	:23/11/1987
Doğum yeri	:Giresun
Medeni hali	:Bekar
Uyruğu	:T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	:0 312 306 51 26
Faks	:
E-mail	:tuncaysemra@windowlive.com
EĞİTİM	
Lise	: Giresun Atatürk Sağlık Meslek Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek Lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	:
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
	-