



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TRAVAYDA PRİMİPAR GEBELERİN  
DOĞUM KORKUSUNUN GİDERİLMESİNDE  
HEMŞİRELİK DESTEĞİNİN ETKİSİ**

TUĞBA ÖZTÜRK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI

Danışman  
Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ

İSTANBUL- 2014



REPUBLIC OF TURKEY  
MARMARA UNIVERSITY  
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**INFLUENCE OF SUPPORTIVE NURSING CARE  
IN THE MANAGEMENT  
OF THE FEAR OF CHILDBIRTH  
IN PRIMIPAROUS WOMEN IN LABOUR**

TUĞBA ÖZTÜRK  
MASTER THESIS

DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY NURSING

SUPERVISOR  
Doç Dr. Nurdan DEMİRCİ

İSTANBUL – 2014

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  
Anabilim Dalı : Kadın Hastalıkları Hemşireliği AnaBilim Dalı  
Tez Sahibi : Tuğba ÖZTÜRK  
Tez Başlığı : Travaydeki Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteginin Etkisi  
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sınav Tarihi :13.02.2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ

### Kurumu

Marmara Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr.Nuran Kömürcü

Marmara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji

İstanbul Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 12./03/2014 tarih ve 56 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

- Sınav evrakları 3 iş günü içinde 3'şer nüsha halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
- Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

## BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tuğba ÖZTÜRK



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca destek aldığım, mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini benden esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Doç.Dr. Sayın Nurdan Demirci'ye,

Araştırmamı yapmam için bana yardımcı olan ve bana destek veren İzmit Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Canan Yılmaz ve tüm doğumhane çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm bireylere,

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemimde sevgi ve yardımları ile yanımda olan ve bana her zaman güvenen annem Hatice ÜLKE'ye, babam Ömer ÜLKE'ye ve eşim Üzeyir ÖZTÜRK'e

Sevgili kızım Merve Tuğba ÖZTÜRK'e

Teşekkür ederim.

Tuğba ÖZTÜRK

| <b>İÇİNDEKİLER</b>                                                              | <b>Sayfa No</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>BEYAN</b>                                                                    | i               |
| <b>TEŞEKKÜR</b>                                                                 | ii              |
| <b>İÇİNDEKİLER</b>                                                              | v               |
| <b>ŞEKİL ve RESİMLER DİZİNİ</b>                                                 | vi              |
| <b>TABLolar DİZİNİ</b>                                                          | viii            |
| <b>KISALTMALAR</b>                                                              | ix              |
| <b>1. ÖZET</b>                                                                  | 1               |
| <b>2. SUMMARY</b>                                                               | 2               |
| <b>3. GİRİŞ</b>                                                                 | 3               |
| 3.1. Araştırmanın Amacı                                                         | 6               |
| <b>4. GENEL BİLGİLER</b>                                                        | 7               |
| 4.1. Korku                                                                      | 7               |
| 4.2. Doğum Korkusu                                                              | 8               |
| 4.2.1. Doğum Korkusunun Tanımı                                                  | 8               |
| 4.3. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması                                         | 9               |
| 4.3.1. Primer tokofobi                                                          | 9               |
| 4.3.2. Sekonder tokofobi                                                        | 9               |
| 4.3.3. Depresyon semptomu olarak tokofobi                                       | 10              |
| 4.4. Korkunun Fizyolojisi ve Doğuma Etkileri                                    | 10              |
| 4.5. Doğum Korkusunun Belirtileri                                               | 13              |
| 4.6. Doğum Korkusunun Nedenleri                                                 | 13              |
| 4.7. Doğuma Yönelik Korkular                                                    | 16              |
| 4.7.1. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları                                       | 17              |
| 4.7.2. Doğum Korkusunun Doğum Öncesi Döneme İlişkin Olumsuz Sonuçları           | 17              |
| 4.7.3. Doğum Korkusunun Doğuma Yönelik Olumsuzluk Sonuçları                     | 17              |
| 4.8. Doğum Korkusunun Azaltılmasında Sosyal Desteğin İşlevi                     | 19              |
| 4.9. Doğum Korkusunda Hemşirelik Yaklaşımı                                      | 22              |
| 4.9.1. Gebe Kadın İle İlk Görüşme                                               | 23              |
| 4.9.2. Doğum Korkusunu Tanılama, Değerlendirme ve Baş Etmeye Yönelik Girişimler | 23              |
| 4.9.3. Doğum Korkusunun Azaltılmasında Travayda Hemşirelik Desteği              | 26              |

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.9.3.1. Hemşirelik Desteği                                                                                                      | 26 |
| 4.9.3.2. Travayda Hemşirelik Desteği                                                                                             | 27 |
| 4.9.3.2.1. Masaj                                                                                                                 | 28 |
| 4.9.3.2.2. Gevşeme Teknikleri                                                                                                    | 33 |
| 4.9.3.2.3. Dikkati Başka Yöne Çekme, Hayal Kurma                                                                                 | 34 |
| 4.9.3.2.4. Solunum Teknikleri                                                                                                    | 35 |
| 4.9.3.2.4.1. Solunum tipleri                                                                                                     | 35 |
| 4.9.3.2.4.1.1. Tam Solunum                                                                                                       | 35 |
| 4.9.3.2.4.1.2. Karın Solunumu                                                                                                    | 36 |
| 4.9.3.2.4.1.3. Göğüs Solunumu                                                                                                    | 36 |
| 4.9.3.2.4.2. Doğumun Birinci Evresinde Kullanılan Solunum Egzersizleri                                                           | 36 |
| 4.9.3.2.4.2.1. Yavaş-göğüs solunumu                                                                                              | 36 |
| 4.9.3.2.4.2.2. Üfleli Solunum                                                                                                    | 36 |
| 4.9.3.2.4.3. Doğum Anında (II. Evre) Kullanılacak Solunum Egzersizleri                                                           | 37 |
| 4.9.3.2.5. Müzik                                                                                                                 | 37 |
| 4.9.3.2.6. Sıcak Uygulama                                                                                                        | 37 |
| 4.9.3.2.7. Soğuk Uygulama                                                                                                        | 38 |
| 4.9.3.2.8. Hidroterapi                                                                                                           | 38 |
| <b>5. GEREÇ ve YÖNTEM</b>                                                                                                        | 39 |
| 5.1. Araştırmanın Şekli                                                                                                          | 39 |
| 5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı                                                                                                 | 39 |
| 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi                                                                                            | 39 |
| 5.4. Örneklem Seçim Kriterleri                                                                                                   | 40 |
| 5.5. Araştırma Dışı Bırakma Kriterleri                                                                                           | 40 |
| 5.6. Araştırma Hipotezleri                                                                                                       | 41 |
| 5.7. Veri Toplama Araçları                                                                                                       | 41 |
| 5.7.1. Gebe Tanımlama Formu                                                                                                      | 41 |
| 5.7.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu<br>(The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Versiyon A) | 41 |
| 5.7.3. Hemşirelik Desteği Ölçeği (BANSILQ-Bryanton Adaptation<br>of the Nursing Support in Labor Questionnaire)                  | 42 |
| 5.7.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)                                                                                             | 43 |

|                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.8. Araştırmanın Verilerinin Toplanması                                                                                                                     | 45  |
| 5.9. Verilerin Değerlendirilmesi                                                                                                                             | 47  |
| 5.10. Araştırmanın Etik Yönü                                                                                                                                 | 48  |
| <b>6.BULGULAR</b>                                                                                                                                            | 49  |
| 6.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular                                                                                                    | 50  |
| 6.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği<br>(W-DEQ) A Versiyonuna İlişkin Bulgular ve Karşılaştırmalar                                          | 53  |
| 6.3. Gebelerin Hemşirelik Desteği Ölçeğine (BANSİLQ-Brayton<br>Adaptation Of The Nursing Support İn Labor Questionnaire) İlişkin Bulgular                    | 58  |
| 6.4. Gebelerin Görsel Kıyaslama Ölçeğine İlişkin Bulgular                                                                                                    | 61  |
| <b>7.TARTIŞMA</b>                                                                                                                                            | 62  |
| 7.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması                                                                                     | 62  |
| 7.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği<br>(W-DEQ) A Versiyonuna İlişkin Bulguların Tartışılması                                               | 68  |
| 7.3. Gebelerin Hemşirelik Desteği Ölçeğine (BANSİLQ-<br>Brayton Adaptation Of The Nursing Support İn Labor<br>Questionnaire) İlişkin Bulguların Tartışılması | 70  |
| 7.4. Gebelerin Görsel Kıyaslama Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması                                                                                     | 74  |
| <b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>                                                                                                                                  | 76  |
| <b>9. KAYNAKLAR</b>                                                                                                                                          | 79  |
| <b>10.EKLER</b>                                                                                                                                              | 89  |
| <b>11. ÖZGEÇMİŞ</b>                                                                                                                                          | 105 |



## **ŞEKİL ve RESİMLER DİZİNİ**

## **Sayfa No**

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Şekil 1. Limbik Sistemin Yapıları (Uzbay Tİ. Anksiyetenin<br>Norobiyolojisi, Klinik Psikiyatri, | 11 |
| Şekil 2: Amigdala ve Hipokampus Arasındaki Stres Yolu                                           | 11 |
| Resim 1: Sakruma Dairesel Hareketlerin Uygulanması                                              | 30 |
| Resim 2: Travayda Pelvis Ve Spina Boyunca Bası Noktaları                                        | 30 |
| Resim 3: Travayda Sakruma Vibrasyon Uygulama                                                    | 31 |
| Resim 4: Yan Yatış Pozisyonunda Sırta Efloraj Uygulanması                                       | 31 |
| Resim 5: Omuzların Ortasındaki Bası Noktaları                                                   | 32 |
| Resim 6: Abdomene Saat Yönünde Uygulanan Masaj                                                  | 32 |
| Resim 7: Dalak 6 Shiatsu Noktası                                                                | 33 |

**TABLolar DİZİNİ****Sayfa No**

|                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1. Gebelerin ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Dağılımı                                                                   | 50 |
| Tablo 2. Gebelerin Doğum Öncesi Eğitim ve Gebelikte Desteğe İlişkin Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı                                                                 | 51 |
| Tablo 3. Gebelerin Doğum Endişesine İlişkin Özelliklerin Gruplara Göre Karşılaştırılması                                                                                  | 52 |
| Tablo 4. Gebelerin Travayın Başlangıcı Ve Doğum Sonrası Wijma Ölçek Puan Ortalamalarının Gruplara ve Grup İçine Göre Karşılaştırılması                                    | 53 |
| Tablo 5. Travayın Başlangıcındaki Wijma Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Sınıflandırılması                                                               | 54 |
| Tablo 6. Doğum Sonrasındaki Wijma Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Sınıflandırılması                                                                     | 55 |
| Tablo 7. Deney Grubu Gebelerin Eğitim ve Çalışma Durumu İle Travayın Başlangıcı ve Doğum Sonrası Yapılan Wijma Ölçek Toplam Puan Fark Ortalamalarının Karşılaştırılması   | 56 |
| Tablo 8. Kontrol Grubu Gebelerin Eğitim ve Çalışma Durumu İle Travayın Başlangıcı ve Doğum Sonrası Yapılan Wijma Ölçek Toplam Puan Fark Ortalamalarının Karşılaştırılması | 57 |
| Tablo 9. Gebelerin Hemşirelik Desteği Ölçeği (Bansil Q) Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması                                     | 58 |
| Tablo 10. Gebelerin Hemşirelik Destek Davranışlarına İlişkin Görüşlerinin Gruplara Göre Dağılımı                                                                          | 59 |

Tablo 11. Gebelerin Doğumhaneye Kabul Ve Travayın Sonunda  
Görsel Kıyaslama Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının  
Gruplara Göre Karşılaştırması

61

## **KISALTMALAR**

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| <b>ACTH</b> | : Adrenocorticotrop Hormon            |
| <b>CRF</b>  | : Corticotropin Releasing Factor      |
| <b>DÖB</b>  | : Doğum Öncesi Bakım                  |
| <b>DÖE</b>  | : Doğum Öncesi Eğitim                 |
| <b>GABA</b> | : Gamma-Aminobutirik Asit             |
| <b>TDK</b>  | : Türk Dil Kurumu                     |
| <b>TNSA</b> | : Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması |
| <b>TÜİK</b> | : Türkiye İstatistik Kurumu           |

## 1.ÖZET

Araştırma, travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinin hemşirelik desteğinin etkisini belirlemek amacı ile deneysel ve prospektif bir çalışma olarak planlanmış, Kocaeli’de bir hastanede Aralık 2012-Mayıs 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Doğumhane Servisine normal doğum için başvuran 3-7 cm dilatasyonu olan riskli gebelik olmayan ve primipar olan deney grubu 44, kontrol grubu 46 gebe çalışmaya alınmıştır. İki aşamalı olarak yürütülen araştırmanın ilk aşamasında araştırmaya alınan gebelere Gebe Tanımlama formu, Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği-A versiyonu (WDEQ-A) ve doğumhaneye ilk kabulde Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) uygulanmıştır. İkinci aşamada ise deney grubu gebelerin ağrısı olduğunda masaj, gevşeme ve solunum egzersizleri, travayın sonunda GKÖ, postpartum ilk 2 saat içinde WDEQ-A, postpartum 6 saat sonra BANSİLQ uygulanmış; kontrol grubuna ise travay boyunca doğumhanede yapılan standart uygulamalar gözlemlenmiş, travayın sonunda GKÖ uygulanmış, postpartum ilk 2 saat içinde WDEQ-A ve postpartum 6 saat sonra BANSİLQ uygulanmıştır. Veriler uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edildi. Araştırmanın sonucunda gebelerin %90’ında bebeğe yönelik, hepsinde doğum eylemine yönelik, %91.1’inde doğumda sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler, deney grubu gebelerin travayın başlangıcı Wijma 78.16±31.61, doğum sonrası 32.36±17.61, kontrol grubu gebelerin ise travayın başlangıcı 87.50±30.53, doğum sonrası 79.06±33.62 olarak saptanmıştır. Deney grubu gebelerin Bansil-Q puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Sonuç olarak, doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, doğumhanedeki hemşirelerin gebe merkezli hemşirelik desteği vermesi, hemşirelerin destek davranışları ile ilgili eğitim verilmesi önerilebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Travay, Gebe, Doğum korkusu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği, Hemşirelik Desteği Ölçeği (BansilQ)

## **2. SUMMARY**

### **Influence of Supportive Nursing Care in the Management of the Fear of Childbirth in Primiparous Women in Labour**

This study aiming to assess the influence of supportive nursing care in the management of the fear of childbirth in primiparous women in labour was planned in a prospective and experimental manner and conducted in a hospital in Kocaeli between December 2012 and May 2013. Among the pregnant women who had presented for a vaginal delivery to the maternity ward, 44 primiparous women with no pre-existing risks and 3-7 cm dilation were enrolled in the study group, while 46 women with the same characteristics were included in the control group. During the first stage of the two-stage study, pregnant women were asked to fill the Pregnant Women Description Form, the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire-Version A (WDEQ-A) and the Visual Analogue Scale (VAS) at the admittance to the delivery ward. In the second stage, the study group were given massages and coached for relaxing and breathing techniques during contractions, and were asked to fill the VAS at the end of the labour, the WDEQ-A within the first two hours postpartum and the Bryanton Adaptation of Nursing Support in Labour Questionnaire (BANSILQ) 6 hours postpartum. The control group were observed during the standard procedures applied in the delivery room during the labour and were given the VAS at the end of the labour, the WDEQ-A within the first two hours post partum (BANSILQ) 6 hours postpartum. The obtained data were analysed using the appropriate statistical methods. The study results have indicated anxiety over the baby in 90% of the pregnant women, anxiety over the delivery in all of them, and anxiety over the behaviour of the healthcare personnel in 91.1% of the pregnant women. In the study group, the Wijma score at the beginning of the labour was  $78.16 \pm 31.61$ , while it was  $32.36 \pm 17.61$  after the delivery. In the control group, the Wijma score at the beginning of the labour was  $87.50 \pm 30.53$ , while it was found as  $79.06 \pm 33.62$  after the delivery. The BANSIL-Q scores of the study group were observed to be higher. In conclusion, extensive prenatal classes, supportive nursing care by the nursing staff in the delivery room focussing on the woman in labour and education of the nurses on supportive behaviour may be recommended.

**Keywords:** Labour, Pregnant, Fear of childbirth, Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire, Bryanton Adaptation of Nursing Support in Labour Questionnaire

### 3. GİRİŞ

Gebelik fizyolojik bir olay olmakla birlikte, kadının yaşamında bir dönüm noktası olup kadın için büyük bir stres oluşturur (Sayiner, 2009). Gebelik boyunca kadınlar fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşar. Gebeliğin ilk trimesterinde yaşanan psikolojik değişikliklerden en baskın olanı kadının gebe olup olmaya ilişkin yaşadığı ambivalan duygulardır. İkinci trimesterde bu duygular azalır fakat son trimesterde kadın yeniden ambivalan duygular yaşamaya başlar. Gebelikten sıkıntı duyar, bebeği ister fakat doğumdan korkar ve yakında olacak doğuma yönelik diğer trimesterlere göre daha yoğun anksiyete yaşar ( Şahin ve ark 2009, Terzioğlu 2005, Serçekuş 2005). Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına karşın, gebenin yakın çevresi de bu olaydan etkilenmektedir. Gebelik süreci kadın ve ailesi için gelişimsel bir kriz dönemidir (Körükçü 2009, Taşkın 2005).

Doğum süreci, çok hızlı ve bir dizi kompleks yenilenme sürecinin yaşandığı, empati ve yardıma çok gereksinim duyulduğu, psikososyal dengelerin bozulduğu, bu değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı bir kriz dönemidir (Pınar G, Pınar T, 2009). Genellikle de anne ve baba adayları için yaşamlarındaki en güzel deneyimlerden biridir. Ancak zaman zaman doğum anında yaşanan olumsuz deneyimler uzun yıllar anlatılan doğum hikâyeleri arasında yerini alabilmektedir. Bu tür deneyimler kadınlar arasında yayılırken bir yandan da görsel medyada gösterilen ağırlı doğum sahneleri kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmaya sebep olmaktadır. Dolayısıyla doğumla ilgili ağırlı, kanlı korkutucu bir olay imajı; gebelik süresince kadınların vajinal doğumla ilgili bu korkutucu deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmektedir. Anne adayı kendisi için bilinmeyen doğum olayının meydana geleceği anı korku ve heyecanla beklerken, annelik sevgisi ve bir canlı dünyaya getirmenin gururunu bir arada yaşar. Özellikle ilk gebeliğinde bir kadın tanımlayamadığı birçok yeni hissi bir arada yaşamakta ve doğumda neyle karşılaşacağını bilememektedir (Sayiner 2009).

Türk Dil Kurumu'na göre korku bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı ve üzüntüdür (<http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi:11.10.2013) Yaygın bir klinik problem olmasına rağmen doğum korkusunun kesin bir tanımı yoktur. Gebelik boyunca korku yaşadığını ifade eden her kadın korkuyu kendince

tanımlar (Şahin ve ark 2009). Kadınlar gebelik ve doğum ile ilgili birçok korku yaşamaktadırlar. Doğum sırasında ölüm korkusu endişesi gebelikten önce oluşur ve bu korku çok şiddetli boyutlara ulaşırsa "tokophobia" olarak adlandırılmakta ve bu durum çocukluktan yaşlılığa tüm kadınları etkileyebilmektedir (Kitapçıoğlu, Yanikkerem, Sevil, Yüksel 2008). Yunancada tokos doğum, phobos korku anlamına gelmektedir, tokofobi doğum korkusu olarak ifade edilmektedir (Hofberg, Brockington 2000). Ancak tokofobi literatürde çelişkili bir şekilde tanımlanmıştır. Kaynaklarda tokofobi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşididir (Körükçü 2009, Dossett 2008). Tokofobi; primer tokofobi; ilk gebelikte görülür; sekonder tokofobi, geçirilmiş travmatik doğum sonrası oluşur ve depresyon semptomu olarak tokofobi olarak üçe ayrılır (Hofberg ve ark 2000).

**Primer Tokofobi:** Daha önce gebelik deneyimi yaşamamış olan anne adaylarının hissettikleri kaygıları içerir. Bu korku genellikle ergenlik döneminde kendini gösterir. Cinsel ilişki kurmaya yönelik sıkıntı yaşamamakla birlikte, gebe kalmaya karşı yoğun bir korku hissederler. İsteyerek gebe kaldıkları halde, doğum korkusu sebebiyle gebeliklerini kürtaj yoluyla sonlandırmayı tercih ettikleri görülmüştür.

**Sekonder Tokofobi:** Travmatik bazı yaşanmış olaylar sonrası oluşur. Kontrolsüz düşük, ölü doğum, daha önce yaşanmış aşırı acılı doğum ya da kürtaj, sekonder tokofobinin temel nedenlerindendir.

**Depresyon Semptomu Olarak Tokofobi:** Bu türde, anne adayının gebelik öncesinde herhangi bir korku ya da kaygı durumu olmaksızın, gebelik sürecinde yaşamış olduğu depresif duygu durumuna bağlı olarak ortaya çıkan bir tokofobiden bahsedilebilir (Hofberg ve ark 2000).

Doğumda korkunun nedenleri biyolojik (ağrı korkusu), psikolojik (kişilik, geçmişteki travmatik olaylar ve gelecekte anne olmayla ilişkili), sosyal (destek sistemlerinin olmaması, ekonomik yetersizlikler) ya da ikincil korkular (daha önceki doğum deneyimine bağlı) olarak belirlenmiştir. Doğum korkusunun nedenleri: bebeğin ölmesi veya zarar görmesi, doğumda çaresiz kalma, doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, ağrı yaşama, (Wilkund, Edman, Ryding, Andolf 2008), doğum personeline güvenmeme, ölüm, epizyotomi, ekspulsiyon fazında yırtılma veya zarar görme, fazla kanama, plasenta parçasının kalması, tansiyonun



yükselmesi, doğumda panik yaşama, doğum boyunca yalnız olma, doğumun nasıl olacağını bilmeme, doğumda perinenin hasar görmesi, cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesinden, sağlık personelinin bağırması, doğumda hata yapması veya yeterince destek olmamasından korktukları gibi etkenler yer almaktadır (Serçekuş 2011, Şahin ve ark 2009).

Doğumun algılanması, kişiye göre değişir. Doğum stresiyle başa çıkma gücüne sahip bir kadın, bu deneyimi çok olumlu bulmaya eğilimli olacaktır. Kadınların doğum eylemi ile baş etmeleri ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları için destek almaya ve önemsendiğini hissetmeye gereksinimleri vardır (Kızılkaya 1997). Doğum eylemi boyunca verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusu ve doğum ağrısı ile baş etmesini geliştirebilir, doğum korkusunu azaltabilir ve olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilir (Chen, Wong, Chang 2001, Adams, Bianchi 2008, Larkin, Begley, Devane, 2009, Karaçam ve ark 2011).

Hemşirelerin kadınların doğuma ilişkin korkularını ve endişelerini azaltarak, onları doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi edinmelerini sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Karaçam ve ark 2011). Hemşireler doğum sürecindeki çiftlerle en fazla ilişki kurabilecek konumdadırlar ( Kızılkaya 1997). Ayrıca hemşirelerin doğum eylemi süresince kadının duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılama, haklarını savunma ve bilgilendirme görevleri de bulunmaktadır (Karaçam ve ark 2011).

Doğum korkusunun azaltılması ve bilgilendirme, kadının davranışlarını kontrol etme, kendine güvenini artırabilme ve olumlu duygu hissetmesini sağlayabilir, doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirebilir ( Hardin, Buckner 2004, Adams, Bianchi 2008). Sleutel'e göre Doğum eylemindeki hemşirelik bakımını *"kadının doğum yapma gücünü kendi kontrolünde kullanmasını sağlamak"* olarak tanımlamıştır. Doğum eyleminde yapılan girişimlerin bir bölümü destekleyici niteliktedir (Barnett 2008, Karaçam ve ark 2011).

Doğum ünitesinde çalışan hemşirelerin destekleyici bakım aktiviteleri; gebenin beklentilerini açıklamasına izin verme, saygınlığını koruma, gereksinimlerini ve korkularını ifade etmesi için cesaretlendirme, güven oluşturma, ağrı ya da korkusu

olduğunda yanında olma, gevşeme tekniklerini öğretme, ıkınma ve gevşeme suresince rehberlik etme (koçluk yapma), çabalarını destekleme ve bilgi vermeyi içermektedir (Kardong-Edgren 2001, Karaçam ve ark 2011).

Ellen ve ark. (2002) çalışmasında 1999-2001 yıllar arasında 3000'den fazla gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, empatik anlayışla doğuma hazırlanan gebelerin, doğumu umduklarından daha rahat ve olumlu bir deneyim olarak geçirdikleri belirtilmiştir (Ellen, Nancy, Mary, 2002).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise kadınların en fazla yararlı buldukları destekleyici ebelik ve hemşirelik davranışlarının; bakım verirken sakin ve kendinden emin görünme, saygılı davranma, bir birey olarak bakıldığını hissettirme, emniyette olduğu duygusunu verme, nefes alıp verme / gevşeme teknikleri konusunda eğitim yapma ve uygulamasına yardım etme olduğu bildirilmiştir (Kızılkaya 1997).

Araştırmacılar doğum stresi ve hemşirelik desteği arasında ters bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Çalışmalarda doğum sırasında destek almış gebelerde destek almayan gebelere göre sezaryen, forseps uygulamaları ve analjezi kullanım oranların daha düşük olduğunu göstermektedir (Abushaikha, Sheil 2006).

Destekleyici bakım ebe ve hemşirenin yanı sıra eş, akraba / aile, bu konuda özel eğitim almış kişiler (doula: doğum koçu) tarafından da verilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %74,5'inin doğum eyleminde destek olacak birine gereksinim duydukları, bu kişinin de sırasıyla anneleri, eşleri, kardeşleri ve sağlık personeli olmasını istedikleri belirtilmektedir (Timur, Hotun-Şahin 2010).

### **3.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinin hemşirelik desteğinin etkisini araştırması amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Korku

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre korku bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı ve üzüntüdür (<http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi:11.12.2013). Bireyin kendi düşüncelerinin neden olduğu bir duygudur. Bu düşüncelerin içeriğinde "tehlike" olduğu için korku reaksiyonu verilir. Bu nedenle aynı durumla karşılaşan farklı bireyler, farklı düşünceleri neticesinde farklı reaksiyonlar verebilirler. Ancak korkuyu yaşayan bireyler çoğu zaman bunun kendi düşüncelerinden kaynaklandığını bilmedikleri için etkili bir çözüm bulmaya çalışmazlar. Böylece bireyler çaresizlik yaşayarak, korkularını kriz boyutlarına taşıyabilirler. Yaşanan bu krizler de kaçınma davranışlarını arttırarak hayattan zevk almayı azaltır. Öte yandan, korku hissiyle başa çıkabilen ve ortamdaki kaçmayan kişilerde, bu duygularını yenmeleri sonucunda hem kendilerine olan güven ve yeterlilik hisleri artar hem de önemli beceriler kazanırlar (Gençöz 1998).

Korku; tüm insanlarda ortak, doğal ve evrensel bir duygu olup insancıl bir duygudur. Önemli olan kişinin duygu ve düşüncelerinin günlük yaşamını olumsuz ölçüde etkilemesine izin vermemesidir. Korku, diğer tüm duygularda olduğu gibi hem zihinsel hem de fiziksel unsurları içerir (Serçekuş 2011).

Korku yaklaşan tehlike nedeniyle ortaya çıkan ve kaçma isteğinin eşlik ettiği temel bir duygu olup anksiyete tarafından gölgelenmiştir. Anksiyete, korkuyu neden olmakta ve korku ise panik duygusunu oluşturan bir zincir oluşturmaktadır. Korku durumunda akla ilk gelen şey, karanlık, ölüm, kaza, savaş, deprem gibi doğal afetler, sevilen bir kişiyi veya nesneyi kaybetme gibi durumsal ve yaşamsal olaylardır. Bunlara bağlı olarak tüylerin diken diken olması, ürperme, taşikardi, gözlerin gereğinden fazla açılması, soğuk soğuk terleme, bulantı, beyin zonklaması, ağız kuruluğu, kasların aşırı derecede gerilmesi, yutkunma güçlüğü gibi tepkiler ortaya çıkabilir. Bu fiziksel belirtilerin dışında, titreme, yerinde duramama, kırıdayamama, fenalık hissi, bazen aşırı halsizlik, gergin bir yüz ifadesi ve ses tonu, gülme veya ağlama artışı, çok konuşma, başkalarına bağımlılık, hayal kurmaya yönelme, güven arama, ısrarla başkalarından onay bekleme, öneri isteme gibi davranışsal belirtiler de

olabilir ( Körükçü 2009). Korku durumunda oluşan belirtiler doğum korkusunda da meydana gelmektedir.

## **4.2. Doğum Korkusu**

### **4.2.1. Doğum Korkusunun Tanımı**

Doğum korkusunun kesin bir tanımı yoktur. 'Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda da doğum korkusu için belirgin bir tanım kullanılmamıştır. Kadınlar gebelik ve doğum ile ilgili birçok korku yaşamaktadırlar. Her kadın gebeliğinde yaşadığı korkuyu kendisine göre tanımlar (şahin ve ark 2009). Gebelikten önce doğumda ölüm korkusu oluşmaktadır ve bu korku çok şiddetli boyutlara ulaşırsa "tokophobia" olarak adlandırılmakta ve bu durum çocukluktan yaşlılığa tüm kadınları etkileyebilmektedir (Kitapçıoğlu ve ark 2008). Her kadının doğumdan bir miktar korkması doğaldır (Bewley, Cockburn 2002b). Fakat doğum korkusu bazen baş edilemeyecek boyuta ulaşabilir. Aşırı patolojik olan doğuma yönelik korku tokofobi (tokophobia) olarak adlandırılır (Hofberg ve ark 2000). Yunanca' da tokos doğum, phobos korku anlamına gelmektedir, bu nedenle tokofobi doğum korkusu olarak ifade edilmektedir (Hofberg ve ark 2000, Körükçü 2009). Ancak tokofobi literatürde çelişkili bir şekilde tanımlanmıştır. Kaynaklarda tokofobi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşididir (Dossett 2008, Körükçü 2009).

Doğum korkusu Hofberg and Brockington'un (2000) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) "Eğer gebe kadın primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskılanamaz bir anksiyete içerisine iter, önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır" şeklinde ifade edilmiştir (Körükçü 2009).

Tokofobi kaynaklarda gebelik öncesi dönemde gebelik korkusu, (Levey, Radan, Hartley, Newport, Stowe 2004, Stone, Menken 2008) doğum sırasında ölüm korkusu, (Hofberg ve ark 2003, Körükçü 2009) gebelik ve hatta travay sürecinde yaşanan doğum korkusu olarak yer almıştır (Körükçü 2009). Doğum sırasındaki ağrı korkusu da tokofobi olarak ifade edilmektedir (Waldenström, Hildingsson, Ryding

2006,Dossett 2008). Tokofobi primer, sekonder ve depresyon semptomu tokofobi olarak üç grupta toplanmıştır (Körükçü 2009).

Tokofobisi olan kadınlar, doğuma yönelik korkuları nedeniyle bir bebeğe sahip olmayı çok istedikleri halde gebelikten kaçınır, gebeliği dolayısıyla doğumu erteleyebilirler (Hofberg ve ark 2000, Hofberg ve ark 2003, Serçekuş 2005, Körükçü 2009).

### **4.3. Doğum Korkusunun Sınıflandırılması:**

Doğum korkusu (Tokofobi) 3 şekilde sınıflandırılır:

#### **4.3.1. Primer tokofobi:**

Nulliparlarda görülen bu korku adolesan veya erken erişkinlik döneminde görülmeye başlayabilir. Kadın doğum eylemini önlemek için gebelikten kaçınabilir (Brockington, Macdonald, Wianscott, 2006) Daha önce gebelik yaşamamış olan anne adaylarının yaşadıkları kaygıları içerir. Ergenlik döneminde genellikle bu korku oluşur ve gebe kalmaya karşı yoğun bir korku hissederler. İsteyerek gebe kaldıkları halde, doğum korkusu nedeniyle kürtaj yoluyla gebeliklerini sonlandırmayı tercih ederler (Hofberg ve ark 2000, Zar, Wijma K, Wijma B 2001, Körükçü 2009).

Ayrıca gebe kalmadan önce bile doktorundan elektif sezaryen talep edebilir. Bunun yanı sıra primer tokofobisi olan kadınlar doğum korkusunun üstesinden hiçbir zaman gelememekte, çocuksuz olarak kalmayı ya da evlat edinmeyi tercih etmektedir. Çok istedikleri bebeklerini asla doğuramadan menopoza girmekte ve ileri yaşlara kadar bu kaybın acısını çekmektedirler. Primer tokofobili kadınların birçoğu algıladıkları yetersizlik nedeniyle utanç duymaktadır (Brockington ve ark 2006, Körükçü 2009).

#### **4.3.2. Sekonder tokofobi:**

Sekonder tokofobi de bazı kadınlarda daha önce yaşadığı travmatik obstetrik bir olaydan sonra oluşur. Bu travmatik obstetrik olayın en tipik şekli “travmatik doğum eylemidir (Körükçü, 2009).

Bu korkunun temel nedenleri ise ölü doğum, kontrolsüz düşük, daha önce yaşanmış aşırı acılı doğum ya da kürtajdır (Hofberg ve ark 2000, Zar ve ark 2001,

Melender 2002a, Melender 2002b, Körükçü 2009). Travmatik doğum eylemi geçiren kadınlar, bir bebek sahibi olmak istemelerine rağmen tekrar gebe kalmaktan kaçınırlar. Ayrıca bu kadınlar şiddetli stres yaşayarak doğumdan sonra uyku sorunu yaşar hatta kabuslar görürler. Bu nedenle posttravmatik stres sendromu (PTSS) travmatik doğum komplikasyonlarından biridir. PTSS nedeniyle kadın bir sonraki gebelikten patolojik düzeyde korkabilir, gelecekte gebelik ve doğum deneyimlerinden kaçınabilir. Kadının travmatik doğum sonrası uykularını kaçırarak kadar korku verici kabuslar yaşadığı belirtilmektedir (Körükçü 2009, Yanikkerem ve ark 2007).

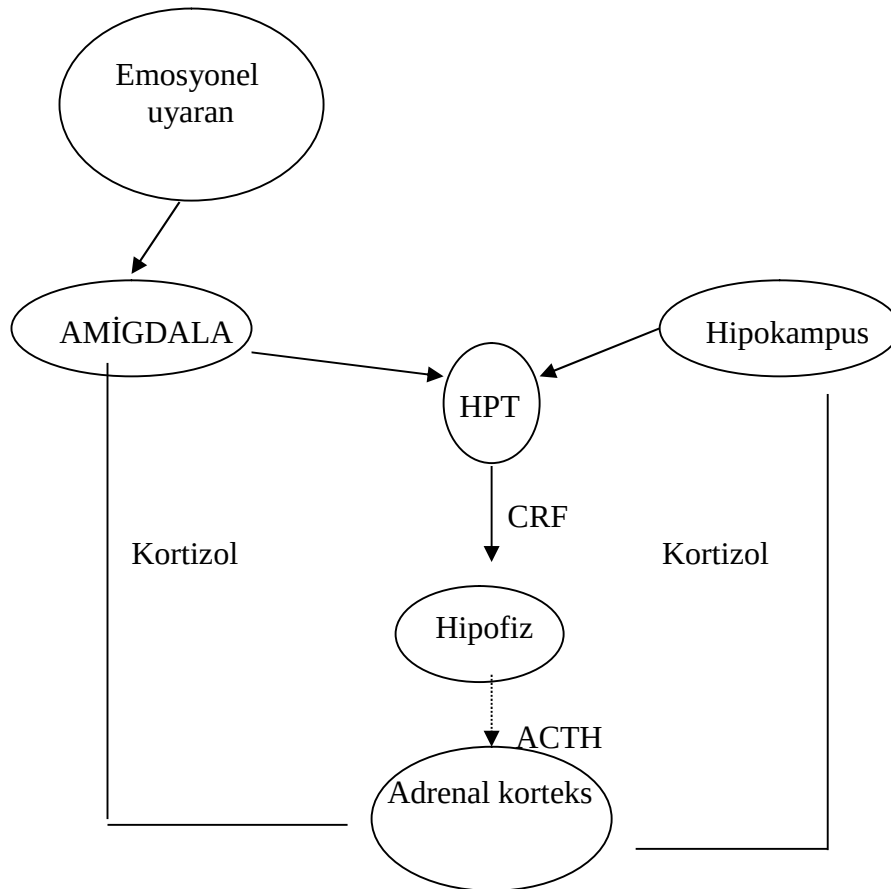
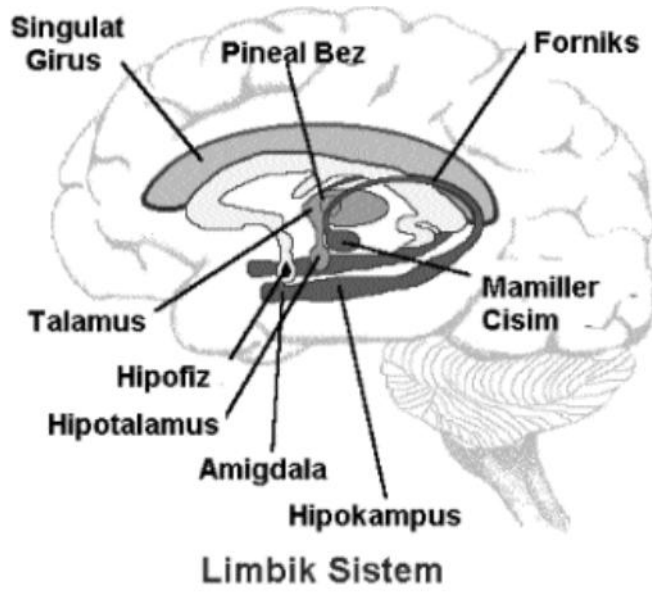
#### **4.3.3. Depresyon semptomu olarak tokofobi**

Bu türde, anne adayının gebelik öncesinde herhangi bir korku ya da kaygı durumu olmaksızın, gebelik sürecinde yaşamış olduğu depresif duygu durumuna bağlı olarak ortaya çıkan bir tokofobiden bahsedilebilir (Hofberg ve ark 2000, Zar ve ark 2001). Gebelikte yaşanan depresyon tedavi edilmezse, postnatal dönemde daha fazla artacaktır. Postnatal depresyon bir kaygı odağı haline gelmiştir. Anne, çocuk ve aile açısından etkileri çocuğun ihmal edilmesini, bireyin kendine zarar vermesini, ailenin parçalanmasını ve hatta intiharı içerebilir (Körükçü 2009).

#### **4.4. Korkunun Fizyolojisi ve Doğuma Etkileri**

Hipotalamus ve limbik sistem, duyguların oluşumu ve ifadesi ile derinden ilişkili yapılardır. Limbik sistem; noradrenalin, serotonin ve Gamma-aminobutirik asit (GABA) reseptörleri bakımından zengindir. Limbik sistem; amigdala, hipokampus ve septal çekirdekler gibi derin yapıları tanımlamak için kullanılır Limbik yapılar içinde **amigdala** korku duygusu oluşumunda en önemli rolü olan bölgedir. Amigdala çekirdeklerinin korku uyandıran anıların kodlanması ile ilişkili olduğuna dair önemli kanıtlar vardır (Serçekuş 2011, Körükçü 2009, Guyton, Hall 2001).

**Sekil 1.** Limbik Sistemin Yapıları (Uzbay Tİ. Anksiyetenin Norobiyojisi, Klinik Psikiyatri, Ek 1:5-13, 2002



**Şekil 2:** Amigdala ve hipokampus arasındaki stres yolu ( Körükçü H.Ö. 2009)  
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlilik Ve  
Güvenilirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek  
Lisans Tezi, Antalya ( Danışman: Doç. Dr. Kamile Kukulu).

Korku ve stres sırasında kanda kortizol miktarı artmaktadır; çünkü amigdala ve diğer beyin bölgeleri, hipotalamik nöronları uyararak, hipofizdeki terminallerden Corticotropin Releasing Factorün (CRF) salınmasına yol açarlar. Bu da hipofizdeki Adrenocorticotrop hormon (ACTH) salınımını uyararak, adrenal bezlerden kortizol salınımını arttırır. Kortizol kan yoluyla bütün vücuda yayılır ve beyinde özellikle hipokampustaki reseptörlere bağlanır. Hipokampustaki reseptörler, yeterli miktarda kortizol ile bağlandığında, hipotalamus üzerinde negatif feedback etkisi yaparak, CRF salınımını inhibe eder. Bu yolla hipokampus, kortizolü belli seviyede tutarak, amigdalanın tetiklediği stres cevabını regüle eder (Körükçü 2009).

Kortizol, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile vücudu savunmaya hazırlar (Serçekuş 2006). Sempatik sistem devreye girince gözler dilate olur, solunum hızlanır, kalp atışları artar. Büyük damarlar kasılır ve organlara giden kan azalır. Tüm beden tehlike ile uğraşmaya başlar (Serçekuş 2005).

Stres karşısında katekolaminin önemli yanıtı “savaş ya da kaç” olarak genelleştirilebilir ve bu yanıt fiziksel sonuçlarla kendini gösterir (örneğin kan basıncı ve kalp atımlarının artması gibi). Kortizol salınımını arttıran faktörler katekolamin salınımını da arttırır. Akut stres boyunca, sempatik sinir uçlarından, adrenal medulladan salgılanan adrenalinin karşıtı olarak noradrenalin salgılanır. Noradrenalin kısa sürede (biyolojik yarılanma ömrü 2-2.5 dakikadır) kan dolaşımına katılarak ortadan kaybolur. Noradrenalinin gebelerdeki bazal seviyesi gebe olmayan kadınlardan daha düşüktür (Körükçü 2009).

Doğum anında gebe korku yaşarsa vücut savunmaya geçer ve sempatik sistem devreye girerek stres hormonları katekolamin salgılanmaya başlar. Böylece kan, hayati organlara gider ve uterusu giden arterler büzülür, uterusu daha az kan ve oksijen gitmeye başlar. Kan ve oksijen uterus kaslarının çalışması için oldukça önemlidir. Kanın, dolayısıyla oksijenin azalmasıyla serviks gerginleşir ve sertleşir.



Bu durum doğumun uzamasına yol açar. Uterusa oksijenin az gitmesi bebeğe de oksijenin az gitmesi anlamına gelir ki bu durum müdahale gerektirir. Korku uterus kaslarının normal çalışma dengesini bozar. Uterusun longitudinal kasları (vertikal) dairesel kasları (sirküler) yukarı çekmek ister (dairese kasların yukarıya doğru çekilmesiyle serviks açılır) fakat dairesel kaslar buna direnç gösterir. Bu durumda serviks gergin ve kapalı kalır. Bu iki kasın birbirine zıt çalışması ise doğumda ağrıyı oluşturur. Tüm bu kısır döngüyü Dick-Read “Ağrısız doğum” isimli kitabında korku-gerginlik-ağrı siklusu olarak tanımlamıştır (Serçekuş 2011).

#### **4.5. Doğum Korkusunun Belirtileri**

Kadınların doğum korkularını birbirlerinden farklı biçimlerde gösterdikleri bilinmektedirler. Doğumda korku belirtileri; ağlama, uykusuzluk, sürekli düşünme, çarpıntı, baş dönmesi, dispne, sinirlilik, doğumdan kaçınma isteği, sezeryan olma isteğinde bulunma gibi belirtiler yapılan çalışmalarda saptanmıştır. Melender ve Laurinin yaptıkları kalitatif çalışmada, korkusu olan kadının içine kapanıp, kimseyle konuşmadığı, kendi kendine sıkıntı çekebileceği ve duygularını; üzüntü, dehşete kapılma, endişe, gerginlik, kaçma isteği, panik olma, depresyon ve paranoya gibi farkı şekillerde tanımlayabildikleri ifade edilmiştir (Melender, Lauri,1999).

Travay boyunca gebelerin; yalnız kalmaktan kaçınma, huzursuzluk, davranış kontrolünde güçlük, iletişimden kaçınma, yüksek sesle ağlama, sessizce ağlama, avuçlarını sıkma, herhangi bir şeyi sıkma, dudak ısırma, yakınma çığlık atma, sürekli gezinme ve çevresindeki kişileri suçlama gibi davranışları da korkunun belirtileri arasındadır (Coşar, Demirci 2012).

#### **4.6. Doğum Korkusunun Nedenleri**

Yaygın bir klinik problem olmasına karşılık doğum korkusunun nedenlerine yönelik literatür sınırlıdır (Melender 2002a). Doğumda korkunun nedenleri biyolojik (ağrı korkusu), psikolojik (kişilik, geçmişteki travmatik olaylar ve gelecekte anne olmayla ilişkili), sosyal (destek sistemlerinin yetersiz olması, ekonomik yetersizlikler) ya da ikincil korkular (daha önceki doğum deneyimine bağlı) olarak belirlenmiştir (Nerum 2006).

Serçekuş ve Okumuş' un (2009) çalışmasında, gebeliğinin son trimesterinde olan 19 nullipar kadın ile görüştüğünde gebelerin doğum ağrısı, doğum sırasında anne ve bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanan işlemler, sağlık personeli ve cinsellik nedeniyle korku yaşadıkları belirlenmiştir. Doğuma yönelik korkuların nedenleri ise önceki deneyimler, bilgi, inanç, hastalık, belirsizlik, düşük ağrı eşiği, doğumhane ortamı ve sağlık personeli olarak belirlenmiştir (Serçekuş, Okumuş 2009).

İsveç'te yapılan çalışmada tüm gebelerin yaklaşık %20'si doğum korkusu nedeniyle acı çekmekte, %5'i doğum korkusu nedeniyle günlük yaşamda ruhsal dengesizlik yaşamakta ve yaklaşık %2'si travmatik doğum deneyimi nedeniyle ciddi psikolojik sorunlar yaşamaktadır (Zar ve ark 2001).

Doğum korkusunu etkileyen psikolojik faktörlerden biride kadının kişilik özellikleridir. Doğum korkusunun; öz saygısı düşük, hassas, nevrotik, depresif kişilik özelliği olan ve stresle baş etmede yetersiz beceriye sahip kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (Sleutel 2003).

Kadının gebeliğe psikolojik uyumunu sağlamada sosyal destek ağlarının önemi büyüktür. Birçok kadın için eşler, gebelik boyunca primer sosyal destek kaynağıdır (Serçekuş 2005). Tarkka, Paunone'ın yaptıkları çalışmada da gebe kadınlarda (%99) primer destek kaynağının eşler olduğu saptanmıştır (Serçekuş 2005). Bu nedenledir ki sosyal destek eksikliği (Sleutel 2003, Söderquist, Wijma K, Wijma B. 2004) ve partner ile ilişkilerden memnuniyetsizliğin doğum korkusu için önemli bir değişken olduğu bulunmuştur (Sleutel 2003).

Yapılan çalışmalarda sosyodemografik değişkenlerin doğum korkusuna etkisine yönelik farklı sonuçlar bulunmaktadır (Sleutel 2003). Saisto ve arkadaşlarının (2001) İsveç' te yaptığı çalışmada düşük gelir ve düşük eğitim düzeyine sahip olan kadınların yaşadığı doğum korkusu düzeyinin daha fazla, elektif sezaryen doğum tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Sleutel 2003). Bazı çalışmalarda doğum korkusunun yaş ve eğitimle ilgili olmadığı (Sleutel 2003), sosyodemografik faktörlerden sadece işsizliğin doğum korkusunu etkilediği saptanırken, (Sleutel 2003) yapılan bir review çalışmasında anne yaşının genç

olması, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim durumunun etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunduğu belirtilmiştir (Sjögren 2000).

Sosyoekonomik durumu düşük olan kadınların doğum deneyimlerinin daha olumsuz olduğu görülmüştür. Doğum korkusunun nulliparlarda multiparlara göre daha yaygın görüldüğü saptanmıştır (Zar ve ark 2001, Alehagen, Wijma K Wijma B. 2001).

Melender, korkuların nedenlerine yönelik yaptığı kalitatif çalışmada, doğuma yönelik korkuların nedenlerinin başında belirsizlik geldiğini, özellikle de primipar kadınların daha önce doğum deneyimi yaşamaması nedeniyle korkularının belirsizlik üzerine temellendiğini saptamıştır (Melender 2002). Ryding'in yaptığı çalışmada, primipar kadınlardan bazıları nedenlerini bilmediklerini ifade etmişlerdir (Serçekuş 2005). Ryding'in çalışmasına benzer olarak Saisto, Ylikorkala, Halmesmaki'nin yaptıkları çalışmada da kadınlara korkularının nedenleri sorulduğunda kadınlardan %44 belirgin bir neden tanımlamadığı saptanmıştır (Saisto, Ylikorkala, Halmesmaki, 1999).

Söylentiler bir bireyden diğerine geçerek gizli korkular oluşturabilmektedir. (Serçekuş 2005) Doğum korkusunun önemli bir nedenlerinden biri de başkalarından duyulan olumsuz deneyimlerin, doğum hakkında duyulan korku dolu hikayelerdir (Melender 2002a). Algılama, hafızadan bilgiyi düzenleme, yorumlama ve dönüştürme süreci ve çevreyle etkileşim sürecidir. Herkesin bilgi, beceri, yetenek, gereksinim, değer ve amaçları birbirinden farklı olduğu için algılama kişiden kişiye değişir. Algılama bireyin deneyimlerine anlam verir, davranışlarını ve duygularını etkiler. Başkalarından duyulan korku dolu hikayeler kadının doğum eylemini algılamasını olumsuz yönde etkileyebilir (Serçekuş 2005).

Doğum korkusunun bir başka nedeni ise doğuma yönelik bilgi eksikliğidir (Saisto, Halmesmaki 2003). Melender'in yaptığı çalışmada da bilgi eksikliğinin korkuya neden olduğu görülmüştür (Melender 2002b. Cleeton (2001), üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada doğuma yönelik bilgi eksikliğinin korku oluşmasına neden olduğunu saptamıştır (Serçekuş 2005).

Kadınların şanslarının kötü olduğuna inanmak gibi bazı inançlarının da doğum korkusuna neden olduğu saptanmıştır (Melender 2002a, Melender 2002b). Ayrıca kadının ağrıya toleransının düşük olması, (Saisto ve ark 2003) utangaç veya kötümser olma gibi olumsuz ruh hali (negatif mod) ve sahip olunan hastalıklar doğum korkusu için saptanan diğer nedenlerdir (Melender 2002a).

#### **4.7. Doğuma Yönelik Korkular**

Doğum zamanı yaklaştıkça gebe kadında doğum korkusu başlar (Körükçü, 2009). Doğum sırasındaki ağrı, doğum süreci ile ilgili beklentiler, kişisel kontrol, travay süreci, cerrahi müdahaleler, sosyal destek ve kadının yaşadığı doğum korkusu odaklarını tanımlamaktadır (Waldenström ve ark 2006, Salomonsson, Wijma, Alehagen 2008, Hildingsson, Radestad, Rupertson, Waldenström 2002, Goodman, Mackey, Tavakoli 2004). Komplikasyon riski taşımayan gebelikler incelendiğinde, gebelerin %20'sinin doğumdan aşırı derecede korktuğu belirlenmiştir (Alehagen, Wijma B, Wijma K, 2006, Nilsson, Lundgren 2009). Primiparların yaşadığı doğum korkusu, multiparlara oranla daha fazladır (Melender ve ark 1999, Alehagen ve ark 2001).

Doğuma yönelik korkuları ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda gebeye ilişkin korkular; doğum ağrısı, vajinal rüptür, uterin rüptür, perineal hasar, epizyotomi, itme fazında zarar görme veya yırtılması, doğumda komplikasyonların gelişmesi (plasenanın ayrılmaması gibi), annenin ölmesini kapsamaktadır.

Bebeğe ilişkin korkular; doğumda bebeğin zarar görmesi, doğumda kadının kendi davranışlarının bebeğine zarar vermesi, doğumda bebeğin ölmesi, bebeğin malformasyonlu olması ve umbilikal kordun bebeğin boynuna dolanması ve komplikasyona neden olmasını kapsamaktadır.

Doğumhane ortamına ilişkin korkular; doğumda çaresiz kalma, doğum boyunca yalnız olma, doğum yapabilecek yetenekte olmama, doğumda hata yapılması veya yeterince destek olunmaması, aniden sezeryan doğumun gerekli olması, sağlık personeli, doğumda panik olma ve kontrol kaybı yaşamasıdır.

(Ryding, Wijma, Wijma, Rydhström, 1998, Melender Lauri 1999, Saisto, Ylikorkala, Halmesmaki 1999, Johnson, Slade 2002, Melender 2002a, Kwee, Cohlen, Kanhai, Bruinse. ve ark. 2004, Serçekuş 2005, Serçekuş 2011, Serçekuş, Okumuş 2009).

#### **4.7.1. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları:**

Doğum korkusu sonucunda doğum sırasında müdahale, acil ya da elektif sezaryen doğum riski artabilir, postnatal depresyon, posttravmatik stres sendromu ve anne-bebek etkileşiminde olumsuzluklar görülebilir. Bu sonuçlar, kadının fiziksel, duygusal ve ruhsal iyilik durumunu ve kadınlık rollerini yerine getirmeyi olumsuz etkilemektedir (Fisher, Hauck, Fenwick, 2006).

#### **4.7.2. Doğum Korkusunun Doğum Öncesi Döneme İlişkin Olumsuz Sonuçları:**

Sjögren (1997) doğum korkusu yaşayan kadınların uyuma güçlüğü, kabus görme ve doğuma bağlı korku nedeniyle dalgınlık yaşadıkları belirlenmiştir. Geçmişte yaşanan ebeveyn kaybı, fetüs ölümü, eş ile yaşanan ciddi problemler ve ilişkilerinin geleceği ile ilişkili faktörler doğum korkuları ile ilişkilendirilmiştir. Gebelik öncesi ve gebelikte yaşanan korkular kadını elektif sezaryene yönlendirmektedir (Körükçü, 2009). Doğuma ilişkin korku, gebelik boyunca kadının üzüntü yaşamasına ve doğum sırasında etkisiz kontraksiyonlara neden olabilmektedir. Negatif doğum beklentilerinin, postpartum dönemde negatif psikiyatrik etkilere, seksüel bozukluklara, gelecek doğumlara ilişkin olumsuz düşüncelere ve anne-bebek ilişkisinde bozulmaya neden olduğu belirtilmektedir (Goodman ve ark 2004).

#### **4.7.3. Doğum Korkusunun Doğuma Yönelik Olumsuzluk Sonuçları:**

Doğum ağrısı doğum eyleminin doğal bir sürecidir. Bu süreç boyunca deneyimlenen ağrının şiddeti, bireyin içinde bulunduğu kültürden, durumdan etkilenir. Doğum korkusu gerilim yaratır, dolayısıyla tüm kaslarda spazma yol açarak ağrıyı artırır. Böylece kadın, korku-gerginlik-ağrı kısır döngüsünün içine girer (Serçekuş, 2005). Saisto ve ark. doğum korkusu yaşayan kadınların korku yaşamayanlara göre doğumda ağrıya toleranslarının azaldığını, daha çok ağrı deneyimlediklerinin saptamışlardır (Saisto ve ark 2001). Doğum sırasında korku yaşamayanın özellikle primiparlarda doğumun ilk ve 2.fazlarında daha fazla analjezi

kullanımına yol açtığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Alehagen ve ark 2001). Korku ile ağrı arasındaki ilişkiyi açıklayan bu çalışmalar korkunun gerilimi arttırarak ağrıyı arttırdığı, daha çok ağrının daha çok korkuya yol açtığını desteklemektedir (Serçekuş, 2005). Saisto, doğum korkusu olan kadınların, korku yaşamayanlara göre doğumlarının ilk ve ikinci fazlarının daha uzun sürdüğünü, doğum deneyimlerinden daha az memnun olduklarını saptamıştır (Serçekuş, 2005). Doğum süresi uzadıkça doğum ağrısının arttığı göz önüne alınırsa korkunun azalmasının doğum süresini kısalttığı ve ağrıyı azalttığı söylenebilir. Doğum korkusunun girişimli vajinal doğum oranını arttırdığı bilinmektedir (Hofberg, Ward, 2004). Aynı zamanda ciddi doğum korkusunun, acil sezeryan doğuma neden olabileceğine yönelik çalışmalar da bulunmaktadır (Ryding, Wijma B, Wijma K, Rydhström, 1998, Ryding, Wijma K, Wijma B, 2000, Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen ve ark 2001).

Doğum korkusu yaşayan kadınların doğum sırasında hissettikleri ağrı daha fazladır. Bu durumda nöroendokrinolojik stres yanıt kendini gösterir. Kontraksiyonlar sırasında solunum uyarılır, hiperventilasyon gelişebilir, oksijen gereksinimi artar, uterin damar yatağında vazokonstriksiyon ve solunum alkalozu olabilir (May, Elton 1998). Artan noradrenalin aktivitesi plasental kan akımını azaltır, böylece uterin kontraksiyonların şiddeti azalır. Anne adayının doğum sırasında korkulu ve endişeli olması (bu durum sosyal destek yetersizliği ve hastanede iyi davranılmaması gibi nedenlerden de olabilir) uterusu kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan katekolaminler gibi stres hormonlarının salınımını artırır. Uterusa giden kan miktarındaki azalma kandaki oksijen seviyesinin azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara sebep olur. Adrenalin miktarındaki artış, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına neden olur. Adrenalin uterusun 2/3' lük alt kısmında bulunan dairesel fibrinlerin açılmasını engeller, kaslar tersine işlev görmeye başlar ve sonuçta serviksin açılmasına faydası olmayan ve ağrı veren kontraksiyonlar görülür. Doğum sürecinde annenin korku ve gerilimi ile artan norepinefrin ve epinefrin miyometriyumdaki alfa ve beta reseptörlerini uyararak, doğumun doğal ritmini engeller. Ağrılı kontraksiyonlara karşın doğumun ilerlemesi sonuçta anne adayında korku ve endişenin artmasına ve aynı döngünün yeniden yaşanmasına neden olur. Bu

durum annenin doğuma ilişkin korku ve endişelerinde haklı olduğu görüşünü de destekler (Körükçü, 2009).

Annenin yaşadığı anksiyete prematür ya da postmatür doğuma neden olabilir. Anksiyete, fetüste uterin arter basıncının artmasına bağlı olarak fetal asfiksiye yol açar. Doğum korkusuna bağlı gelişebilecek olan fetal asfiksinin diğer bir nedeni de, uzamış doğum eylemi olabilir. Erken gebelik döneminde yaşanan yüksek anksiyete, depresif semptomlar, doğuma ilişkin psikolojik/psikiyatrik danışmanlık gereksinimi ve kişilik yapısına bağlı psikolojik problemler, geç gebelik döneminde yaşanabilecek olası doğum korkusu ve posttravmatik stres sendromu için hazırlayıcı faktörler arasındadır (Körükçü, 2009).

Gebenin doğum korkusu doğumda sağlık personeli ile iletişimini engellemektedir. Ayrıca gebenin doğum korkusu doğum sürecini yavaşlatarak gerilimi arttırmaktadır. Doğumhanede gebeler sağlık personeli ile işbirliği içinde olmalıdır. Melender (2002) yaptığı çalışmada, korkuların azalmasında, kadınların aile üyeleri veya sağlık personeliyle korkularını paylaşmalarının etkili olduğunu saptamıştır. Korkularının azalmasını sağlayan diğer girişimler; doğum boyunca ağrının azalmasına ilişkin bilgi alma, doğum eğitimi alma, doğuma ilişkin kendisinin veya diğerlerinin pozitif deneyimlerini düşünmek olarak bulunmuştur (Melender, 2002b).

#### **4.8.Doğum Korkusunun Azaltılmasında Sosyal Desteğin İşlevi**

Sosyal desteğin teorik temeli Kurt Lewin'in "Alan Kuramı ve Davranış Tanımına" dayanmaktadır. Lewin, yaşam alanını belirli bir zamanda kişinin davranışını etkileyen faktörlerin tümü, davranışı ise çevre ile kişinin fonksiyonu olarak tanımlamaktadır.(Yamaç, 2009) Lewin'in davranış tanımında yer alan "çevre" kavramı fiziksel çevreden farklı ama onun içinde yer alan psikolojik bir çevredir. Psikolojik çevrenin tüm öğeleri davranışı etkiler. Kişinin olumsuz davranışlarını ortadan kaldırmak ve yeni davranışlar kazanması onun psikolojik çevresinde değişiklik yapmasına yardımcı olmalıdır. Bu anlamda bireyin sosyal destek sistemi onun psikolojik çevresi içerisinde yer almaktadır (Yıldırım,1997).

Sarason, Levine, Basham ve Sarason (1983) sosyal desteğin kişinin başkaları tarafından ne derece sevildiğini ve sayıldığını tanımlarken, en kapsamlı tanımını yapan Cobb (1976 Akt, Gallagher, Beckman ve Cross,1983) sosyal desteğin kişinin ilgilenildiğine, sevildiğine, değerli olduğuna, karşılıklı iletişim ve zorunluluklar ağının bir parçası olduğuna inanmasını sağlayan bilgi olduğunu belirtmişlerdir. Gallagher ve arkadaşları (1983) sosyal desteğin kişilerin yaşamlarında bir krizin, bir değişikliğin olumsuz sonucunu azaltabilecek bir çözüm yolu olduğunu belirtmişlerdir. Kaplan ve Kılhlea (1976) ise sosyal desteği kısa dönemli krizlerin ve yaşam geçişlerinin, uzun dönemli güçlüklerin, streslerin ve yoksunlukların üstesinden gelmek için uyumsal yeterliliği geliştirmeye yönelik hizmet veren kişiler veya gruplar arasındaki bağlanmalar olarak belirtmişlerdir (Kaner, 2003).

Sosyal destek, kişinin ilişkilerinin niceliği ya da niteliğinden çok, gereksinim duyduğu anda yardım alabileceği kişinin var olduğu algısıdır. Sosyal desteğin tanımı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla birlikte, genellikle, stres altındaki veya güç durumdaki kişiye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanmaktadır (Ardahan, 2006).

Sosyal ağ; kişinin bir grup insanla olan bağları ve grup içindeki ilişkileri göstermek için kullanılır. Kişinin sosyal kimliğinin tanındığı, desteklendiği ve güçlendirildiği aile üyeleri, akrabalar, arkadaşlar, iş arkadaşları, karşı cins arkadaşı, öğretmenleri, meslektaşlar, komşular, ideolojik dinsel ve etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi çevresindeki insanlardan oluşur. Sosyal destek konusuna kantitatif yaklaşanlar daha çok sosyal ağ terimini kullanmışlardır(Ardahan 2006, Yaşar 2006). Sosyal ağ içinde aile, arkadaş ve iş çevresinden olabildiği gibi profesyonel kişiler de olabilir (Mermer, Bilge, Yücel, Çeber 2010, Ardahan 2006). Kişinin kendisinde veya destek kaynaklarında meydana gelen değişimler nedeniyle bireyin sosyal destek düzeyi değişebilir. Örneğin, aile bireyleri veya eşler arasındaki çatışmalar, baba veya annenin işini kaybetmesi, sosyal beceri noksanlığı veya bireydeki cinsel sapmalar, göçler, hastalık, eşlerden birinin ölümü, bireyin formal ve informal yardım kaynakları konusundaki bilgisizliği, ailenin istemediği bir dinden veya etnikten biriyle evlenmek vb. durumlar kişinin sosyal destek düzeyini düşürebilir (Öztemel, 2011).



Sosyal destek sistemlerini maddi, duygusal ve zihinsel destek olarak incelemek mümkündür (Ardahan, 2006).

**Maddi destek;** kişinin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için diğer kişiler tarafından maddi açıdan desteklenmesidir(Mermer ve ark 2010, Ardahan 2006). Örneğin; annenin sabrı ya da gücü tükendiğinde başka birisi geçici olarak bebeğin bakımını üstlenebilir(Ardahan, 2006). Maddi destek bilgi vermeyi, tavsiyelerde bulunmayı, parasal ve materyal yardımı, bakım ve eğitimle ilgili yardımları içerir. Kişiye engel hakkında, engelle ilgili hizmetler, kaynaklar ve yasalar, kurumlar ile ilgili bilgi vererek problem durumlarla başa etme yolları sağlar(Kaner, 2003).

**Duygusal destek;** kişinin sevgi, şefkat, ilgi, güven, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılanmasıdır ( Mermer ve ark 2010, Ardahan 2006, Kaner 2003) Bireyin kişiler arası ilişkilerinde kabul edildiğini, değer verildiğini gösterir (Abushaikha ve ark 2006). Kişilere kısa ya da uzun süreli sorunlarla baş etmesi için direnme gücü sağlar, yalnız olmadıkları, önemli ve değerli oldukları duygusu vererek onları rahatlatarak kişilerin sağlığına olumlu katkıda bulunur. Duygusal destek, yakın ilişki ve başkalarıyla birlikte olma gereksinimlerini de karşılayarak olumlu duygulanımı artırarak stresi azaltır ya da önler ( Kaner 2003).

**Zihinsel (Bilişsel) destek;** kişinin sorunlarını çözmesine yardım edecek bilginin sunulmasıdır(Mermer ve ark 2010). Bireyin kendisini tanımasına yol açan ve benlik değerini ortaya çıkartan geri bildirimler de birer zihinsel destektir. Ayrıca sosyal desteğin, “olumlu sosyal etkileşim” ya da “sosyalleştirme” adı verilen bir başka işlevinden söz edilmiştir. Bir grup insanla birlikte yemek yeme, sinemaya gitme gibi ortak bir ilgiyi ya da eğlenceyi paylaşma psikolojik uyum üzerinde olumlu bir etki yapar(Ardahan 2006). Örneğin, bilgi almak için hasta adına telefon görüşmesi yapma da araçsal (maddi) destektir. Fakat bu bilgiyi hastaya vermek bilgi verici desteğidir (Faulkner, Davies 2005).

İnsanların yaşamında önemli bir yere sahip, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan

sistemler “Sosyal Destek Sistemleri” olarak tanımlanır (Mermer ve ark 2010, Ardahan 2006).

Sosyal destek sisteminin bilinmesi kişiye (danışan) değişik şekilde yardım edebilir. Caplan’a göre sosyal destek sistemlerinin bilinmesi kişilerin; isteklerinin yerine getirilmesini, bilgi sağlamasını, rehberlik yapmasını, beceriler kazanmasını ve maddi kaynaklara ulaşmasını sağlamaktadır (Yamaç, 2009).

Sosyal desteklerin pek çok işlevi vardır Bunlar şu şekilde özetleyebiliriz.

Sosyal destekler

- 1) Kişilere gereksinim duydukları hizmetleri ve malzemeleri sağlayarak duygusal rahatlık sağlarlar.
- 2) Kişilere sorunlarla ilgili olarak rehberlik ve danışmanlık ederek bu sorunlarla başa çıkma yolları sağlarlar.
- 3) Kişilerin performanslarını geliştirici geri bildirimler sunarlar.
- 4) Kişisel gelişime katkıda bulunurlar.
- 5) Hem günlük yaşamda hem de gereksinimler ve krizler anında bireyler arası bağlantıları ve etkileşimi sağlayarak onları stresin olumsuz etkilerine karşı korurlar (Kaner, 2003).

#### **4.9. Doğum Korkusunda Hemşirelik Yaklaşımı**

Gebe kadınla bire bir ilgilenen hemşire doğuma ilişkin korkuya bakım planında yer vermelidir. Hemşireler doğum korkusu olan kadının bu korkuyu yenmesi için gebe ile işbirliği içerisinde olmalıdır. Doğum korkusu ile baş etme konusunda hemşirenin iyi bir eğitim almış ve bilgili olması çok önemlidir. Hemşire ilk önce gebe kadının doğum korkusunu tanımlamalı ve korkunun azaltılması için hemşirelik bakımı uygulamalıdır (Ardahan, 2006).

Doğuma yönelik korkuları tanımlamak için hemşire, gebenin doğum ile ilgili düşünce ve bilgilerini sözel olarak açıkça belirtmesi için cesaretlendirmelidir. Gebe kadının doğum korkularının nedenleri gebeyle konuşulmalı ve bunlarla nasıl başa çıkacağı öğretilmelidir. Ayrıca gebeye bakım veren hemşire, kadının yaşadığı korku

ve anksiyete hakkında, ekibin diğer üyeleri ile bilgi paylaşımında bulunmalıdır (Körükçü, 2009).

Bryanton ve arkadaşları (1994) bakımın bir parçası olarak kadını kendi bireysel bakımına dahil etmenin, cesaretlendirmenin, soğukkanlı davranmanın, doğum sırasında doğru solunum yapmasına ve gevşemesine yardımcı olmanın doğum eylemi süresince kadın için faydalı uygulamalar olduğunu belirtmiştir (Körükçü, 2009).

Doğum korkusu olan bir bireye bakım veren hemşire değerlendirme, doğuma hazırlık, destek, gebelik süresince izlem ve postpartum takip üzerine odaklanmalıdır (Körükçü, 2009). Hemşireler bu sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin algıladığı sorunları iyi tespit etmesi gerekir. Önceliklerin bilinmesi hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır (Sunal, Demiryay 2009). Beslenme, egzersiz, hijyen, uyku ve dinlenme gebelik döneminde üzerinde hassaslıkla durulması gereken konulardır. Doğuma bağlı klinik düzeyde korku yaşayan kadın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanacaktır. Hemşire, kadının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyini belirlemeli, aksayan aktiviteleri konusunda kadın ve ailenin diğer üyeleri ile konuşularak bu aktiviteleri eksiksiz yerine getirmesini sağlamalıdır. Gebelikte aşırı korku yaşayan kadınlar postpartum depresyona yatkın olmaktadır, bu da doğum sonrası bebek bakımı ve emzirmede yetersizlik sorununu ortaya çıkaracaktır (Körükçü, 2009).

Hemşire korku yaşayan bir gebeye bakım verirken;

**4.9.1. Gebe Kadın İle İlk Görüşme:** Gebe kadına rahat, tehdit edici olmayan, güvenilir bir dinleme ortamı oluşturulmalıdır (Erdemir, 2005, Simkin, 2002). Kadın ile göz teması kurarak yüz yüze iletişim kurulmalı, sakin ses tonuyla konuşularak açık ve yalın bir dil kullanılmalıdır (Körükçü, 2009).

#### **4.9.2. Doğum Korkusunu Tanılamaya, Değerlendirmeye, Bilgi Eksikliğine ve Baş Etmeye Yönelik Girişimler**

Doğum korkusunu tanılamaya, değerlendirmeye, bilgi eksikliğine ve baş etmeye yönelik girişimler aşağıda belirtilmiştir.

(Tumblin, Simkin 2001, Abushaikh Sheil, 2006; Erdemir, 2005; Kömürcü, Ergin 2008; Körükçü, 2009; Simkin, 2002; Timur ve ark 2010).

#### **Korkuyu Tanılamaya Yönelik Girişimler**

- Gebe kadın duygularını rahatça ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir.
- İyi bir gözlem yapılarak, kadının korkuya vermiş olduğu tüm sözel ve sözel olmayan yanıtları (doğum konusu açıldığında panik olma, düzensiz solunum, çarpıntı, ağlama, gözleri kaçırma, susma, terleme, seste ve ellerde titreme, sıcak basması gibi) dikkatlice değerlendirilmelidir.
- Kadının tüm duygularını rahatça açıklayabilmesi için korku ve endişeleri anlayışla karşılanarak aşırı koruyucu veya yargılayıcı tutumdan kaçınılmalıdır.

#### **Korkuyu Değerlendirmeye Yönelik Girişimler**

- Kadının yaşadığı korkunun düzeyi, olaylara verdiği pozitif/negatif yanıtın varlığı/ yokluğu ve durumu hakkında bilgi sahibi olma isteğinin varlığı/yokluğu belirlenmelidir.
- Kadının yaşadığı korkunun inatçı düzeye gelip gelmediği ve günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu belirlenmelidir.
- Kadının yaşadığı korkuya bağlı yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşama durumu belirlenmelidir.
- Kadının aile ilişkisi, kadınlık rolü, annelik ve cinsellik konularında duygularını açıklaması sağlanmalı ve anneliğe hazır olma düzeyi değerlendirilmelidir.

### **Bilgi Eksikliğine Yönelik Girişimler**

- Gebelik boyunca korkuya neden olabilecek bilgi gereksinimlerinin neler olduğu saptanmalı ve saptanan konularda bilgi verilmelidir.
- Korku yaşayan kadın, durumuna ilişkin sorular sorması için teşvik edilmeli ve durumu hakkında çıkarımlarda bulunması sağlanmalıdır.
- Kadının bilgi gereksinimine göre doğum eyleminin fizyolojisi hakkında bilgi verilmelidir.
- Doğum öncesi dönemde kadına solunum teknikleri öğretilmelidir.
- Gevşeme teknikleri (Yavaş ve ritmik solunum, kas gruplarını ilerleyici şekilde kasıp gevşetmek, gebeliğinde komplikasyon öyküsü olmayanlarda masaj, kendi kendine antrenörlük etme, düşünceyi durdurma, hidroterapi/banyo, yoga/meditasyon, akupunktur, müzik dinlemek, güdümlü/yönlendirilmiş hayal etme) öğretilmelidir.

### **Korku ile Baş etmesine Yönelik Girişimler**

- Ruhsal ya da spiritüel boyutta kadının danışmanlık gereksinimi saptanmalı ve gerekli danışmanlık verilmelidir.
- Kadının yaşadığı korku ile baş etmek için kullandığı etkin olan/olmayan baş etme mekanizmaları belirlenmeli ve etkinliği değerlendirilmelidir.
- Kadının yaşadığı doğum korkusu ile baş etmesini engelleyen faktörler tanımlanmalı ve tespit edilen engeller sözel/ fiziksel olarak giderilmelidir.
- Kadına destek sistemlerini tanımlayabilmesi konusunda yardımcı olunmalıdır.

Hemşirelerin kadınların doğuma ilişkin anksiyetelerini ve korkularını azaltarak, gebeleri doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağlamada önemli görevleri vardır. Ayrıca hemşirelerin doğum eylemi boyunca gebenin duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılama, bilgilendirme ve haklarını savunma görevleri de bulunmaktadır. Doğum korkusunun azaltılması ve bilgilendirme, gebenin davranışlarını kontrol etme ve olumlu duygu hissetmesini sağlayabilir, kendine güvenini artırabilir, doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde geliştirebilir (Adams, Bianchi, 2008, Hardin, Buckner, 2004, Sauls, 2002).

Ayrıca gebenin doğum korku ve endişelerle baş edebilmesi için öncelikle kendisine ilişkin olumlu bakış açısına sahip olması gerekmektedir (Gümüş, Çevik, Hyusni, Biçen, Keskin, Malak 2011).

#### **4.9.3. Doğum Korkusunun Azaltılmasında travayda Hemşirelik Desteği**

##### **4.9.3.1. Hemşirelik Desteği**

Doğumda kadına yardım etme düşüncesi yeni değildir (Papagni, Buckner 2006, Timur ve ark 2010). Doğumda kadınların destek kişi, refakatçi ve sosyal destek tercihleri kültürlere ve ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir (Timur ve ark 2010, Pascali-Bonaro, Kroeger. 2004, Kuczkowski, 2004).

Bryanton ve ark. (1994), hemşirelik desteği ölçeği kullanarak, 80 postpartum kadın üzerinde yaptıkları çalışmada 25 destekleyici hemşirelik davranışlarının tümünü yararlı olarak bulmuşlardır. En yararlı olarak belirledikleri destekleyici hemşirelik davranışları ise, bir birey olarak bakıldığını hissettirme, övgüde bulunma, sakin ve kendinden emin görünme, nefes alıp verme ve gevşemesine yardım etme, emniyette olduğu hissini verme, gebenin söylediğini, yaptığını yargılamadan kabul etmedir (Bryanton, Frasey-Dawey, Sullivan, 1994).

Sauls (2004), the Bryanton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire Adolescents (BANSILQ-A) ölçeği kullanılarak, 16 adolesan ile yapılan çalışmada 25 destekleyici hemşirelik davranışı ölçülmüştür. En iyi 10 destekleyici hemşirelik davranışları ise, övgüde bulunma, ağrı kesici verme, sözleri

yargılamadan kabul etme ve istekleri yerine getirme, bakım verirken sakin ve kendinden emin görünme, bir birey olarak bakıldığını hissetme, saygılı davranma, gereksiz talepleri azaltma, soruları doğru cevaplama, konuşarak dikkati başka tarafa çekme ve nefes alıp verirken yardım etmedir (Sauls, 2004).

Kadının annelik rolüne uyum süreci gebelik ve doğum sonrası dönemi birlikte kapsamaktadır. Gebelikte annelik rolüne uyum süreci ve baş etmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri de kadının gebelik dönemindeki hemşirelik desteği ve sosyal destek alma durumudur (Mermer ve ark 2010, Yıldırım,1997).

Kadınların doğum eylemi ile baş etmeleri ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları için önemsendiğini hissetmeye ve destek almaya gereksinimleri vardır. Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusu, benlik saygısını artırıp değerli olduğunu hissettirir, doğum ağrısı ile baş etmesini geliştirebilir ve olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilir (Adams, ve ark 2008, Larkin ve ark 2009, Karaçam ve ark 2011).

Hemşirelik desteği gebelik dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir (Taşkın 2005, Mermer ve ark 2010).

#### **4.9.3.2. Travayda Hemşirelik Desteği**

Anne adayının sancı olarak algıladığı düzenli uterus kontraksiyonlarının ortaya çıkması ile başlayan sürece “Eylem” veya “Travay” adı verilir (Duman 2006). Doğum eylemi süresince desteklenen kadınlarda forseps, vakum ve analjezi kullanım oranlarının azaldığı, doğum süresinin kısaldığı belirlenmiştir. Doğum sırasında kadına yardım etmek intrapartum dönemdeki hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır (Timur ve ark. 2010, Abushaikha ve ark 2006).

Doğum eylemi, doğum ağrılarıyla baş etme, doğumda destek, olası girişimler, solunum, gevşeme egzersizleri, rahatlatma teknikleri gibi eğitimler ile anne adayını doğuma hazırlamaktadır. Kadının kendine ve bedenine güvenmesi konusunda farkındalığını artırmayı hedeflemektedir (Coşar, Demirci 2012). Hemşirelerin

travayda doğum korkusunu azaltmak için destek olması gerekmektedir. Bu destekler: masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati dağıtma ve hayal kurma, solunum egzersizi vb.

#### **4.9.3.2.1. Masaj:**

Masaj sağlık ve iyileşmeyi arttırmak amacıyla vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik olarak elle ya da mekanik olarak uyarılmasıdır (Kömürcü ve ark 2008, Turan, Öztürk, Kaya 2010).

Masaj, ağrı impulslarının tek fiberli iletimini endorfinlerin lokal salınımı yolu ile ağrının beyine iletimini engeller. Masajdan gelen basınç ağrılı uyarının sürecini durdurur. Bunun nedeni basıncın lifler tarafından ağrıya göre beyne daha çabuk iletilmesidir (Özer, 2004). Bu arada hoş bir duygu yanında genel bir rahatlama sağlanmaktadır. Masajın etkisi kan ve lenf dolaşımının hızlanması, kaslarda gevşeme ve arteriollerde dilatasyon şeklinde kendini göstermektedir (Kömürcü ve ark 2008).

Masajın, duygusal ve psikolojik açılardan önemli yararları vardır (Timur ve ark 2010). Masaj doğum zamanı kullanılan bilinen en eski yöntemlerdendir. Uygun masaj teknikleri gebeyi rahatlatmakta yardımcı olur. Masajın yararları ağrının şiddetini azaltır, kas spazmını gevşetir, fiziksel aktiviteyi artırır, dikkati başka yöne çeker, genel rahatlama sağlar (Özer, 2004).

Masajı prenatal hemşireler ve böylece travay sırasında destek veren hemşire/ebeler dokunmayı bilinçli olarak travay boyunca desteklemek, kas gerginliğini azaltarak önlemek ve travay ağrısını azaltmak için kullanılır (Kömürcü ve ark 2008).

#### **Travaydaki Masajın Aşamaları**

Gebeye en uygun masajı kendisiyle birlikte kadının hislerini temel alarak karar verilmelidir. Ayrıca bilinmelidir ki normal zamanda yapılan masajda hoş giden bir hareket, doğum anında aniden hoş gitmeyen bir hareket haline dönüşebilir. Böyle bir durum karşısında kişisel hakaret olarak algılamamalı, gebeyi anlamaya çalışılmalıdır.



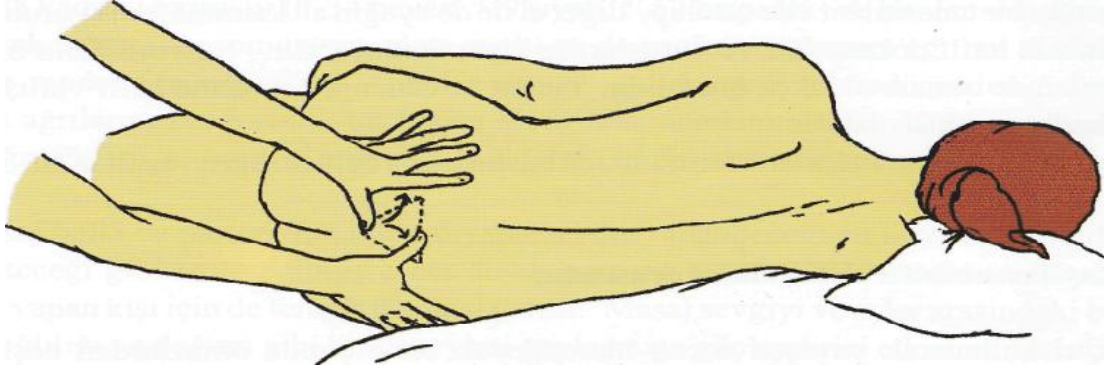
1. Başlamadan önce eller gebenin üzerinde otuz saniye kadar dinlendirilir.
2. Kalp doğrultusunda ayaklardan yukarı, omuzlardan aşağı doğru masaj yapılır.
3. Ellerden birini daima gebenin üzerinde tutulmalıdır.
4. Masaj sırasında huzur ve rahatlık duygusu verecek bir ritim oluşturmaya çalışılmalıdır
5. Uygulanan basınç kemikler üzerinde hafif, kaslar üzerinde daha fazla olacak şekilde ayarlanmalıdır.
6. Yapılan masajın içe yarayıp yaramadığı gebeye sorulmalıdır.
7. Doğum sırasında ayaklar genellikle soğuktur ve kadınlar ayaklardan birini diğerinin tersi istikametine doğru çevirme eğilimi gösterirler. Ayaklardan ikisi ellerle veya biri iki el arasında sıkıca tutulması bazen faydalı olabilir.
8. Alında hafif dokunuşlar ve vuruşlar ile kişi rahatlayabilir. Bu vuruşların bir ritim içerisinde olması oldukça önemlidir. Yüzün ve çenenin çevresine hafif vuruşlarında rahatlatıcı etkisi olabilir (Kömürcü ve ark 2008).

Masajın sonuna doğru durulacağı masajın ritmini azaltılarak belirtilmeli, yavaşça durup eller gebenin üzerinden çekilmelidir.

Obstetride masaj teknikleri, vücudun her bölümü için ayrı uygulanır. Alt sırt masajı, üst sırt masajı, bacak masajı ve bazı doğum noktalarına uygulanan masaj bunlardan bazılarıdır.

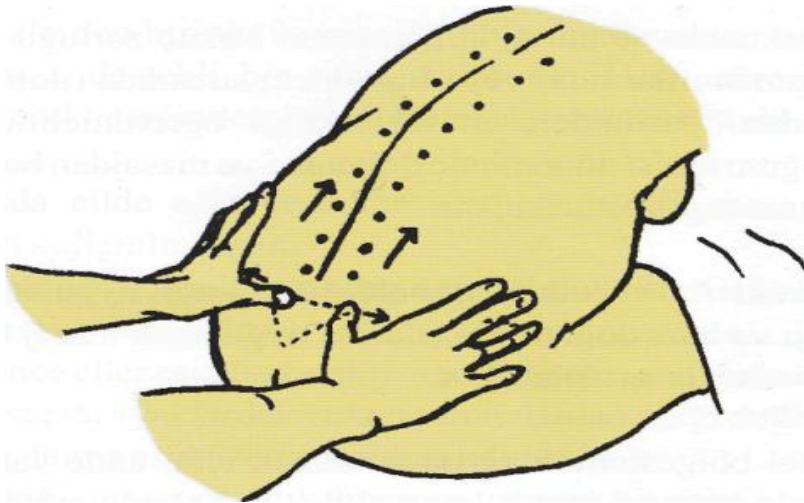
Alt Sırt Bölgesi: Bel bölgesindeki ağrıyı azaltmak için, anne yan pozisyonda olmalı, her iki dizinin arasına ve başına yastık konmalıdır. Alt sırt masajı aşağadaki teknikle yapılmalıdır.

1-Başparmak sakrumda dairesel hareketler uygular, spinanın merkezindeki üçgen kemiğe hafif baskı uygulanır. Spinanın her bir yanına doğru hareket devam ettirilir ve bel üzerinde hareket sonlandırılır (Resim 1).



**Resim 1: Sakruma dairesel hareketlerin uygulanması** (Kömürcü N, Ergin AB, 2008, Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Sti, İstanbul, s:72).

2- Spinal kemiğin her iki yanına (yaklaşık 1,5 cm'lik aralıklarla) başparmak ile baskı uygulanır. Harekete sakrumdan başlanır. Resim 2'de görüldüğü gibi harekete devam edilir. Her bir noktaya beş saniye kadar masaj uygulamak yeterlidir. Bel düzeyine masaj uygulanmamalıdır.



**Resim 2: Travayda pelvis ve spina boyunca baskı noktaları** (Kömürcü N, Ergin AB, 2008, Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Sti, İstanbul, s:72).

3-Avuç içi direkt annenin sakrumuna yerleştirilir ve diğer el ile annenin omuzları desteklenir. 10 sn. kadar derin vibrasyon hareketi uygulanır ve bu hareketi iki kez tekrarlanır (Resim 3).

**Resim 3: Travayda Sakruma Vibrasyon Uygulama** (Kömürcü N, Ergin AB, 2008, Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık



**Üst Sırt Bölgesi:** Bu teknikte anne yan yatış pozisyonu verilir. Böylelikle maksimum rahatlık sağlanır.

1- Omuz çevresine üç kez efloraj yapılır (Resim 4). Omuz çevresinde masaja devam edilir.

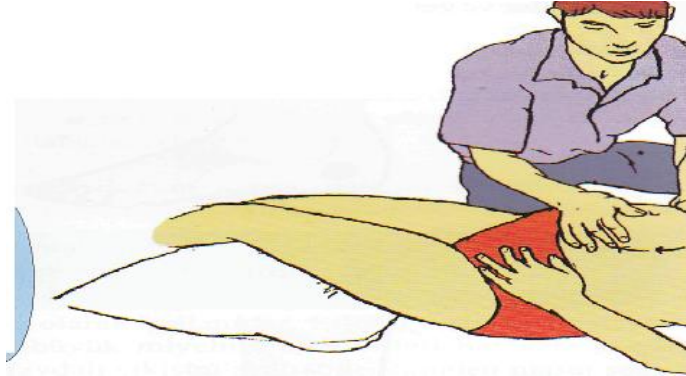


**Resim 4: Yan yatış pozisyonunda sırta efloraj uygulanması,** (Kömürcü N, Ergin AB, 2008, Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Sti, İstanbul, s:74).



Her iki el ile omuzların üst kısmına boyuna ve aşağıya doğru masaj uygulanır. Omuzların orta kısmına bası uygulanır.(resim 5) Anne başını öne eğerek masaj yapılır.

**Resim 5: Omuzların Ortasındaki bası noktaları** (Kömürcü N, Ergin AB, 2008, Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Sti, İstanbul, s:74).



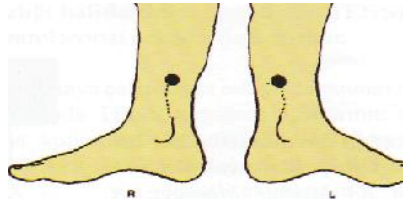
**Resim 6: Abdomene Saat Yönünde Uygulanan Masaj** Kömürcü N, Ergin AB, 2008, Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Sti, İstanbul, s:75).

**Abdominal Masaj:** Genellikle abdominal masaj, kontraksiyonlar arasında saat yönünde yapılır. Anne sırt üstü yatabilir, baş ve dizlerin altına yastık konulmalıdır veya yan yatış pozisyonunda uygulanabilir

**Bacak Masajı:** Genel masaj eflorajla bacak ve ayak üzerinde devam eder, böylelikle kasların gevşemesine yardım edilir ve ağrı azalır. Öndeki efloraj hareketi arka bacak ve ayak içinde uygulanır. Bu teknikte çok gevşetici ve rahatlatıcıdır. Ayak masajı birçok refleks noktalarını uyacaktır ve böylelikle doğumun kolaylaşmasına yardım edilir.

**Doğum Noktaları:** Genel masaja, bazı Shiatsu ve refleksoloji noktalarının ilave edilmesi çok yardımcıdır ve travay ağrısının azaltılması sağlar. Gebeliğin başlangıcında bu noktalara masaj uygulamak kontrendikedir. Dalak 6 shiatsu noktası yaklaşık ayak bilek kemiğinin 3 parmak üzerindedir.(Resim 7) İşaretli noktalara baş parmakla 10 saniye bası yapılır ve masaj 3 kez tekrarlanır.

**Resim 7: Dalak 6 Shiatsu noktası yaklaşık ayak bilek kemiğinin 3 parmak üzerindedir** (Kömürcü N, Ergin AB, 2008, Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Sti, İstanbul, s:75).



#### 4.9.3.2.2. Gevşeme Teknikleri

Gevşeme tekniği, ilk olarak 1933 yılında Dick-Read tarafından ortaya atılmıştır. Read 1942 yılında ağrı-korku- gerilim kısır döngüsü konusuna değinmiştir. Read'e göre kadınlar, doğumun korkulacak bir olay olduğu ön yargısına sahiptirler. Bu korku, uterus kontraksiyonları sırasında “savaş ve kaç” cevabını uyandırmaktadır. Ayrıca Read, uterusun alt kısmının ve serviksin sirküler liflerinin sempatik inervasyona (uyarılma) sahip olduğunu, korku ve anksiyetenin bu lifleri uyarması sonucu servikal dilatasyonun durduğunu belirtmiştir. Uterusun üst segmentinde bulunan longitudinal lifler kasılmaya devam ederken servikste ki sirküler lifler gevşer. Bu iki kas grubu birbirine zıt şekilde çalışır ve bu durum da aşırı gerginliğe yol açarak gerçek bir “ağrı” ile sonuçlanır. Ağrıda kısır döngü içinde korkuya neden olur. Böylece doğal bir fonksiyon, şiddetli derecede ağrılı ve anormal bir durum olarak algılanacaktır. Reade göre: doğum hakkında doğru bilgilendirme ve fiziksel gevşeme ile bu durumla başa çıkabileceği savunulmuştur (Özer, 2004). Mitchell'in fizyolojik gevşeme yöntemi, 1963 yılından beri geniş kapsamlı olarak kullanılmaktadır. Doğumun birinci evresinde gevşemenin amacı enerji depolamak ve bu enerjinin aktif olan ikinci evrede kullanılmasını sağlamaktır (Özer, 2004).

Gebenin egzersiz öncesi oturur pozisyon ya da destekle ayakta durması gibi rahat bir pozisyonda olmasını sağlamak gevşemesine yardımcı olur. Gevşeme için uygun loş bir ortam ve rahatlatıcı bir müzik gerekmektedir. Bunun yanı sıra hoş bir resim de gevşemeye yardım edebilir. Doğumun birinci devresindeki kontraksiyonlar uterusun anteversiyonuna (uterusun öne doğru eğilmesi) neden olur. Uterusun bu pozisyonu aslında ağrıyı azaltan doğal ve fizyolojik bir olaydır. Bu dönemde sırtüstü yatış pozisyonları yerine uterus anteversiyonunu kolaylaştıran gevşemeye yardımcı öne yaslanma, destekli oturma ve yan yatış pozisyonları kullanılabilir. Şiddetli bel ağrısı olan kadınlar, bebeğin ağırlığını kolumna vertebralisten alıp öne aktaran pozisyonlarda rahatlayabilir (Özer, 2004). Gevşeme tekniğinde duruş pozisyonlarının sık sık değiştirilmesi, ağrının hafifletilmesini sağlayacak duruşun bulunması ve uterin aktiviteyi kolaylaştırması yönünden yararlı olduğu belirtilmiştir (Özer, 2004).

Doğumun ilk evresinde rahatlatıcı duruşlardan dik duruş (masa, desk ya da bir yataktan destek alarak ayakta durmak), eğilerek oturma (sandalyeye ters oturarak), öne doğru diz çökme (bacaklarınız ayırık olacak şekilde diz çöküp yastıklara yaslanarak kasılma sırasında bir yana dönerek oturma), emekleme konumu (yatak üzerinde emekleme konumunda kalçayı öne-arkaya doğru hareket ettirme, sırtı dik tutma ve kasılma sırasında başı kollar arasına alarak dinleme) pozisyonları denenerek, gebenin seçeceği gevşeme pozisyonu gebe için en uygun pozisyonudur (Özer, 2004).

#### **4.9.3.2.3. Dikkati Başka Yöne Çekme, Hayal Kurma**

Doğum ağrısı kadında korkunun başlamasına neden olur. Dikkati başka bir yöne çekme gebenin dikkatini ağrı dışında başka bir uyarana odaklanmasını sağlamaktır. Ağrılar süresince bir noktaya odaklanılır ve sürekli oraya bakılır. O objenin rengi, biçimi düşünülür. Örn: oda duvarında bulunan bebek resmine bakarak kontraksiyon sırasında ağrı düşüncesinin uzaklaştırabilmek, kontraksiyonlar başladığında bebeğini ya da mutlu olduğu anı düşündürmek. Eğer mümkünse müzik de olması rahatlamayı artırır. Müzik, yağmur sesi, deniz dalgası sesi anne için rahatlatıcı olmaktadır. Gebe kadın kendi kendine telkinlerde bulunmalıdır (Özer, 2004, Okumuş, Mete, 2009).

Hayal kurma ise kişinin ağrı duyusunu algılamada değişiklik yapabilmesidir. Ağrıyı tümüyle yok etmez sadece ağrıyı daha dayanılır kılar. Bununla birlikte

gebenin kendini kontrol duygusunu geliştirir (Özer, 2004). Anne hoş bir şey düşünür. Örneğin bir çiçeğin yapraklarının açılması gibi düşünce serviksin açılmasını kolaylaştıracak ve doğumu rahatlatacaktır. Hayal kurma ile birlikte solunum egzersizlerinin kullanılması daha etkili olmaktadır (Okumuş ve ark 2009).

En çok kullanılan dikkati başka yöne çekme yöntemlerinden biri de solunum egzersizidir. Solunum egzersizi kullanıldığında gevşeme ve dikkati başka yöne çekmenin etkisi birleşmektedir. Bazı dezavantajları vardır, yorucu bir yöntemdir. Bu yüzden 2 saatten fazla kullanılmamalıdır. Enerji ve konsantrasyon gerektirmesi ağrının geri gelmesine, irrabiliteye ve bitiminde de halsizliğe neden olabilmektedir (Özer, 2004).

#### **4.9.3.2.4. Solunum Teknikleri**

Solunum teknikleri 1942 yılında Dick Read, 1959'da Karmel (lamaze), 1978'de Hassid ve 1985'te Willams ile Booth tarafından çeşitli şekillerde geliştirilmiştir. Solunum frekansı ve derinliği genellikle fiziksel aktiviteye göre otomatik olarak ayarlanır. Doğumda yapılan bilinçsiz solunum şekli sonucu karbondioksit seviyesine duyarlı olan solunum merkezi uyarılır ve kanda yükselen karbondioksit düzeyi tolere edilemeyen düzeye geldiğinde hiperventilasyon gelişir. İstemli ve istemsiz hiperventilasyon sonucu hipokapni meydana gelir. Düşük karbondioksit seviyeleri solunum alkolozuna neden olarak kalsiyum iyonizasyonunu düşürür ve sinir iletimini etkiler. Hiperventilasyonun belirtileri; serebral hipoksi sonucu meydana gelen baş dönmesi, sersemlik, dudaklar ve ekstremitelerde uyuşma, terleme, bilinç kaybı, kas spazmı, morarma, sıkıntı hissi ve paniktir. Doğum sırasında meydana gelen hiperventilasyon fetüsü etkilemez ancak hiperventilasyon periyodlarını izleyen maternal apne, fetal distrese neden olabilir (Özer, 2004).

Düzenli solunum tekniklerini kullanarak ağrıya en iyi yanıtı vermek amaçlanmıştır.

##### **4.9.3.2.4.1. Solunum tipleri**

**4.9.3.2.4.1.1. Tam Solunum:** Önce tam solunum öğrenilmelidir. Gebe kadın bir elini karnına bir elini göğsüne koyarak, nefes aldığı anda hem karın hem de göğsünü genişletmeli, sonra nefesini vermelidir.

Nefes verirken karın hafifçe yukarı ve içe doğru çekilmelidir. Tekrar nefes alırken önce yavaşça karın, sonra göğüs genişletilmelidir.

**4.9.3.2.4.1.2. Karın Solunumu:** Tam solunumdan sonra karın solunumu yapılmalıdır. Karın sonumu için her iki el karına konmalıdır. Nefes alırken sadece karın bölgesi hareket etmeli, göğüs bölgesinde hareket olmamalıdır. Nefes verirken karın içeri ve yukarı doğru çekilmelidir.

**4.9.3.2.4.1.3. Göğüs Solunumu:** Her iki el parmak uçları birbirine değecek şekilde göğüs altına yerleştirilmelidir. Nefes alındığında göğüs kafesi genişlediğinden parmak uçları birbirinden uzaklaşır, nefes verirken eski pozisyona döner (Okumuş ve ark 2009).

#### **4.9.3.2.4.2. Doğumun Birinci Evresinde Kullanılan Solunum Egzersizleri**

**4.9.3.2.4.2.1. Yavaş-Göğüs Solunumu:** Gevşeme için çok yararlıdır. Latent ve aktif fazda, anne gereksinim duyduğu anda yavaş göğüs solunumu kullanılır. Kontraksiyonun başladığı anda burundan derin bir soluk alınıp ağızdan sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek verilir. Bundan sonra kontraksiyon süresince normal derinlikle sakin göğüs solunumu yapılır. Soluk ağızdan alınıp burundan verilir. Bu solunumun hızı ve derinliği dinlenme düzeyinde yapılan solunuma ( dakikada 12 kez soluk alıp verme) denktir. Bu devrenin sonuna doğru solunum ritmi biraz artırılabilir. Kontraksiyon bittiğinde tekrar derin bir soluk alınıp verilir (Okumuş ve ark 2009, Özer, 2004).

**4.9.3.2.4.2.2. Üfleli Solunum:** Geçiş fazında kullanılan solunum tekniğidir. Kasılmaların çok uzun ve baş edilmesi zor olduğu durumda kullanılmalıdır. Serviksin tam dilate olduğu bu dönemde kontraksiyonlar oldukça yoğun ve ağrılıdır. Bu fazda daha hızlı ve yüzeysel bir solunum kullanılır. Kontraksiyon başladığı anda burundan alınıp ağızdan verilen derin bir solunum yapılır, daha sonra ağızdan sık ve kısa kısa soluk alınıp verilir. Üç kez bu şekilde soluduktan sonra dördüncü soluk mum üfler gibi boşaltılır. Solu-üfle-solu-üfle şeklindeki teknik kontraksiyon bitene kadar sürdürülür. Kontraksiyon bittiğinde tekrar burundan derin bir soluk alınıp ağızdan boşaltılır (Özer, 2004, Okumuş ve ark 2009, Gözüyeşil, Şirin, Çetinkaya, 2008).



#### **4. 9.3.2.4.3. Doğum Anında (II. Evre) Kullanılacak Solunum Egzersizleri:**

Doğumun ikinci evresi en fazla çaba gerektiren evre olup, ıkmma dürtüsü ya da Ferguson refleksi uyarısıyla başlar. Ferguson refleksi fetüsün prezente olan kısmı pelvik tabana ulaştığı zaman uyarılır ve bu aşamada gebede ıkmma hissi oluşur. Arka vagina üzerine yayılmış reseptörler, endojen oksitosin salınışına ve spontan ıkmma dürtüsünde artışa neden olur. Ferguson refleksinin uyarılması, kadının spontan ıkmması ile başlar. Kadın ıkmma sırasında istemsiz nefes verir ( open glottis ) ve kontraksiyon süresince 3 ya da 5 kez ıkmır. Her bir ıkmma 4-6 saniye sürer. Kadın nefes verirken ya da ıkmırken homurdanma ya da benzeri sesleri çıkartabilir. Açık glottis ıkmmada fetüs yavaş yavaş itilir ve yırtılmaların da önüne geçilir (Yıldırım, 2005).

#### **4.9.3.2.5. Müzik :**

Müzik ile terapinin korkuyu hangi mekanizmalarla giderdiği tam olarak bilinmemektedir. Müziğin gevşeme ya da dikkati başka yöne çekmede etkisi olduğu düşünülmektedir. Diğer bir olası mekanizma ise işitsel uyarının ağrıyla doğrudan doğruya nörolojik olarak baskıladığıdır. Bireyin aktif olarak katıldığı bir tekniktir. Müzik kişiyi hoşla gitmeyen ağırlı uyarılardan uzaklaştırıp, endorfin salınımını artırarak ve gevşemeyi başlatarak yardımcı olur. Yapılan çalışmalar, müzik terapi yapılan kadınların doğum sırasında anksiyetelerinin, ağrı ve rahatsızlıklarının daha az olduğunu göstermektedir (Yıldırım, Şahin, 2003a).

#### **4.9.3.2.6. Sıcak Uygulama :**

Doğum eyleminde yaşanan rahatsızlığı hafifletmek için kullanılan sıcak ya da soğuk uygulama hemşirelik girişiminde önemli bir yere sahiptir. Sıcak uygulama doğum eyleminde daha çok bel ağrıları (oksiput posteriorda) hafifletmek için kullanılır. Sıcak uygulama iskeminin ve büyük sinir uçlarının uyarılması ile ortaya çıkan ağrıları hafifletebilir. Vazodilatasyona yol açarak ağrının hissedildiği bölgelerde kan akışını artırır. Sıcak uygulamada nemli kompresler, sıcak su şişesi, ısıtılmış pedler gibi değişik yöntemler kullanılmaktadır (Yıldırım ve ark 2003a).

#### **4.9.3.2.7. Soğuk Uygulama :**

Eğer doğum eyleminde kadın çok terlemiş ve bunalmış ise soğuk uygulama kadının rahatlamaında yardımcı olabilir. Soğuk suyla ıslatılmış pedler kadının alına yerleştirilebilir ya da yüzü, göğsü, kolları ve elleri bu pedlerle silinebilir. Buz uygulaması, oksiput posterior pozisyonunun neden olduğu bel ağrısını hafifletmek için yapılabilir. İçine buz parçaları doldurulmuş plastik eldivenler ya da hazır soğuk paketler sakral bölgeye yerleştirilerek bel ağrıları azaltılabilir. Soğuk uygulama kas spazmını önler, derideki duyarlılığı azaltır, inflamasyonu ve eklem yerlerindeki gerginliği giderir (Yıldırım ve ark 2003a).

#### **4.9.3.2.8. Hidroterapi**

Doğum ağrısında ve doğumdan sonra rahatı artırmak ve gevşeme sağlamak için kullanılan bir yöntemdir. Kadının karnını suyun altında bırakacak kadar derin ılık su içe girme; gevşemeyi arttırmak, doğum ağrısını azaltmak ve doğum ağrısı döneminde süreci iyileştirmek için kullanılır. Kadınlar genellikle doğum ağrısı döneminde birkaç dakikadan birkaç saate kadar banyoda kalırlar. Doğum ağrısı sırasında hidroterapi kullanımının rahatlığı arttırdığı, ağrıyı azalttığı, kan basıncını düşürdüğü ve diürezi arttırdığı bulunmuştur. Kadınlar doğum ağrısı döneminde masajlı banyo kullandıklarında daha az farmakolojik müdahaleye gereksinim duyarlar. Doğum ağrısında kasların gevşemesi ve rahatlamaının etkisi faydalı olup ve postpartum dönemde gergin kas etkilerini azaltır. Düşük maliyetinin olması, annenin memnuniyetinin çok yüksek olması ve hekim istemine ihtiyaç duyulmaması en önemli avantajlarıdır (Kömürcü ve ark 2008).

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinin hemşirelik desteğinin etkisini belirlemek amacı ile deneysel ve prospektif bir çalışma olarak planlanmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:**

Araştırma Sağlık Bakanlığı İzmit Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğumhane Servisinde, kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli izinler alındıktan sonra Aralık 2012-Mayıs 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (EK 6).

İzmit Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 2007 yılında kurulmuştur. 18 Haziran 2013 tarihinden itibaren İzmit Seka Devlet Hastanesi bünyesinde ek hizmet binası olarak hizmet vermektedir. Hastanede 12 kadın doğum uzman hekimi, 9 çocuk uzman hekimi, 69 hemşire, 85 ebe ve 1 eczacı sağlık hizmeti vermektedir.

Doğum salonunda rotasyon halinde çalışan 12 uzman kadın doğum hekimi, 14 ebe ve 5 yardımcı personel görev yapmaktadır. Hekim ve ebelerin çalışma sistemi aylık vardiyalar şeklinde nöbet usulüdür.

Doğumhane girişinin sağ tarafında nst odası, sol tarafında ayaktan hasta muayeneye odası bulunmaktadır. Muayene odasının yanında loğusa odası vardır.

Yatış alındıktan sonra gebe kart sistemli kapıyla doğumhanenin içine alınmaktadır. Doğumhanede 4 adet travay odası, 1 adet doğum salonu mevcuttur.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:**

Çalışmanın evrenini, İzmit Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğumhane Servisine normal doğum için başvuran riskli gebelik olmayan ve primipar sağlıklı gebeler oluşturmaktadır.

Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G\*Power (v3.1.7) programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Çalışmanın gücü  $1-\beta$  ( $\beta$  = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Çalışma ve kontrol grubunda 20'şer kişi alınarak yapılan ön çalışma sonuçlarına göre  $\alpha=0.05$  düzeyinde %80 güç elde etmek için gruplarda alınması gereken örneklem sayısı en az 44 olarak saptanmıştır.

#### **5.4. Örneklem Seçim Kriterleri**

- 20 -35 yaş arasında olması
- İlk doğumunu yapmak için başvurmuş olması
- Dilatasyonun 3-7 cm arasında olması, vaginal doğum planlanması ve doğum eyleminin kendiliğinden başlaması
- Kronik sistemik bir hastalığının olmaması
- Erken/ geç gebelik komplikasyonu olmaması
- Mevcut ya da öyküsünde psikolojik sorunu olmaması
- Soruları algılayabilecek düzeyde ve iletişim kurulabilen gebeler olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

#### **5.5. Araştırma Dışı Bırakma Kriterleri**

- Araştırmanın herhangi bir aşamasında gebenin sezaryen ile doğum yapması
- Vakum uygulanması
- Fetüste ani riskli durum gelişmesi
- İndüksiyon uygulanması

## 5.6.Araştırma Hipotezleri

H0: Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin doğum korkusu açısından fark yoktur.

H1:Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin doğum korkusu açısından fark vardır.

H0: Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin hissedilen doğum ağrısının şiddeti açısından fark yoktur.

H1: Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin hissedilen doğum ağrısının şiddeti açısından fark vardır.

H0: Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin hemşirelik desteğini değerlendirmesi açısından fark yoktur.

H1: Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin hemşirelik desteğini değerlendirmesi açısından fark vardır.

## 5.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında dört form kullanılmıştır.

**5.7.1. Gebe Tanımlama Formu** (Ek 1): Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan form, ön uygulama yapıp yeniden düzenlendikten sonra araştırma için hazır hale getirilmiştir. Tanımlayıcı form gebelerin sosyodemografik özelliklerini (9 soru), genel sağlık alışkanlıklarını (2 soru), obstetrik öyküsünü (3 soru), sosyal destek (6 soru) ve doğum endişesi ile ilgili özelliklerini (3 soru) belirlemeye yönelik toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

### 5.7.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Versiyon A)(Ek 2)

Klaas ve Barbro Wijma tarafından W-DEQ, kadınlara doğumdan önceki beklentileri (versiyon A) ile doğumdan sonraki deneyimlerini (versiyon B) sorgulayan sorular yönelterek, doğum eylemi sırasında ve sonrasında doğuma ilişkin yaşanan korkunun yapısını ölçmek üzere geliştirilmiştir. (Wijma K, Wijma B & Zar M 1998). W-DEQ A ölçeği Hikmet Öznur Körükçü tarafından 2009 yılında Türkçe'ye çevrilmiştir. W-DEQ A 33 maddeden oluşan, 0-5 arası puanlanan, altılı likert tipi bir ölçektir. 0 “tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Gebeden, 0-5 arasında kendisine uygun olan bir sayıyı söylemesi istenmektedir. W-DEQ orijinal geçerlik güvenirlik

çalışması, 96'sı primipar, 100'ü multipar olan 196 kişi ile yapılmıştır. Multipar kadınlar arasında önceki doğumunu sezaryen ile yapanlar örneklem grubuna alınmamıştır; çünkü W-DEQ cerrahi doğumda yaşanan korkuyu ölçmek için geliştirilmemiştir. W-DEQ puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı  $\leq 37$ ), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı  $\geq 85$ ). Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte alınacak minimum puan 0, maksimum puan ise 165'dir. W-DEQ' nun iç tutarlık ve iki yarıya bölme güvenilirliğinin (split-half) 0.87'nin üzerinde olması, aracın ölçüm için uygun bir ölçek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı  $\alpha = 0,96$  olarak belirlenmiştir.

### **5.7.3. Hemşirelik Desteği Ölçeği (BANSILQ-Bryanton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire) (Ek 3):**

Hemşirelik Desteği Ölçeği BANSILQ Bryanton ve arkadaşları tarafından 1994 yılında doğum eyleminde hemşirelik davranışlarının yararlılık düzeyini ölçmek için oluşturulmuştur. BANSILQ ölçeği Nezihe Kızılkaya Beji tarafından 1997 yılında Türkçeye çevrilmiştir. BANSILQ ölçeği 21 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçekte elde edilebilecek minimum puan 21 iken, maksimum puan 105 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ise elde edilen minimum puan 42 iken, elde edilen maksimum puan 105'tir. Puanların yüksek olması kadınlara uygulanan hemşirelik desteğinin yararlı olduğunu göstermektedir.

Kadınları doğum eyleminde uygulanan hemşirelik destek davranışlarının yararlılık düzeyini belirlenmesini ifade etmeleri ve her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan "1=Hiç yararlı değil, 2=biraz yararlı, 3=kısmen yararlı, 4=yararlı ve 5=çok yararlı"seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. BANSILQ ölçeği, 3 alt boyuttan oluşmaktadır. BANSILQ ölçeği alt boyutları;

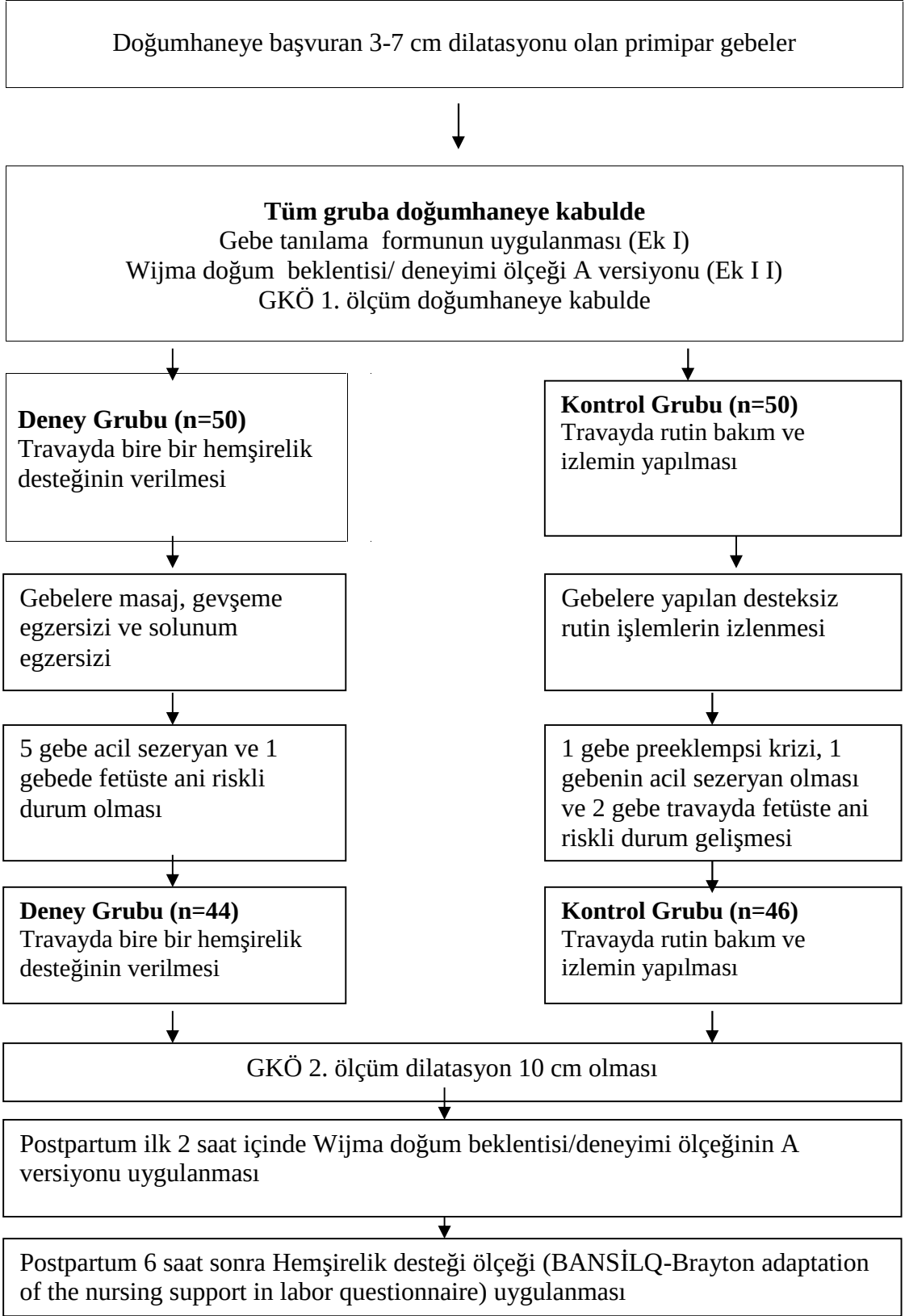
1. Emosyonel destek (bağlanma, güven, kazanma, güvenilebileceği bir kişiye sahip olduğu hissini verme, ona bakım veren bir kişi olduğu hissini verme gibi)

2. Fark edilebilen destek (bir iş yapma, birinin bakımını üstlenme gibi)
3. Bilgi veren destek (bilgi verme ya da öneride bulunma, geri bildirimde bulunma gibi)

Kızılkaya'nın kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri çalışmasında, ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı  $\alpha = 0.92$  bulunurken, çalışmamızda Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı  $\alpha = 0.97$  olarak belirlenmiştir.

**5.7.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analogue Scale – VAS) (Ek 4):** Bu ölçek ağrılı hastalarda ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. İlk olarak 1921 yılında Hayes ve Paterson duyguların seviyelerinin çizgiler üzerinde ifade edilebileceğini bildirmişlerdir. Aslan 1998 yılında yaptığı çalışmada postoperatif ağrı değerlendirilmesinde( akut ağrıda) GKÖ'nin daha duyarlı olduğunu ve ağrıyı daha iyi tanımladığını belirtmiş ve türkçeye çevirmiştir. Ağrının şiddeti 0'dan 10'a kadar sayılarla ifade edilmektedir. Ağrının olmaması "0", en şiddetli ağrı "10" rakamı ile belirlenmektedir. Gebeden, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile hattın en düşük ucu (0=ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değeri gebenin ağrı şiddetini göstermektedir (Aslan 2006, Clark 2005). Görsel Kıyaslama Ölçeğinde (0cm=Ağrı yok, 0.5cm-3.0 cm=Hafif ağrı, 3.5 cm-6.5cm=Orta ağrı, 7.0cm-10.0cm=Şiddetli ağrı) olarak tanımlanmaktadır.

## AKIŞ ŞEMASI





## 5.8. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Araştırma 2012 Aralık ile 2013 Mayıs tarihleri arasında toplam 90 gebe kadın üzerinde yapılmıştır.

Doğumhaneye başvuran dilatasyonu 3-7 cm olan primipar gebeler araştırma kapsamına alınmıştır. Deney (50) ve kontrol (50) grubu olmak üzere toplam 100 gebeye ulaşılmıştır. Deney grubunda 5 gebe acil sezeryan olması ve 1 gebe travayda fetüste ani riskli durum gelişmesi sonucu araştırmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubunda ise 1 gebe preeklampsi krizi geçirmiş olması, 1 gebe acil sezeryan olması ve 2 gebe travayda fetüste ani riskli durum gelişmesi sonucu araştırmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak 44 gebe araştırmanın deney grubunu, 46 gebe ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

Araştırmanın ilk aşamasında her iki gruba Gebe Tanımlama formu, Wijma doğum beklentisi/ deneyimi ölçeği A versiyonu ve doğumhaneye ilk kabulde her iki gruba da Görsel Kıyaslama Ölçeği uygulanmıştır.

Deney grubu gebelerin ağrısı olduğunda masaj, gevşeme ve solunum egzersizleri uygulanmıştır. Gebeye ilk tanışıldığında araştırmayla ilgili bilgi verilmiştir. Gebenin korkularını dile getirip paylaşabileceği ortam sağlanmıştır. Gebenin gereksinimleri doğumhane şartlarına uygun olarak karşılanmaya çalışılmıştır. Travay boyunca gebenin yanında kalarak sorularına cevap verilmiş ve gebe araştırmacı tarafından yalnız bırakılmamıştır. Doğum eylemi boyunca gebe bilgilendirilip bir sonraki aşamanın ne olduğu anlatılmıştır. Böylece gebenin doğuma katılımı sağlanarak, gebenin kontrol duygusunu güçlendirilip korkuları azaltılmıştır. Gebeye travay boyunca sabırlı, hoşgörülü, sakin, kendinden emin, dikkatli, nazik davranılmıştır. Travayın sonunda araştırmacı tarafından Görsel Kıyaslama Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Postpartum ilk 2 saat içinde Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğinin A versiyonu ve postpartum 6 saat sonra Hemşirelik desteği ölçeği (BANSİLQ-Brayton adaptation of the nursing support in labor questionnaire) uygulanmıştır.

Kontrol grubundaki gebelere ise travay boyunca doğumhanede yapılan standart uygulamalar gözlemlenmiştir. Travayın sonunda araştırmacı tarafından Görsel Kıyaslama Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Postpartum ilk 2 saat içinde Wijma doğum

beklentisi/deneyimi ölçeğinin A versiyonu ve postpartum 6 saat sonra Hemşirelik desteği ölçeği (BANSİLQ-Brayton adaptation of the nursing support in labor questionnaire) uygulanmıştır.

## UYGULAMALAR

Deney grubu 44 kişiden 2 kişinin travay süresi 14 saat, 26 kişinin travay süresi 12 saat, 14 kişinin 10 saat, 2 kişinin travay süresi de 8 saat sürmüştür. Deney grubundaki tüm gebelere travaya kabulde sakruma dairesel hareketlerin uygulanması, pelvis ve spina boyunca baskı uygulanması, sakruma vibrasyon uygulanması, yan yatış pozisyonunda sırta efloraj uygulanması, omuzların ortasına baskı uygulanması, abdomene saat yönünde uygulanan masaj yapılmıştır. Gebelerin tercihlerine göre travay boyunca tercih ettikleri masajlar uygulanmıştır.

| Travay Süresi | Uygulanan Gebe Sayısı | Sakruma masaj | Sakruma Vibrasyon | Sırta masaj | Omuza masaj | Abdomen e masaj |
|---------------|-----------------------|---------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------|
| 14 saat       | 1                     | 14            | 14                | 8           | 8           | 3               |
| 14 saat       | 1                     | 12            | 13                | 7           | 7           | 2               |
| 12 saat       | 16                    | 12            | 12                | 5           | 5           | 2               |
| 12 saat       | 7                     | 11            | 12                | 5           | 5           | 2               |
| 12 saat       | 3                     | 10            | 10                | 4           | 4           | 2               |
| 10 saat       | 9                     | 10            | 10                | 3           | 3           | 3               |
| 10 saat       | 3                     | 9             | 9                 | 2           | 1           | 2               |
| 10 saat       | 2                     | 8             | 8                 | 2           | 1           | 2               |
| 8 saat        | 1                     | 6             | 6                 | 1           | 1           | 1               |
| 8 saat        | 1                     | 5             | 5                 | 1           | 1           | 1               |

### 5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

**Bağımsız değişkenler:** Kadınların yaşı, eğitim durumu, sağlık sigortası durumu, eşin yaşı, eşin çalışma durumu, aile tipi, evlilik süresi

**Bağımlı değişkenler:** Masaj, gevşeme egzersiz ve solunum egzersizi

#### Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

| Araştırmada Değerlendirilen Bulgular                                                                                                                            | İstatistiksel Yöntemler                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sosyo-demografik özellikler, genel sağlık durumu, obstetrik hikayesi ve sosyal destekle ilgili verilerin analizinde                                             | Sayı, yüzde, ortalama, minimum, maksimum, standart sapma                                    |
| Doğum endişesine ilişkin verilerin analizinde                                                                                                                   | Fisher's Exact Test, Yates Continuity Correction Test                                       |
| Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A) uygulamasına ilişkin verilerin analizinde | Wilcoxon Signed Ranks Test, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Spearman's Korelasyon |
| Grupların Hemşirelik Desteği Ölçeği (BANSILQ-Bryanton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire) uygulamasına ilişkin verilerin analizinde       | Student-t Test                                                                              |
| Görsel Kıyaslama Ölçeği'ne ilişkin verilerin analizinde                                                                                                         | Paired Samples T Test, Mann Whitney U Test, Student-t Test                                  |

Çalışmadan elde edilen verilerle G\*Power (v3.1.7) programı kullanılarak Post-hoc güç analizi gerçekleştirilmiştir. 44 kişiden oluşan çalışma grubunda ve 46 kişiden oluşan kontrol grubundaki Wijma ölçeği değerleri göz önüne alındığında,  $\alpha=0.05$  düzeyinde; doğum öncesi ölçümler için etki büyüklüğü 0.62, güç %81 olarak bulunmuştur. Doğum sonrası ölçümler için etki büyüklüğü 2.16 güç 0.99, doğum öncesine göre doğum sonrası değişimlerin gruplar arasında farklılığı için ise etki büyüklüğü 2.07, güç 0.99 olarak bulunmuştur. Çalışma grubunda doğum öncesine göre doğum sonrasında gözlenen değişimler için etki büyüklüğü 2.17, güç 0.99; kontrol grubu için ise etki büyüklüğü 0.57, güç 0.99 olarak bulunmuştur.

#### **5.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik kurul onayı ve Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma onayı alınmıştır. Çalışmaya katılan annelerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam alınarak, araştırma esnasında mahremiyet, yarar ve bilgi edinme ilkelerine bağlı kalınmıştır.

## **6. BULGULAR**

Travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinin hemşirelik desteğinin etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışma bu bölümde verilmiştir. Elde edilen bulgular 4 bölümde incelenmiştir.

### **6.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular**

### **6.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonuna İlişkin Bulgular ve Karşılaştırmalar**

### **6.3. Gebelerin Hemşirelik Desteği Ölçeğine (BANSİLQ-Brayton Adaptation Of The Nursing Support İn Labor Questionnaire) İlişkin Bulgular**

### **6.4. Gebelerin Görsel Kıyaslama Ölçeğine İlişkin Bulgular**

### 6.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin ve eşlerinin gruplara göre bazı sosyo-demografik özellikleri, gebelerin doğum öncesi eğitim ve gebelikte desteğe ilişkin özellikleri, doğum endişesine ilişkin bazı verilerin dağılımı verilmiştir.

**Tablo 1. Gebelerin ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Dağılımı**

| Sosyo-Demografik Özellikler |                 | Deney Grubu<br>(n=44) |            | Kontrol Grubu<br>(n=46) |            | TOPLAM<br>(n=90) |            |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|------------|-------------------------|------------|------------------|------------|
|                             |                 | Min-<br>Max           | Ort±SS     | Min-<br>Max             | Ort±SS     | Min-<br>Max      | Ort±SS     |
| Yaş                         |                 | 20-35                 | 23.55±3.35 | 20-35                   | 23.89±3.41 | 20-32            | 24.22±3.48 |
| Evlilik Süresi              |                 | 0-5                   | 1.40±0.84  | 0-7                     | 1.51±1.01  | 1-7              | 1.60±1.16  |
| Eşinin Yaşı                 |                 | 17-40                 | 26.59±4.26 | 17-40                   | 26.52±4.10 | 20-35            | 26.46±3.99 |
|                             |                 | Sayı                  | %          | Sayı                    | %          | Sayı             | %          |
| Gebenin Eğitim Durumu       | Okuryazar değil | 2                     | 4.5        | 3                       | 6.5        | 5                | 5.6        |
|                             | İlköğretim      | 12                    | 27.3       | 14                      | 30.4       | 26               | 28.8       |
|                             | Lise            | 27                    | 61.4       | 27                      | 58.7       | 54               | 60.0       |
|                             | Üniversite      | 3                     | 6.8        | 2                       | 4.4        | 5                | 5.5        |
| Eşinizin Eğitim Durumu      | Okuryazar değil | 0                     | 0.0        | 2                       | 4.3        | 2                | 2.2        |
|                             | İlköğretim      | 4                     | 9.1        | 6                       | 13.0       | 10               | 11.1       |
|                             | Lise            | 34                    | 77.3       | 35                      | 76.1       | 69               | 76.7       |
|                             | Üniversite      | 6                     | 13.7       | 3                       | 6.5        | 9                | 10.0       |
| Gebenin Çalışma Durumu      | Çalışıyor       | 7                     | 15.9       | 5                       | 10.9       | 12               | 13.3       |
|                             | Çalışmıyor      | 37                    | 84.1       | 41                      | 89.1       | 78               | 86.7       |
| Eşinin Mesleği              | İşçi            | 23                    | 57.5       | 25                      | 69.4       | 48               | 63.2       |
|                             | Serbest Meslek  | 12                    | 30.0       | 9                       | 25.0       | 21               | 27.6       |
|                             | Memur           | 5                     | 12.5       | 2                       | 5.6        | 7                | 9.2        |
|                             | Çalışmıyor      | 4                     | 9.1        | 10                      | 21.7       | 14               | 15.6       |

Gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların gruplara göre dağılımı Tablo 1’ de incelendiğinde, gebelerin yaşları 20-35 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 23.89±3.41, evlilik süreleri ortalaması ise 1.51±1.01 yıldır. Gebelerin ve eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde, gebelerin %60’ı eşlerin ise %76.7’sinin lise mezunu olduğu, gebelerin %13,3’ünün eşlerin ise %84,4’ünün çalıştığı, gebelerin %98.9 ‘unun sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

**Tablo 2. Gebelerin Doğum Öncesi Eğitim ve Gebelikte Desteğe İlişkin Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı**

| DÖE ve Desteğe Ait Özellikler               |                       | Deney Grubu (n=44) |      | Kontrol Grubu (n=46) |      | TOPLAM (n=90) |      |
|---------------------------------------------|-----------------------|--------------------|------|----------------------|------|---------------|------|
|                                             |                       | Sayı               | %    | Sayı                 | %    | Sayı          | %    |
| <b>Doğum Öncesi Eğitim</b>                  | Alan                  | 30                 | 68.2 | 43                   | 93.5 | 73            | 81.1 |
|                                             | Almayan               | 14                 | 31.8 | 3                    | 6.5  | 17            | 18.9 |
| <b>Bilgi kaynakları(*)</b>                  | Sağlık Personeli      | 39                 | 88.6 | 45                   | 97.8 | 84            | 93.3 |
|                                             | Gebe Eğitim Kursu     | 6                  | 13.6 | 17                   | 36.9 | 23            | 25.5 |
|                                             | İnternet              | 17                 | 38.6 | 5                    | 10.9 | 22            | 24.4 |
|                                             | Gebe Eğitim Kitapları | 6                  | 13.6 | 4                    | 8.7  | 10            | 11.1 |
| <b>Gebeliği İsteme Durumu</b>               | İsteyen               | 40                 | 90.9 | 43                   | 93.5 | 83            | 92.2 |
|                                             | İstemeyen             | 4                  | 9.1  | 3                    | 6.5  | 7             | 7.8  |
| <b>Gebelikte Eş Desteği</b>                 | Var                   | 43                 | 97.7 | 45                   | 97.8 | 88            | 97.8 |
|                                             | Yok                   | 1                  | 2.3  | 1                    | 2.2  | 2             | 2.2  |
| <b>Gebelikte En Fazla Destek Veren Kişi</b> | Eş                    | 38                 | 90.5 | 39                   | 86.7 | 77            | 88.5 |
|                                             | Kendi Ailesi          | 3                  | 7.1  | 6                    | 13.3 | 9             | 10.3 |
|                                             | Eşinin Ailesi         | 1                  | 2.4  | 0                    | 0.0  | 1             | 1.1  |

(\*) Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n'e göre alınmıştır.

Gebelerin doğum öncesi eğitim ve gebelikte desteğe ilişkin özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 2'de incelendiğinde gebelerin %81,1'ini doğum öncesi eğitim aldığı, eğitimin %93,3'ünü sağlık personelinin, %25.5 'ini gebe eğitim kursundan aldığı saptanmıştır. Gebelerin %92,2'sinin isteyerek gebe kaldığı %97,8'inin eşinin destek olduğu, %96,7'sinin yakınlarından destek aldığı ve % 11.4'ünün ise en fazla ailelerinden destek aldığı belirlenmiştir.

**Tablo 3. Gebelerin Doğum Endişesine İlişkin Özelliklerin Gruplara Göre Karşılaştırılması**

| Doğum Endişesi                                                               |     | Deney Grubu<br>(n=44) | Kontrol Grubu<br>(n=46) | TOPLAM<br>n=(90) | İstatistiksel<br>Analiz ve p |                            |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------|-------------------------|------------------|------------------------------|----------------------------|
|                                                                              |     | Sayı %                | Sayı %                  | Sayı %           |                              |                            |
| <b>Bebeğe Yönelik Endişeler</b>                                              | Var | 37 84.1               | 44 95.7                 | 81 90.0          | 3.340                        | <sup>a</sup> 0.087         |
|                                                                              | Yok | 7 15.9                | 2 4.3                   | 9 10.0           |                              |                            |
| Bebeğin Fiziksel Probleminin Olması Endişesi                                 |     | 18 48.6               | 30 68.2                 | 48 59.3          | 2.419                        | <sup>b</sup> 0.120         |
| Bebeği Kaybetme Endişesi                                                     |     | 25 67.6               | 33 75.0                 | 58 71.6          | 0.242                        | <sup>b</sup> 0.623         |
| Doğumda Bebeğe Bir şey Olması Endişesi                                       |     | 36 97.3               | 41 93.2                 | 77 95.1          | 0.725                        | <sup>a</sup> 0.621         |
| Doğumda Bebeğin Ölme Endişesi                                                |     | 12 32.4               | 25 56.8                 | 37 45.7          | <b>4.817</b>                 | <b><sup>b</sup>0.049*</b>  |
| Doğumda Bebeğe Kordon Dolanma Endişesi                                       |     | 14 37.8               | 32 72.7                 | 46 56.8          | <b>9.970</b>                 | <b><sup>b</sup>0.003**</b> |
| <b>Doğum Eylemine Yönelik Endişeler</b>                                      | Var | 44 100.0              | 46 100.0                | 90 100           | -                            | -                          |
|                                                                              | Yok | 0 0.0                 | 0 0.0                   | -                | -                            | -                          |
| Doğumda Bebeği İtememe Endişesi                                              |     | 29 65.9               | 29 63.0                 | 58 64.4          | 0.004                        | <sup>b</sup> 0.949         |
| Doğumda Sancısının Olmaması Endişesi                                         |     | 26 59.1               | 30 65.2                 | 56 62.2          | 0.146                        | <sup>b</sup> 0.703         |
| Doğuramama Endişesi                                                          |     | 35 79.5               | 34 73.9                 | 69 76.7          | 0.146                        | <sup>b</sup> 0.702         |
| Doğumda Kontrolü Kaybetme Endişesi                                           |     | 24 54.5               | 33 71.7                 | 57 63.3          | 2.170                        | <sup>b</sup> 0.141         |
| Doğum Odasında Yalnız Kalma Endişesi                                         |     | 24 54.5               | 32 69.6                 | 56 62.2          | 1.567                        | <sup>b</sup> 0.211         |
| Başkalarının Doğum Sancısını Görme Endişesi                                  |     | 19 43.2               | 28 60.9                 | 47 52.2          | 2.156                        | <sup>b</sup> 0.142         |
| Doğumda Fazla Kanama Endişesi                                                |     | 8 18.2                | 22 47.8                 | 30 33.3          | <b>7.609</b>                 | <b><sup>b</sup>0.006**</b> |
| Doğumda Canının Acıması Endişesi                                             |     | 27 61.4               | 35 76.1                 | 62 68.9          | 1.640                        | <sup>b</sup> 0.200         |
| <b>Doğumda Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler</b>             | Var | 39 88.6               | 43 93.5                 | 82 91.1          | 2.007                        | <sup>a</sup> 0.192         |
|                                                                              | Yok | 5 11.4                | 3 6.5                   | 8 8.9            |                              |                            |
| Doğumda Sağlık Personelinin Hatasına Yönelik Endişe                          |     | 18 40.9               | 19 41.3                 | 37 45.1          | 0.001                        | <sup>b</sup> 1.000         |
| Doğumda Personelin Kötü Davranacağı Endişesi                                 |     | 17 38.6               | 17 37.0                 | 34 41.5          | 0.000                        | <sup>b</sup> 1.000         |
| Doğumda Personelin Anlayışsızlığına Yönelik Endişe                           |     | 28 63.6               | 38 82.6                 | 66 80.5          | 3.226                        | <sup>b</sup> 0.072         |
| Doğumda Bebeğe Sağlık Personelinin Bebeğe Yeterli Müdahale Yapamama Endişesi |     | 19 43.2               | 31 67.4                 | 50 61.0          | <b>4.403</b>                 | <b><sup>b</sup>0.036*</b>  |

<sup>a</sup>Fisher's Exact Test <sup>b</sup>Yates Continuity Correction \*p<0.05 \*\*p<0.01

Gebelerin doğum endişesine ilişkin özelliklerin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 3'de incelendiğinde, gebelerin %90'ında bebeğe yönelik, hepsinde doğum



eylemine yönelik, %91.1’inde doğumda sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler saptanmıştır. Gebelerin doğumda bebeğin ölme, doğumda bebeğe sağlık personelinin bebeğe yeterli müdahale yapamama açısından yapılan analizde gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebelerin doğumda bebeğe kordon dolanma, doğumda fazla kanama açısından yapılan istatistiksel analizde gruplararası ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu fark kontrol grubundaki gebelerin daha fazla endişe duymalarından kaynaklanmıştır.

## 6.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ile İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması, deney grubu gebelerin eğitim ve çalışma durumu ile travayın başlangıcı ve doğum sonrası yapılan Wijma ölçek toplam puan fark ortalamalarının karşılaştırılması ve onrol grubu gebelerin eğitim ve çalışma durumu ile travayın başlangıcı ve doğum sonrası yapılan Wijma ölçek toplam puan fark ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 4. Gebelerin Travayın Başlangıcı ve Doğum Sonrası Wijma Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Wijma Yapılma Zamanı      | Gruplar            |                      | <sup>b</sup> istatistiksel Analiz | P              |
|---------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------|
|                           | Deney Grubu (n=44) | Kontrol Grubu (n=46) |                                   |                |
|                           | Ort±SD             | Ort±SD               |                                   |                |
| Travayın Başlangıcı Wijma | 78.16±31.61        | 87.50±30.53          | 2.883                             | <b>0.004**</b> |
| Doğum Sonrası Wijma       | 32.36±17.61        | 79.06±33.62          | 6.911                             | <b>0.001**</b> |
| t*                        | 5.778              | 4.126                |                                   |                |
| P                         | <b>0.001**</b>     | <b>0.001**</b>       |                                   |                |
| T.B. Wijima – D.S. Wijima | 46.36±21.40        | 8.43±14.59           | 7.286                             | <b>0.001**</b> |

t : t test analizi

<sup>b</sup>Mann Whitney U Test

\*\* $p<0,01$

Gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçek toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4’de incelendiğinde, deney grubu gebelerin travayın başlangıcı Wijma 78.16±31.61, doğum sonrası wijma 32.36±17.61, kontrol grubu gebelerin ise travayın başlangıcı Wijma 87.50±30.53,

doğum sonrası wijma  $79.06 \pm 33.62$  olarak saptanmıştır. Gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçek toplam puan ortalamaları gruplararası arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur. ( $p < 0.01$ ). Bu fark deney grubu gebelere yapılan hemşirelik desteğinden kaynaklanmaktadır.

Deney grubu gebelerin travayın başlangıcı wijma doğum sonrası wijma ölçek toplam puan ortalamaları  $46.36 \pm 21.40$ , kontrol grubu ise gebelerin travayın başlangıcı wijma doğum sonrası wijma ölçek toplam puan ortalamaları  $8.43 \pm 14.59$  saptanmıştır. Gruplara göre gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.01$ ).

Grup içi karşılaştırmalara göre gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçeğinden aldıkları puanlar arasında yapılan istatistiksel analizde ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Her iki grupta da doğum olayı gerçekleştiği için doğum korkusu azalmış olup deney grubunda bu farkın daha yüksek olması travay sırasında birebir verilen hemşirelik desteğinden kaynaklanmaktadır.

**Tablo 5. Travayın Başlangıcındaki Wijma Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Sınıflandırılması**

| Travayın başlangıcındaki Wijma Ölçek Puan Ortalamalarına | Deney Grubu |      | Kontrol Grubu |      |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|---------------|------|
|                                                          | n           | %    | n             | %    |
| Düşük (37 den puanı küçük)                               | 3           | 6.8  | 2             | 4.3  |
| Orta (38-65 puanı)                                       | 13          | 29.5 | 3             | 6.5  |
| Ağır (66-84 puan)                                        | 10          | 22.8 | 11            | 23.9 |
| Klinik (85 puan üstü)                                    | 18          | 40.9 | 30            | 65.2 |
| Toplam                                                   | 44          | 100  | 46            | 100  |

Travayın başlangıcındaki Wijma ölçek puan ortalamalarına göre korku düzeylerinin sınıflandırılması Tablo 5'te incelendiğinde, deney grubu gebelerin % 40.9'u klinik (85 puan üstü), % 29.5'i orta (38-65 puanı), kontrol grubu gebelerin % 65.2'si klinik (85 puan üstü), % 23.9'u ağır (66-84 puan) olarak saptanmıştır.

**Tablo 6. Doğum Sonrasındaki Wijma Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Sınıflandırılması**

| Doğum Sonrasındaki Wijma Ölçek Puan Ortalamaları | Deney Grubu |      | Kontrol Grubu |      |
|--------------------------------------------------|-------------|------|---------------|------|
|                                                  | n           | %    | n             | %    |
| Düşük(37 den puanı küçük)                        | 28          | 63.6 | 2             | 6.5  |
| Orta (38-65 puanı)                               | 15          | 34.1 | 4             | 8.6  |
| Ağır (66-84 puan)                                | 0           | 0    | 18            | 39.1 |
| Klinik (85 puan üstü)                            | 1           | 2.3  | 22            | 47.8 |
| Toplam                                           | 44          | 100  | 46            | 100  |

Doğum sonrasındaki Wijma ölçek puan ortalamalarına göre korku düzeylerinin sınıflandırılması Tablo 6'da incelendiğinde, deney grubu gebelerin % 63.6'sı düşük (37 den puanı küçük), % 34.1'i orta (38-65 puanı), kontrol grubu gebelerin % 47.8'si klinik (85 puan üstü), % 39.1'i ağır (66-84 puan) olarak saptanmıştır.

**Tablo 7. Deney Grubu Gebelerin Eğitim ve Çalışma Durumu İle Travayın Başlangıcı ve Doğum Sonrası Yapılan Wijma Ölçek Toplam Puan Fark Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Deney Grubu        |                            | Travayın Başlangıcı ve Doğum Sonrası Yapılan Wijma Ölçek Toplam Puan Farkı | İstatistiksel Analiz | P                   |
|--------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|
|                    |                            | Ort±SD                                                                     |                      |                     |
| Anne Eğitim Durumu | İlkokul/ Okur yazar (n=14) | 55.86± 23.26                                                               | 6.473                | <sup>a</sup> 0.039* |
|                    | Ortaokul (n=13)            | 49.31±18.80                                                                |                      |                     |
|                    | Lise/Üniversite (n=17)     | 36.65± 18.32                                                               |                      |                     |
| Çalışma Durumu     | Çalışıyor (n=7)            | 31.86± 16.64                                                               | 2.055                | <sup>b</sup> 0.040* |
|                    | Çalışmıyor (n=37)          | 49.27± 21.20                                                               |                      |                     |

a:Kruskal Wallis Test b:Mann Whitney U Test

p>0.05

Deney grubu gebelerin eğitim ve çalışma durumu ile travayın başlangıcı ve doğum sonrası yapılan wijma ölçek toplam puan fark ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te incelendiğinde, en yüksek fark ilkokul mezunu olan ve çalışmayan gebelerde saptanmış ve yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim durumu yükseldikçe travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçek toplam puan ortalaması farkı azalmaktadır. Çalışan gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçek toplam puan ortalaması farkı çalışmayanlara göre azalmaktadır.

**Tablo 8. Kontrol Grubu Gebelerin Eğitim ve Çalışma Durumu İle Travayın Başlangıcı ve Doğum Sonrası Yapılan Wijma Ölçek Toplam Puan Fark Ortalamalarının Karşılaştırılması**

|                           |                             | Travayın Başlangıcı ve Doğum Sonrası Yapılan Wijma Ölçek Toplam Puan Farkı | İstatistiksel Analiz | P      |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|
|                           |                             | Ort±SD                                                                     |                      |        |
| <b>Kontrol Grubu</b>      |                             |                                                                            |                      |        |
| <b>Anne Eğitim Durumu</b> | İlkokul/ Okuma yazar (n=17) | 6.88±9.53                                                                  | 2.839                | a0.242 |
|                           | Ortaokul (n=12)             | 11.58±16.68                                                                |                      |        |
|                           | Lise/ Üniversite(n=17)      | 7.76 ±17.49                                                                |                      |        |
| <b>Çalışma Durumu</b>     | Çalışıyor (n=5)             | 2.40±5.37                                                                  | 1.208                | b0.227 |
|                           | Çalışmıyor (n=41)           | 9.17±15.21                                                                 |                      |        |

a:Kruskal Wallis Test b:Mann Whitney U Test

p>0.05

Kontrol grubu gebelerin eğitim ve çalışma durumu ile travayın başlangıcı ve doğum sonrası yapılan wijma ölçek toplam puan fark ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da incelendiğinde, eğitim ve çalışma durumu yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır (p<0.05).

### 6. 3. Hemşirelik Desteği Ölçeği (BANSİL Q) ile İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin hemşirelik desteği ölçeği (BANSİLQ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması ve gebelerin hemşirelik destek davranışlarına ilişkin görüşlerinin gruplara göre dağılımı verilmiştir.

**Tablo 9. Gebelerin Hemşirelik Desteği Ölçeği (Bansil Q) Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması**

| Alt Boyut ve Toplam Puan                           | Gruplar            |                      | t*     | P              |
|----------------------------------------------------|--------------------|----------------------|--------|----------------|
|                                                    | Deney Grubu (n=44) | Kontrol Grubu (n=46) |        |                |
|                                                    | Ort±SD             | Ort±SD               |        |                |
| Bansil-Q Emosyonel destek                          | 33.20±2.44         | 26.13±4.33           | 12.851 | <b>0.001**</b> |
| Bansil-Q Bilgi veren destek / Emosyonel destek     | 13.43±1.25         | 7.54±2.74            | 9.347  | <b>0.001**</b> |
| Bansil-Q Fark edilebilen destek / Emosyonel destek | 23.41±1.57         | 16.78±3.84           | 12.562 | <b>0.001**</b> |
| Bansil-Q Farkedilebilen destek                     | 14.27±0.99         | 9.74±2.72            | 51.933 | <b>0.001**</b> |
| Bansil-Q Bilgi veren destek                        | 13.95±1.08         | 11.15±2.22           | 29.341 | <b>0.001**</b> |
| Bansil-Q TOPLAM                                    | 98.27±6.05         | 71.35±14.60          | 11.518 | <b>0.001**</b> |

t : t test analizi

**\*\*p<0.01**

Gebelerin hemşirelik desteği ölçeği (bansil Q) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 7’de incelendiğinde, Bansil-Q Emosyonel destek, Bansil-Q Bilgi veren destek/Emosyonel destek, Bansil-Q Fark edilebilen destek/Emosyonel destek, Bansil-Q Fark edilebilen destek, Bansil-Q Bilgi veren destek alt boyutlar ve bansil-Q toplam puan ortalamaları yapılan istatistiksel analizde ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Deney grubu gebelerin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olmasından kaynaklanan bu fark emosyonel, fark edilebilen ve bilgi veren destek alt boyutları açısından en yüksek oranda saptanmıştır.

**Tablo 10. Gebelerin Hemşirelik Destek Davranışlarına İlişkin Görüşlerinin Gruplara Göre Dağılımı**

| Destek Kategorisi |                                                                           | DENEY GRUBU<br>(n=44) % |                   |                    |             |                 | KONTROL GRUBU<br>(n=46) % |                   |                    |             |                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|-------------|-----------------|---------------------------|-------------------|--------------------|-------------|-----------------|
|                   |                                                                           | Hiç Yararlı Değil (n)   | Biraz Yararlı (n) | Kısmen Yararlı (n) | Yararlı (n) | Çok Yararlı (n) | Hiç Yararlı Değil (n)     | Biraz Yararlı (n) | Kısmen Yararlı (n) | Yararlı (n) | Çok Yararlı (n) |
| E                 | 1- Bir birey olarak bakıldığımı hissettim.                                | 0<br>0                  | 0<br>0            | 1<br>2.2           | 14<br>31.8  | 29<br>65.9      | 9<br>19.5                 | 3<br>6.5          | 14<br>30.4         | 15<br>32.6  | 5<br>10.8       |
| B/E               | 2-Beni övdü.                                                              | 0<br>0                  | 0<br>0            | 3<br>6.8           | 18<br>40.9  | 23<br>52.2      | 20<br>43.4                | 12<br>26.0        | 8<br>17.3          | 4<br>8.6    | 2<br>4.3        |
| F/E               | 3- Bakım verirken sakın ve kendinden emin görünüyordu.                    | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 8<br>18.1   | 36<br>81.8      | 0<br>0                    | 1<br>2.1          | 5<br>10.8          | 17<br>36.9  | 23<br>50        |
| F                 | 4-Nefes alıp verirken, gevşerken bana yardım etti.                        | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 14<br>31.8  | 30<br>68.1      | 0<br>0                    | 5<br>10.8         | 16<br>34.7         | 16<br>34.7  | 9<br>19.5       |
| E                 | 5-Bana saygılı davrandı.                                                  | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 6<br>13.6   | 38<br>86.3      | 0<br>0                    | 1<br>2.1          | 0<br>0             | 19<br>41.3  | 26<br>56.5      |
| B                 | 6-Hastane rutinlerini açıkladı.                                           | 0<br>0                  | 0<br>0            | 1<br>2.2           | 24<br>54.5  | 19<br>43.1      | 0<br>0                    | 10<br>21.7        | 19<br>41.3         | 11<br>23.9  | 6<br>13.0       |
| E                 | 7- Sorularımı doğru cevaplandırdı.                                        | 0<br>0                  | 1<br>2.2          | 0<br>0             | 8<br>18.1   | 35<br>79.5      | 0<br>0                    | 1<br>2.1          | 1<br>2.1           | 15<br>32.6  | 29<br>63.0      |
| B                 | 8-Nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında bana eğitim verdi.      | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 8<br>18.1   | 36<br>81.8      | 0<br>0                    | 4<br>8.6          | 17<br>36.9         | 13<br>28.2  | 12<br>36.0      |
| E                 | 9- Sözlerimi, düşüncelerimi yargılamadan dinledi.                         | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 10<br>22.7  | 34<br>77.2      | 0<br>0                    | 2<br>4.3          | 7<br>15.2          | 23<br>50    | 14<br>30.4      |
| E                 | 10- Emniyette olduğum duygusunu hissettirdi.                              | 0<br>0                  | 0<br>0            | 1<br>2.2           | 12<br>27.2  | 31<br>70.4      | 0<br>0                    | 12<br>26.0        | 20<br>43.4         | 7<br>15.2   | 7<br>15.2       |
| F                 | 11- İsteklerimi yerine getirmek için çaba sarfetti.                       | 0<br>0                  | 0<br>0            | 1<br>2.2           | 10<br>22.7  | 33<br>75        | 8<br>17.3                 | 14<br>30.4        | 16<br>34.7         | 5<br>10.8   | 3<br>6.5        |
| F/E               | 12- Başkalarının benden istedikleri gereksiz talepleri azaltmaya çalıştı. | 0<br>0                  | 0<br>0            | 5<br>11.3          | 25<br>56.8  | 14<br>31.8      | 12<br>26.0                | 13<br>28.2        | 13<br>28.2         | 4<br>8.6    | 4<br>8.6        |
| B/E               | 13-Doğumun her aşamasında durumumla ilgili bana bilgi verdi.              | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 16<br>36.3  | 28<br>63.6      | 0<br>0                    | 5<br>10.8         | 25<br>54.3         | 12<br>26.0  | 4<br>8.6        |
| F/E               | 14- Bana dokundu.                                                         | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 6<br>13.6   | 38<br>86.3      | 0<br>0                    | 7<br>15.2         | 14<br>30.4         | 21<br>45.6  | 4<br>8.6        |
| F                 | 15- Fiziksel olarak rahat olmamı sağladı.                                 | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 6<br>13.6   | 38<br>86.3      | 0<br>0                    | 8<br>17.3         | 13<br>28.2         | 18<br>39.1  | 7<br>15.2       |
| F/E               | 16- Endişemin olduğunu fark etti ve beni dinledi.                         | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 8<br>18.1   | 36<br>81.8      | 0<br>0                    | 4<br>8.6          | 8<br>17.3          | 27<br>58.6  | 7<br>15.2       |
| B/E               | 17-Hakkımda karar verilirken benim fikrimi aldı.                          | 0<br>0                  | 0<br>0            | 3<br>6.8           | 23<br>52.2  | 18<br>40.9      | 15<br>32.6                | 18<br>39.1        | 7<br>15.2          | 2<br>4.3    | 4<br>8.6        |
| E                 | 18- Yanımda kalarak bana zaman ayırdı.                                    | 0<br>0                  | 0<br>0            | 2<br>4.5           | 12<br>27.2  | 30<br>68.1      | 9<br>19.5                 | 25<br>54.3        | 6<br>13.0          | 3<br>6.5    | 3<br>6.5        |
| F/E               | 19-Benim gereksinimlerimin, dileklerimin sözcüsü oldu.                    | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 13<br>29.5  | 31<br>70.4      | 7<br>15.2                 | 11<br>23.9        | 20<br>43.4         | 5<br>10.8   | 3<br>6.5        |
| B                 | 20- Bana ortamı tanıttı.                                                  | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 12<br>27.2  | 32<br>72.7      | 0<br>0                    | 1<br>2.1          | 8<br>17.3          | 20<br>43.4  | 17<br>36.9      |
| E                 | 21- Benimle konuşarak, dikkatimi ve ilgimi başka tarafa çekti.            | 0<br>0                  | 0<br>0            | 0<br>0             | 6<br>13.6   | 38<br>86.3      | 0<br>0                    | 1<br>2.1          | 3<br>6.5           | 17<br>36.9  | 25<br>54.3      |

Gebelerin hemşirelik destek davranışlarına ilişkin görüşlerinin gruplara göre dağılımı tablo 8 incelendiğinde, deney grubundaki gebelerin en yararlı buldukları hemşirelik destek davranışları: 38 gebe‘konuşarak, dikkatini ve ilgisini başka tarafa çekmek, 38 gebe fiziksel olarak rahat olmasını sağlamak, 38 gebe dokunmak, 38 gebe saygılı davranmak, 36 gebe bakım verirken sakin ve kendinden emin görünmek, 36 gebe endişesinin olduğunu fark etmek ve dinlemek, 36 gebe nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında eğitim vermek, 35 gebe sorularını doğru cevaplandırmak ve 34 gebe sözlerini, düşüncelerini yargılamadan dinlemek’ olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin en yararlı buldukları hemşirelik destek davranışları: 29 gebe ‘sorularını doğru cevaplandırmak, 26 gebe saygılı davranmak’ ve 25 gebe konuşarak, dikkatini ve ilgisini başka tarafa çekmek; hiç yararlı bulduğu davranışlar ise 20 gebe ‘gebeyi övmek, 15 gebe hakkında karar verilirken fikrini almak ve 12 gebe başkalarının benden istedikleri gereksiz talepleri azaltmaya çalışmak’ olarak bulunmuştur.



#### 6.4. Gebelerin Görsel Kıyaslama Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin doğumhaneye kabul ve travayın sonunda görsel kıyaslama ölçeği toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırması verilmiştir.

**Tablo 11. Gebelerin Doğumhaneye Kabul ve Travayın Sonunda Görsel Kıyaslama Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırması**

|                              | Gruplar               |                         | t     | P     |
|------------------------------|-----------------------|-------------------------|-------|-------|
|                              | Deney Grubu<br>(n=44) | Kontrol Grubu<br>(n=46) |       |       |
|                              | Ort±SD                | Ort±SD                  |       |       |
| <b>GKÖ-Doğumhaneye Kabul</b> | 3.59±1,15             | 4.03±1.07               | 0.749 | 0.430 |
| <b>GKÖ-Travayın Sonu</b>     | 9.23±0.71             | 9.13±0.78               | 0.616 | 0.540 |

\**Paired Samples Test* t: t test analizi

Gebelerin doğumhaneye kabul ve travayın sonunda görsel kıyaslama ölçeği toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırması Tablo 9 incelendiğinde, deney grubu gebelerin doğumhaneye kabulde GKÖ puan ortalaması 3.59±1,15, kontrol grubunun ise 4.03±1.07, travayın sonunda deney grubu gebelerin GKÖ puan ortalaması 9.23±0.71, kontrol grubunun ise 9.13±0.78 olduğu saptanmıştır. Doğumhaneye kabul ve travayın sonunda GKÖ toplam puan ortalaması gruplara göre karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubu gebelerin doğumhaneye kabul ve travayın sonunda ağrı düzeyleri benzer özelliktedir.

## 7. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen bulgular 4 başlık altında tartışılmıştır.

**7.1. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması**

**7.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonuna ilişkin bulguların tartışılması**

**7.3. Gebelerin Hemşirelik Desteği Ölçeğine (BANSİLQ-Brayton adaptation of the nursing support in labor questionnaire) ilişkin bulguların tartışılması**

**7.4. Gebelerin Görsel Kıyaslama Ölçeğine ilişkin bulgular ın tartışılması**

### 7.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda çalışmaya alınma kriterlerine göre; 20 -35 yaş aralığında, 3-7 cm dilatasyonu olan, vaginal doğum planlayan ve doğum eylemi kendiliğinden başlayan, ilk doğum için başvuran, kronik sistemik bir hastalığı olmayan, erken/ geç gebelik komplikasyonu olmayan, mevcut ya da öyküsünde psikolojik sorunu olmayan ve soruları algılayabilecek düzeyde ve iletişim kurulabilen gebeler olması gerekmekte idi. Buna göre deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması  $23.55 \pm 3.35$ , kontrol grubundaki gebelerin ise  $23.89 \pm 3.41$  olarak saptanmıştır (Tablo1). Deney grubundaki gebelerin evlilik süresi ortalamaları  $1.40 \pm 0.84$ , kontrol grubundaki gebelerin ise  $1.51 \pm 1.01$ 'dir. Gebelerin tümünün primipar oldukları için evlilik sürelerinin kısa olması beklenen bir sonuçtur. Gebelerin % 60'ı eşlerin ise % 76.7 'si lise mezunudur (**Tablo 1**). Gruplar yaş, evlilik süresi, eğitim ve eşlerin eğitimi açısından benzer özellikler göstermektedir.

2004 yılında ülkemizde kadınların iş gücüne katılma oranı yüzde 25.4 'dür. TNSA 2008 verilerine göre 15-49 yaş grubundaki kadınların çalışma durumu Türkiye'de % 31'i, Doğu Marmara'da ise % 40.7' dir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 15 ve üzeri yaştaki kadın nüfusun 2011 yılı istihdam oranı Türkiye'de % 25.6, TÜİK (2012) verilerine göre Doğu Marmara'da (Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova) % 28.8'dir ( TÜİK 2011, 2012). Türkiye'de kadın çalışma oranı son yıllarda düşmektedir. Kadınlar sosyal güvenlikten yoksun olarak çalışmakta, iş yaşamında karşılaştıkları ayrımcı muameleler karşısında korunaksız kalmaktadır. Çalışma

yaşamında gebelik ve doğum sonrası emzirme ve izin kullanımı her ne kadar yasal olarak güvence altında olsa bile iş yaşamında uygulanmaktadır. (Ecevit, 2010). Çalışmamızda gebelerin %13.3'ü çalışmaktadır (Tablo 1). Kadınların primipar ve yeni evli olmaları da bölgesel orandan daha düşük olmasına sebep olmaktadır.

Doğum öncesi bakım (DÖB) anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. TNSA 2008 DÖB alma oranı %92 ve Doğu Marmara bölgesinde ise %97.6'dır. Çatak ve ark.'nın (2012) İstanbul'da yaptığı çalışmada annelerin % 99.6'sı DÖB almışlardır. Çalışmamızda tüm gebeler doğum öncesi bakım almıştır. Gebelik öncesinde bir sağlık uzmanından bakım alındığında gebeliği komplikasyonsuz, doğumu kolay ve sağlıklı gerçekleşir. Anne, bebek ölümleri ve hastalıkları azalır (Şahin, Yurdakul 2012). Antenatal dönemde doğum öncesi eğitim almanın doğumla ilgili var olan yanlış bilgilerin değişmesi nedeniyle korkuların azalmasını sağladığını göstermiştir (Serçekuş 2011). Doğum öncesi eğitim ile anne adayının gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgis i artar ve baş etmesi kolaylaşır (Şirin, 2008). Sözeri ve ark.'nın (2006) çalışmasında gebelik ile ilgili bilgileri gebelerin %57,7'sinin sağlık personelinde n aldığı saptanmıştır. Serçekuş ve ark.'nın (2010) çalışmasında tüm gebeler doğum öncesi eğitimi sağlık personelinde n almıştır. Coşar'ın (2012) çalışmasında tüm gebelere doğum öncesi eğitim sağlık personeli tarafından verilmiştir. Çalışmamızda gebelerin %93,3'üne doğum öncesi eğitimin sağlık personeli tarafından verildiği saptanmıştır. Serçekuş ve Coşar'ın çalışmaları doğum öncesi hazırlık sınıflarıyla ilgili olduğu için tüm gebeler doğum öncesi eğitimi hemşireden almıştır (Tablo 2).

Doğuma yönelik korkuların azalmasında gebelik ve doğuma ilişkin bilgi verilmesi ve doğum ağrısıyla baş etmede gevşeme tekniklerinin öğretilmesi bakımından doğum öncesi hazırlık sınıfları çok önemlidir (Serçekuş 2011). Çalışmamızda gebelerin %25.5'i gebe eğitim kursuna katılmıştır (Tablo 2). Bu oran oldukça düşük olup tüm gebelerin doğum öncesi eğitim alması önerilir.

Doğum öncesi bilgi kaynakları olarak dergi/Tv/ internetin kullanılması Karabulutlu'nun (2012) çalışmasında %14.2, Sözer ve ark. (2006) çalışmasında %22.6'dır. Çalışmamızda ise bilgi kaynağı olarak internetin kullanılması %24,4'tür.

(Tablo 2) Bulgularımız Sözer'in çalışması ile paralellik göstermekte, Karabulutlu'nun çalışmasından ise farklılık göstermemektedir. Bunun nedeni Karabulutlu'nun çalışması Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesindeki eğitim düzeyi bizim olgularımıza göre daha düşük 500 multipar kadınla yapılmasından kaynaklanmaktadır. Coşar'ın çalışmasında doğum hakkında kitap okuma oranının deney grubunda %94.3, Kontrol grubunda %34.3'tür. Coşar'ın çalışmasında deney grubu gebelere doğum öncesi eğitim verildiği için kadınların doğum hakkında kitap okuma oranının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Gebeliğin isteniyor olması psikolojik destekle anne-çocuk sağlığını olumlu yönde desteklemektedir(Sözer ve ark. 2006). Kılıç ve ark.nın (2007) Zekai Tahir Burak hastanesinde yaptığı çalışmada, gebelerin %89'unun son gebeliklerinin istemli olduğunu belirtmişlerdir. Beyzadeoğlu ve ark. (2004) çalışmasında %79.6'sı isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır. Sözeri ve ark.nın (2006) 310 gebe ile yaptığı çalışmasında ise gebeliklerin % 79.3'ü planlıdır. Çatak ve ark.nın (2012) çalışmasında kadınların % 85'i isteyerek gebe kalmışlardır. Karadağ' ın (2006) Kütahya'da 100 gebe ile yaptığı çalışmasında annelerin % 94'ü isteyerek gebe kalmıştır. Yıldırım (2008) 314 kadınla yaptığı çalışmada gebelerin%61.1'inin isteyerek gebe kaldığını belirtmiştir. Çalışmamızda gebelerin %92,2'sinin isteyerek gebe oldukları saptanmıştır (Tablo 2). Çalışma sonucumuz Kılıç ve ark. (2007), Beyzadeoğlu ve ark. (2004), Sözeri ve ark. (2006), Çatak ve ark. (2012) ve Karadağ'ın (2006) sonuçları ile paralellik göstermektedir. Ancak Yıldırım'ın (2008) çalışması primipar-multipar ayrımı olmadan yapıldığı için sonucu bulgularımızdan daha düşüktür.

Sosyal destek sistemleri yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarıdır. Gebelerin yakından bağlı olduğu insanlar stres verici durumlarda sağladıkları destekle sorunun çözümüne aktif biçimde katılırlar. Sosyal destek, başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ile sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirebilir (Okanlı, Tortumluoğlu, Kırpınar, 2003). Gebe kadınların en önemli destek kaynaklarını yakın aile üyeleri, özellikle eşleri oluşturmaktadır. Gebelerin endişelerinin azalmasında, kadınların aile üyeleri ile endişe ve korkularını paylaşımlarının, doğum hakkında bilgi almanın ve doğuma ilişkin kendisinin veya diğerlerinin pozitif deneyimlerini düşünmenin etkili olduğu saptanmıştır (Serçekuş

2011). Çalışmamızda gebeliğinde yakınlarından destek alma % 96.7, eş desteği ise %97.8'dir (Tablo 2). Güngör (2007), Turan (2006) çalışmalarında intrapartum dönemde eş desteği ile doğumun daha memnun edici ve olumlu deneyim olarak algılanmasının arttığını göstermektedir. Cebeci ve ark'nın (2002) yaptığı çalışmada kadınlarda aile desteği ve eş desteğinin arkadaş desteğine göre daha fazla etkili olduğu görülmüştür. Timur ve ark'nın (2010) yaptığı çalışmada ise eş desteği %30.7'dir. Timur çalışmasını Doğu Anadolu Bölgesindeki bir ilde bulunan bir devlet hastanesinde 274 primipar kadınla yapmıştır. Coşar'ın (2012) çalışmasında ise deney grubu gebelerin % 80'i, kontrol grubu gebelerin %11.4'ü gebelikte eşlerinin yeterince destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Gözüyeşil ve ark (2008) 15-49 yaş aralığında primipar-multipar 136 gebeyle yaptığı çalışmasında %72,9 'unun eşlerinden destek aldıkları belirtilmiştir. Vırit ve ark (2008) çalışmasında %61,5'i gebeliği süresince eşinden destek almıştır. Vırit ve ark'nın (2008) çalışması Malatya devlet hastanesine başvuran çoğunluğu 3 ve üzeri gebeliği olan, ilkokul mezunu olan 104 gebeyle yapılmıştır. Çalışmamızda eş desteğinin çalışmalara göre daha yüksek oranda çıkmasının nedeni gebelerin hepsinin primipar olması, Doğu Marmara bölgesinde yaşamaları ve evlilik sürelerinin kısa olmasından kaynaklandığı söyleyebiliriz.

Çalışmamızda gebelere aile desteği %11.4'tür (**Tablo 2**). Vırit ve ark'nın (2008) çoğunluğu multipar olan 104 gebeyle yaptığı çalışmada %16,3'ünün aile bireylerinden (anne-kayınvalide-kardeşi) yardım aldıkları saptanmıştır. Gözüyeşil ve ark (2008) 15-49 yaş aralığında primipar-multipar 136 gebeyle yaptığı çalışmasında %25'ünün yakınlarından destek aldığı saptanmıştır. Çalışmamızla Vırit'ın çalışması benzerlik göstermektedir. Vırit ve ark'nın (2008) çalışmasında 3 ve üzeri gebeliği olan gebelerde aile desteğinin daha az olması beklenen sonuçtur. Çalışmamızda gebelerin çoğunluğu çekirdek aile tipi olup eşleriyle daha yakın oldukları için eş desteği yüksek aile desteği oranı biraz düşüktür.

Gebelik sürecinde, hormonların etkisi, beden imgesinde değişim; aileye yeni bir üyenin katılacak olması kadına yeni rol ve sorumluluklar getirmesi nedeniyle yoğun endişe yaşamasına neden olmaktadır (Doğan, 2007). Gebeliğin son dönemi yaklaştıkça doğum endişesi başlar. Bebeğin normal olup olmayacağı, sağlıklı, problemsiz bir doğum yapıp yapmayacağı endişesi içerisine girer. Doğum esnasında çekeceği

acıların düşüncesi bile gebe kadının büyük bir endişe yaşamasına neden olabilmektedir. Bir an önce doğum yapıp, sağlıklı bir duruma bebeği ile birlikte kavuşmak ister (Kılıçarslan 2008). Kitapçioğlu ve ark'nın (2008) belirttiğine göre DiRenzo ve ark'nın (1984) çalışmasında kadınların % 49'unda hasta veya özürlü bebek doğurma korkusu olduğu saptanmıştır. Saisto ve ark.(1999) 100 Finli kadın üzerinde yaptıkları araştırmada kadınların %12'sinde konjenital malformasyonlu veya özürlü çocuk doğurma korkusu olduğu saptanmıştır. Kitapçioğlu ve ark.(2008) çalışmasında ise gebelik döneminde bebek sağlığına ilişkin endişeler” 7,0 puan ile ikinci en yüksek endişe olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda gebelerin %90'ında bebeğe yönelik endişeleri olduğu saptanmıştır. Bebeğe yönelik endişeler toplama göre en fazla endişeden en aza doğru sıralaması: doğumda bebeğe bir şey olması (%95.1), bebeği kaybetme (%71.6), bebeğin fiziksel probleminin olması (%59.3), doğumda bebeğe kordon dolanma (%56.8) ve bebeğin ölme endişesi (%45.7)'dir. Çalışmamızda doğumda bebeğin ölme endişesi deney grubunda %32.4, kontrol grubunda ise %56.8'dir (**Tablo3**). Gebelerin doğumda bebeğin ölme açısından yapılan analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Serçekuş (2005) çalışmasında 19 nullipar kadının 12'sinin (%63) bebeğin ölmesinden endişelendiği saptanmıştır. Çalışma sonucumuzdaki bu farklılık gebelerimizin travayda olmalarından kaynaklanmaktadır. Ayrıca deney grubundaki gebelerin travay boyunca hemşirelik desteği alacaklarını bilmeleri bebeğin ölme endişesini daha az hissetmelerini sağlamıştır.

Çalışmamızda doğumda bebeğe kordon dolanma endişesi deney grubu gebelerde %37.8, kontrol grubunda %72.7'dir(Tablo 3). Gebelerin doğumda bebeğe kordon dolanma açısından yapılan istatistiksel analizde gruplar arası ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Kitapçioğlu ve ark (2008) çalışmasında bebeğe yönelik endişelerden en düşük doğumda bebeğe kordon dolanma endişesi olarak bulunmuştur. Kitapçioğlu ve ark (2008) çalışmasında primipar-multipar ayrımı yapılmadığı için bizim sonucumuzdan farklı olması doğaldır.

Çalışmamızda gebelerin hepsinde doğum eylemine ilişkin endişeleri saptanmıştır(Tablo 3). Fakat Kitapçioğlu ve ark (2008) yaptığı araştırmada ise doğum eylemine ilişkin endişeler üçüncü sırada bulunmuştur. Aradaki bu fark, Kitapçioğlu ve

ark'nın (2008) çalışmasında gebelerde endişeleri doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde sorgulamış olması, bizim çalışmamızda ise bu endişelerin travay başlangıcında sorgulamamızdan kaynaklanmıştır. Bu aşamada gebe öncelikle doğum eylemine karşı daha fazla endişelidir. Yanikkerem ve ark'nın (2007) çalışmasında da doğum yaklaştıkça endişelerin içeriği daha çok doğum olayı ve bebeğin sağlığına yönelmekte olduğu belirtilmiştir. Doğum eylemine ilişkin endişeler: %76.7'si doğuramama, %68.9'u doğumda canının acıması, % 64.4 doğumda bebeği itememe, %63.3'ü doğumda kontrolü kaybetme, %62.2'si doğumda sancısının olmaması, %62.2'si doğum odasında yalnız kalma, %52.2'si başkalarının doğum sancısını görme ve %33.3'ü doğumda fazla kanama endişesidir(Tablo 3). Serçekuş'un (2005) çalışmasında 19 nullipar kadının %36.8'inin fazla kanamadan endişelendiği saptanmıştır. Annagür ve ark (2012) sağlık çalışanları ve tıp eğitimi almış kişilerin vajinal doğum konusundaki düşüncelerini araştırdıkları çalışmada, %12.5 ile üçüncü sırada kanama yer almıştır. Çalışmamızda %33.3'ü doğumda fazla kanama endişesi olup yapılan istatistiksel analizde gruplararası ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır. Travaydaki gebelerin doğumda fazla kanamadan endişelenmeleri beklenen bir bulgudur. Serçekuş'un (2005) çalışması ile paralellik göstermektedir. Annagür'ün çalışması sağlık eğitimi almış kişilerden olduğu için kanamadan korkma oranı daha azdır.

Kadınların doğumda sağlık personelinin bağırması, doğumda hata yapması veya yeterince destek olmamasından endişelendiği bulunmuştur (Serçekuş, 2009). Çalışmamızda %91.1'inde doğumda sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler saptanmıştır (**Tablo 3**). Kitapçioğlu ve ark'nın (2007) çalışmasında gebelerin "Doğumda sağlık personelinin davranışlarına yönelik endişelerin en yüksek puanı aldığı saptanmıştır. Sjögren ve ark.'nın (1998) 100 gebe üzerinde yaptıkları araştırmada da gebelik döneminde saptanan en önemli korku nedeni olarak doğumda görev alan sağlık personeline duyulan güven eksikliği olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda doğumda sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler: %80.5'i doğumda personelin anlayışsızlığına yönelik, %61.0'ı doğumda bebeğe sağlık personelinin bebeğe yeterli müdahale yapamama, %45.1'i doğumda sağlık personelinin hatasına yönelik ve %41.5'i doğumda personelin kötü davranacağı endişesidir (Tablo 3). Gruplar arası yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark

bulunmamıştır( $p>0.05$ ). Doğumda sağlık personelinin bebeğe yeterli müdahale yapamama açısından yapılan analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Pınar ve ark.'nın (2009) çalışmasında %42,5'i "ebe/hemşirelere tamamen güvendiklerini" "kendisi ve bebeğinin bakımına yardım etme" (% 11.3) bulunmuştur. Hayran ve ark.'nın (2007) Ardahan, Van, Yozgat, Tokat, Çorum, Afyon, İstanbul, Adana illerinde yaptığı sağlık arama davranışı araştırmasında bulunan sonuç: yakınlarının başından geçen bazı olumsuz deneyimler, sağlık çalışanlarının yanlış tanı koymaları, ya da niteliksiz hizmet gibi deneyimler, gebeler tarafından önemli bulunmakta ve kadınları endişelendirerek hizmet almak istememlerine neden olmakta, evde doğumu tercih etmelerine neden olmaktadır.(Conseil Sante, Sofreco, Eduser (2007) Timur ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada kendilerine verilen bakımı yetersiz gören kadınlar (% 52.4), en fazla sağlık personelinin sayısal yetersizliğini neden olarak görmektedir. Ancak kadınların önemli bir bolumu (% 38.1) sağlık personelinin hastaları önemsemediklerini düşünmektedir. Kızılkaya'nın (1997) ülkemizde yaptığı çalışmada, Gale ve ark. (2001)'nin Kanada'da yaptığı çalışmada doğumda çalışan ebe/hemşirelerin görev ve sorumluluklarının önemli bir bölümünü yerine getirmedikleri bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kadınların sağlık personeline karşı güvensizliği, sağlık personelinden eksik ve yetersiz bakım aldıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızdaki gebelerin endişesinin sağlık personelinin bebeğe yeterli müdahale yapamama endişesinin doğal bir sonuç olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulguları ile bu alandaki diğer çalışmalar, gebelik ve endişelerin varlığını göstermektedir. Bu bulgular gebelik ve doğuma yönelik endişeler konusunda gebelerin eğitilmelerinin önemli olduğu söylenebilir. Ebe/Hemşireler, doğum alanında çalışan hemşirelerin doğum izlemleri sırasında endişeleri saptamaları ve bu alanlarda gebelere danışmanlık vermeleri önem taşımaktadır (Kitapçioğlu G. ve ark).

## **7.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonuna İlişkin Bulguların Tartışılması**

Doğum, doğal, sonucu önceden tahmin edilemeyen, ağrılı ve hem anne, hem bebek için ciddi morbidite, hatta mortalite riski taşıyan bir süreçtir. Doğum korkusu Hofberg and Brockington'un (2000) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) "Eğer gebe kadın primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder



ve onu baskılanamaz bir anksiyete içerisinde iter, fakat önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır.” şeklinde ifade edilmiştir(Körükçü 2009). Çalışmamızda deney grubu gebelerin travayın başlangıcı Wijma ölçek puan ortalaması  $78.16 \pm 31.61$ , doğum sonrası  $32.36 \pm 17.61$ , kontrol grubu gebelerin ise travayın başlangıcı  $87.50 \pm 30.53$ , doğum sonrası  $79.06 \pm 33.62$  olarak saptanmıştır. **(Tablo 4)** Gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur. Grup içi karşılaştırmalara göre gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçeğinden aldıkları puanlar arasında yapılan istatistiksel analizde ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Her iki grupta da doğum olayı gerçekleştiği için doğum korkusu azalmış olup deney grubunda bu farkın daha yüksek olması travay sırasında birebir verilen hemşirelik desteğinden kaynaklanmaktadır. **Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin doğum korkusu açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Şahin ve ark (2009) çalışmasında WDEQ-A puanları ortalamaları  $85.63 \pm 13.76$ 'dır. Heimstad ve ark'ın (2006) gebeliğin 18. haftasında 2.680 kadınla yaptığı çalışmasında W-DEQ puan ortalaması primiparlarda  $66 \pm 20$ , multiparlarda ise  $60 \pm 24$  idi. Ryding ve ark (1998) gebeliğin 32. haftasında 1981 gebeyle yaptığı çalışmada nulliparlarda W-DEQ puan ortalaması  $54.1 \pm 21.1$ , multiparlarda  $57.7 \pm 22.1$ , vaka grubunda W-DEQ puan ortalaması  $64.6 \pm 22.2$ , kontrol grubunda ise  $54.3 \pm 19.8$  olarak saptanmıştır. Deney grubunun eğitim öncesi W-DEQ-A Versiyonu puan ortalamasının  $61.1$  iken eğitim sonrasında  $42.0$  olmuştur. Eğitim sonrası müdahale grubunun puan ortalaması  $42.0$ , kontrol grubunun ise  $58.5$  olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Annagür ve ark (2012) sağlık çalışanları ve tıp eğitimi almış kişilerin vajinal doğum konusundaki düşüncelerini araştırdıkları çalışmasında, tercih ettikleri doğum yöntemleri ile anksiyete düzeyleri ve anksiyete duyarlılıkları arasındaki ilişki saptanmıştır. W-DEQ puan ortalaması araştırma görevlilerinde  $71.5 \pm 22.8$ , son sınıf tıp öğrencilerinde  $76.0 \pm 23.6$ , doğum yapanlarda  $73.7 \pm 21.1$ , doğum yapmayanlarda  $72.4 \pm 23.8$ , normal vajinal doğum yapanlarda  $66.3 \pm 22.0$  ve vajinal doğum planlayanlarda  $64.8 \pm 26.5$  olarak saptanmıştır. Normal vajinal doğumdan korkma sebepleri sorulduğunda ise % 40.0 ile ağrı ilk sırada yer alırken, % 20.0 ile

ikinci sırada bilgi eksikliği ve ön yargı, %12.5 ile üçüncü sırada kanama yer almıştır. Bizim çalışmamızda travay zamanında değerlendirme olduğu için puanlar daha yüksek çıkmıştır. Puanların yüksek çıkması kadınların daha çok korktuğunu ifade etmektedir. Doğum öncesi ve travay anında korku arasındaki fark olması beklenen bir durumdur.

Deney grubu gebelerin eğitim ve çalışma durumu karşılaştırıldığında en yüksek fark ilköğretim mezunu olan ve çalışmayan gebelerde saptanmış ve yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu fark deney grubu gebelere birebir hemşirelik desteğinin verilmesinden kaynaklanmaktadır. Kontrol grubu gebelerin eğitim ve çalışma durumu karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır ( $p<0.05$ ).

Heimstad ve ark'nın (2006) çalışmasında doğum korkusu oranları ortaöğretim mezunlarında %39.4, lisans üniversite mezunu olanlar % 15.5'dir. Çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

### **7.3. Gebelerin Hemşirelik Desteği Ölçeğine (BANSİLQ-Brayton adaptation of the nursing support in labor questionnaire) İlişkin Bulguların Tartışılması**

Doğum eylemindeki kadınlar yaşadıklarını ve olup bitenleri yeterince bilmedikleri ve anlayamadıkları için korku, endişe ve anksiyete yaşamaktadırlar. Kadınların doğum eylemi ile baş etmeleri ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları için destek almaya ve önemsendiğini hissetmeye gereksinimleri bulunmaktadır. Doğum eylemi suresince verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusu ve doğum ağrısı ile baş etmesini geliştirebilir ve olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilir. Hemşirelerin kadınların doğuma ilişkin korkularını ve anksiyetelerini azaltarak, onları doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi edinmelerini sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır(Karaçam ve ark.2011). Ebe ve hemşirelerin, doğum anında yaptırdıkları nefes alma egzersizleri, ağrı ile baş etme, destek ve bakım ile gebeler olumlu doğum deneyimleri yaşamaktadırlar (Şahin ve ark 2009). Doğum sürecindeki gebelere verilen destek doğuma katılan kişinin niteliğine göre değişmekle birlikte genelde; duygusal, fiziksel destek ve bilgi vermeyi kapsamaktadır (Timur ve ark. 2010).

Çalışmamızda Bansil-Q fark edilebilen destek alt boyut puan ortalamaları gruplara göre karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analizde ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur(**Tablo 7**) Çalışmamızda deney grubu 44 gebeden 38'i, fiziksel olarak rahat olmasını sağlaması, 33'ü isteklerini yerine getirmek için çaba sarfetmesini, 30'u nefes alıp verirken, gevşerken yardım etmesini çok yararlı bulmuştur (**Tablo 8**). Şahin ve ark.'nın(2009) çalışmasında kadınların %58'ine doğum ağrısı ile baş etmek için hiçbir şey yapılmadığı, diğerlerine ise sadece öğrenci ebe ve hemşireler tarafından solunum egzersizleri ve masaj teknikleri gibi non farmakolojik girişimlerin yapıldığı bildirilmiştir. Chen ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışmada ebe ve hemşireler kadınlara ıkmayı, alternatif doğum pozisyonlarını ve solunum tekniklerini öğretmişler, sürekli bakım sağlamışlar, doğum eyleminin ilerleyişi, yapılan işlemler, anne ve fetüsün sağlık durumu, fetal monitorizasyon ile ilgili bilgi vermişlerdir. Bu çalışmada kadınların %86'sının bu girişimleri yararlı buldukları ve doğumlarını kolaylaştırdığını ifade ettikleri bildirilmektedir. Çalışmamızın sonucu literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda Bansil-Q emosyonel destek alt boyut puan ortalamaları gruplara göre karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analizde ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0.01$ ) (**Tablo 7**). Deney grubu gebelerimizin 38'i konuşarak, dikkatini ve ilgisini başka tarafa çekmek ve saygılı davranmak, 35'i sorularını doğru cevaplandırmak, 34'ü sözlerini, düşüncelerini yargılamadan dinlemek çok yararlı bulduklarını belirtmiştir. Deney grubu gebelerin 31'i emniyette olduğu duygusunu hissetmenin kontrol grubundaki 46 gebeden ancak 7'si emniyette olduğu duygusunun çok yararlı bulduklarını belirtmiştir. Timbulin ve ark.(2001) çalışmasında kadınların %29'unun rahatlatıcı bakım veren ebe ve hemşirelerin girişimlerini onayladıkları, bu girişimleri "beni rahatlatmak için her yolu denedi, bazı uygulamalarla (örn: buz uygulaması) rahatlamama yardımcı oldu, rahatlatıcı teknikleri kullanabilmem için bana yol gösterdi, yürümeme yardım etti ve ağrımı mümkün olduğunca azaltmaya çalıştı" şeklinde tanımladıkları bildirilmektedir. Karaçam ve ark (2011) belirttiğine göre Steutel (2003), Rubin (1975) doğum eyleminde verilen duygusal desteğin kadınların kendilerini saygın ve değerli hissetmelerini sağlayarak doğum sürecini olumlu yönde etkilediğini bildirmektedir. Rubin (1975)' e göre doğum ağrısı istekli, yetenekli ve empati kurabilen ebe / hemşireler tarafından giderilebilir. Bunun için

servikal dilatasyon 4 cm olduktan sonra (aktif fazda) doğum eylemindeki kadınların korku ve anksiyetesini azaltmak için sürekli ebelik ve hemşirelik bakımı verilmelidir. Chen ve ark. (2001)'nın yaptığı bir çalışmada, ebeler ve hemşireler doğum eylemindeki kadınları rahatlatmak için yanında olma, empati yapma, destek olma ve cesaretlendirme stratejileri kullanmışlardır. Bu çalışmaya katılan kadınların %68'inin bu girişimleri duygusal ve psikolojik olarak rahatlatıcı buldukları, %98'inin kendilerini kontrol etmelerini kolaylaştırarak doğum ağrısını azalttığını, kendilerini güvende ve kontrol altında hissettikleri bildirilmektedir. Pınar ve Pınar (2009)'ın çalışmalarında, doğum eylemindeki kadınların %42,5'inin ebe/hemşirelere güven duydukları ve %45,2'sinin sorunlarını paylaşabildikleri belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmaya katılan kadınların ebe/hemşirelerden beklentilerin daha çok “azarlanmamak”(% 34,5) ve “güler yüzlü olmak” (% 13,8) olduğu da rapor edilmiştir. Timur ve ark.(2010) çalışmasında kadınlar en fazla (%41,6) cesaretlendirilmeye ihtiyaç duydukları ifade edilmiştir. Tumbilin ve Simkin (2001)'nin çalışmasında ise; doğum eylemi boyunca kadınların ebe ve hemşirenin rolünü algılama biçimini incelemiş ve gruplandırmışlardır. Bu çalışmada sosyal destek ile duygusal desteğin uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların ebe ve hemşirelerin duygusal destek sağlayan davranışlarını “beni sakinleştirmeye çalışması, her şeyin yolunda gittiğini bildirmesi, kendimi kontrol etmeme yardımcı olması, sürekli bilgi vermesi, sevgi ile yaklaşımda bulunması, gülümsemesi, ailemi bilgilendirmesi ve desteklemesi, dostça davranması ve sürekli yanımda bulunması” şeklinde ifade ettikleri bildirilmektedir. Karaçam ve ark (2011) çalışmasında ise takdir etme yoluyla sağlanan duygusal destek kadınların zamanında, yerinde ve uygun bir biçimde kendilerini kontrol edebildikleri ifade edilmiştir. Doğum eyleminde kadınların kendilerini kontrol edebilmeleri sağlanarak korku, hayal kırıklığı, umutsuzluk, anksiyete ve utanma duyguları azaltılabilir. Doğum eyleminde kadının yanında olan ebe ve hemşireler onları cesaretlendirmeli ve çabalarını takdir etmelidirler Örneğin: “çok iyi ıkınıyorsun, şu anda bebeğini çok iyi ilerlettin” gibi ifadeleri kullanmıştır. Chen ve ark. (2001)'nin çalışmasında doğum eylemindeki bir kadın ebe ve hemşirelerden aldığı takdir etme desteğini şöyle ifade etmiştir: “Onlar sonuna kadar beni cesaretlendirdiler, caba gösterdiğim ve tüm gücümü kullandığım için cesaretli bir anne olduğumu söylediler.” şeklinde ifade edilmiştir. Çalışmamızın sonucu literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda Bansil-Q bilgi veren destek alt boyut puan ortalamaları gruplara göre karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analizde ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (**Tablo 7**). Deney grubu gebelerimizin 36'sı nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında eğitim verilmesinin ve 32'si ise ortamı tanıtmayı çok yararlı bulduklarını belirtmişlerdir. Kontrol grubu gebelerimizin 12'si nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında eğitim verilmesinin çok yararlı bulduklarını belirtmişlerdir. Bu fark doğumhanede çalışan bazı ebelerin egzersizleri yaptırması sonucu oluşmuştur. Tumbilin ve ark (2001) kadınların %24'unun doğum eylemi boyunca ebeler ve hemşirelerin yaptığı bilgilendirmeyi yararlı bulduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, bu çalışmada, kadınların doğum eylemi süresince bilgilendirme desteği sağlayan ebelik ve hemşirelik aktivitelerini "benim soru sormama izin verdi ve tüm sorularımı yanıtladı, solunum ve rahatlatma tekniklerini kullanmamı sağladı, doğum eyleminin ilerleyişi hakkında beni bilgilendirerek korkularımı azalttı, bana yardımcı olacak önerilerde bulundu, doğumun ne zaman başlayacağını anlattı ve ıkınmama yardım etti" şeklinde tanımladıkları bildirilmektedir. Kızılkaya (1997)'nin çalışmasında ise kadınların %80'inin ortamın kendilerine tanıtılmadığını ve %75'i rutin işlemlerin açıklanmadığını ifade ettikleri rapor edilmiştir. Ülkemizde doğum ünitelerinde çalışan ebe ve hemşireler destekleyici bakım ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalarına rağmen, daha çok iş merkezli ve rutin yapılması istenen işlemlere odaklı bir biçimde hizmet vermektedirler. Son yıllarda ebeler ve hemşireler hasta paylaşımı sistemi ile çalışmaya başlasalar bile, yine de verilen hizmetin merkezinde hasta ile ilgili rutin işler ve tıbbi müdahaleler bulunmaktadır. Bu nedenle doğum eylemindeki bakımda, çok sayıda önemli bağımsız ebelik ve hemşirelik girişimlerinin içinde yer aldığı destekleyici bakımın sunumunda ciddi eksikliklerin olduğu gözlenmektedir (Karaçam 2011).

Deney grubu gebelerin en çok yararlı davranışlar: gebeye saygılı davranmak, gebeye dokunmak, gebenin fiziksel olarak rahat olmasını sağlamak, gebeye konuşarak, dikkatini ve ilgisini başka tarafa çekmek, bakım verirken sakin ve kendinden emin görünmek, nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında eğitim vermek, gebenin endişesinin olduğunu fark etmek ve dinlemek olarak saptanmıştır (Tablo 7). Bryanton ve ark. (1994), hemşirelik desteği ölçeği kullanarak, 80 postpartum kadın üzerinde yaptıkları çalışmada 25 destekleyici hemşirelik

davranışlarının tümünü yararlı olarak bulmuşlardır. En yararlı olarak belirledikleri destekleyici hemşirelik davranışları ise, bir birey olarak bakıldığını hissettirme, övgüde bulunma, sakın ve kendinden emin görünme, nefes alıp verme ve gevşemesine yardım etme, emniyette olduğu hissini verme, gebenin söylediğini, yaptığını yargılamadan kabul etmedir. Sauls (2004), the Bryanton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire Adolescents (BANSILQ-A) ölçeği kullanılarak, 16 adölesan ile yapılan çalışmada 25 destekleyici hemşirelik davranışı ölçülmüştür. En iyi 10 destekleyici hemşirelik davranışları ise, övgüde bulunma, ağrı kesici verme, sözleri yargılamadan kabul etme ve istekleri yerine getirme, bakım verirken sakın ve kendinden emin görünme, bir birey olarak bakıldığını hissetme, saygılı davranma, gereksiz talepleri azaltma, soruları doğru cevaplama, konuşarak dikkati başka tarafa çekme ve nefes alıp verirken yardım etmedir. Kızılkaya'nın (1997) çalışmasında kadınların en fazla yararlı buldukları destekleyici ebelik ve hemşirelik davranışlarının; bakım verirken sakın ve kendinden emin görünme, saygılı davranma, bir birey olarak bakıldığını hissettirme, emniyette olduğu duygusunu verme, nefes alıp verme / gevşeme teknikleri konusunda eğitim yapma ve uygulamasına yardım etme olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızın sonucu literatürle paralellik göstermektedir. **Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin hemşirelik desteğini değerlendirmesi açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

#### **7.4. Gebelerin Görsel Kıyaslama Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ağrı “belli bir bölgeden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilişkili, hoş olmayan emosyonel bir duyum” olarak tanımlamaktadır (Köksal, Duran 2013). Doğum eylemi ise; bugüne kadar tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir (Ertem, Sevil 2005). Özellikle primigravidalar uterin kontraksiyon ağrısını ve doğumu, karşılaştıkları en şiddetli ağrı deneyimi olarak tanımlamaktadırlar (Ergin 2009). Primipar olan kadınların % 60'ının, multipar olanların ise % 40'ının şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir. Özellikle primiparlarda uterin kontraksiyon ağrısı ve doğum, karşılaştıkları en şiddetli ağrılı deneyim olmaktadır (Taşçı, Sevil 2007). Doğum ağrısının değerlendirmesinde sıkça kullanılan VAS (Visual Analog Scale) ya da diğer adıyla GKÖ; son derece basit

etkin kullanımı kolay, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı değerlendirme yöntemidir (Yıldırım, 2005; Yıldırım ve Şahin, 2003b).

Çalışmamızda deney grubu gebelerin doğumhaneye kabulde GKÖ puan ortalaması  $3.59 \pm 1.15$ , kontrol grubunun ise  $4.03 \pm 1.07$ , travayın sonunda deney grubu gebelerin GKÖ puan ortalaması  $9.23 \pm 0.71$ , kontrol grubunun ise  $9.13 \pm 0.78$  olduğu saptanmıştır **(Tablo 9)**. Doğumhaneye kabul ve travayın sonunda GKÖ toplam puan ortalaması gruplara göre karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p > 0.05$ ). Coşar'ın (2012) çalışmasında aktif fazda (3-7 cm) GKÖ puan ortalaması deney grubu gebelerde  $3.03 \pm 1.098$ , kontrol grubunda  $7.14 \pm 1.167$ ; Geçiş fazında (7-10 cm) deney grubu gebelerde  $5.26 \pm 1.146$ , kontrol grubunda  $9.51 \pm 0.853$ 'tür. Çalışmamızın sonucu literatürle paralellik göstermektedir. GKÖ puan ortalaması göre ağrıların şiddetinin artması doğum fizyolojisine uygundur. **Travayda hemşirelik desteği alan ile almayan gebelerin doğum ağrısı açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinin hemşirelik desteğinin etkisini belirlemek amacı ile deneysel ve prospektif olarak yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Yaş, evlilik süresi, ekonomik durum, eğitim düzeyi, gebelik eğitimi alma ve primipar olma açısından gruplar benzer özellikte olup, deney grubunda 44 gebe, kontrol grubunda ise 46 gebe travayda izlenerek çalışmaya alınmıştır.

Gebelerin %81,1'inin doğum öncesi eğitim aldığı, bu eğitimin %93,3'ünün sağlık personelinin, %25,5'inin gebe eğitim kursundan aldığı saptanmıştır. Gebelerin %92,2'sinin isteyerek gebe kaldığı %97,8'inin gebelikte eşinin destek olduğu, %96,7'sinin yakınlarından destek aldığı belirlenmiştir.

Gebelerin doğum endişesine ilişkin özelliklerin gruplara göre karşılaştırılmasında gebelerin %90'ında bebeğe yönelik, hepsinde doğum eylemine yönelik, %91,1'inde doğumda sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler olduğu saptanmıştır. Gebelerin doğumda bebeğin ölme, doğumda bebeğe sağlık personelinin bebeğe yeterli müdahale yapamama endişesi açısından yapılan analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur( $p<0.05$ ). Gebelerin doğumda bebeğe kordon dolanma, doğumda fazla kanama olma endişesi açısından yapılan istatistiksel analizde gruplar arası ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır( $p<0.01$ ). Bu fark kontrol grubundaki gebelerin daha fazla endişe duymalarından kaynaklanmıştır.

Deney grubu gebelerin travayın başlangıcı Wijma ölçek toplam puan ortalaması  $78.16\pm31.61$ , doğum sonrası  $32.36\pm17.61$ , kontrol grubu gebelerin ise travayın başlangıcı  $87.50\pm30.53$ , doğum sonrası  $79.06\pm33.62$  olarak saptanmıştır. Gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası Wijma ölçek toplam puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur( $p<0.01$ ). Deney grubu gebelerin travayın başlangıcı ile doğum sonrası wijma ölçek toplam puan ortalamaları arasında  $46.36\pm21.40$ , kontrol grubu gebelerin ise  $8.43\pm14.59$  puan fark olduğu saptanmıştır. Gruplara göre gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları



arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır( $p<0.01$ ). Bu fark deney grubu gebelere yapılan hemşirelik desteğinden kaynaklanmaktadır.

Grup içi karşılaştırmalara göre gebelerin travayın başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçeğinden aldıkları puanlar arasında yapılan istatistiksel analizde ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Her iki grupta da doğum olayı gerçekleştiği için doğum korkusu azalmış olup deney grubunda bu farkın daha yüksek olması travay sırasında birebir verilen hemşirelik desteğinden kaynaklanmaktadır.

Gebelerin hemşirelik desteği ölçeği (Bansil Q) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılmasında Bansil-Q Emosyonel destek, Bansil-Q Bilgi veren destek/Emosyonel destek, Bansil-Q Fark edilebilen destek/Emosyonel destek, Bansil-Q Fark edilebilen destek, Bansil-Q Bilgi veren destek alt boyutlar ve bansil-Q toplam puan ortalamaları yapılan istatistiksel analizde ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Deney grubu gebelerin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olmasından kaynaklanan bu fark emosyonel, fark edilebilen ve bilgi veren destek alt boyutları açısından en yüksek oranda saptanmıştır.

Deney grubu gebelerin en çok yararlı davranışlar: gebeye saygılı davranmak, gebeye dokunmak, gebenin fiziksel olarak rahat olmasını sağlamak, gebeyle konuşarak, dikkatini ve ilgisini başka tarafa çekmek, bakım verirken sakin ve kendinden emin görünmek, nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında eğitim vermek, gebenin endişesinin olduğunu fark etmek ve dinlemek olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Deney grubu gebelerin doğumhaneye kabulde GKÖ puan ortalaması  $3.59\pm1.15$ , kontrol grubunun ise  $4.03\pm1.07$ , travayın sonunda deney grubu gebelerin GKÖ puan ortalaması  $9.23\pm0.71$ , kontrol grubunun ise  $9.13\pm0.78$  olduğu saptanmıştır. Doğumhaneye kabul ve travayın sonunda GKÖ toplam puan ortalaması gruplara göre karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p>0.05$ ). Başlangıçta az olan ağrının şiddeti gittikçe arttığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu gebelerin doğumhaneye kabul ve travayın sonunda ağrı düzeyleri benzer özelliktedir.

**Sonuç:** Travayada primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum korkusunu azalttığı saptanmıştır.

- Tüm gebelerin doğum endişesi olduğu,
- Deney grubundaki gebelerin W-DEQ-A Versiyonu puanının travayın başlangıcındaki puanı doğum sonrasına göre azaldığı, diğer bir deyişle doğum korkusunun azaldığı,
- Deney grubundaki gebelerin BansilQ ölçeği puanının kontrol grubuna göre arttığı, bu fark hemşirelik desteğinden kaynaklandığı,
- Deney grubu gebelerin en çok yararlı davranışlar: gebeye saygılı davranmak, gebeye dokunmak, gebenin fiziksel olarak rahat olmasını sağlamak, gebeye konuşarak, dikkatini ve ilgisini başka tarafa çekmek, bakım verirken sakin ve kendinden emin görünmek, nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında eğitim vermek, gebenin endişesinin olduğunu fark etmek ve dinlemek olduğu saptanmıştır.

**Öneriler:** Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Doğum öncesi eğitim sınıfları yaygınlaştırılmalı, tüm gebelerin katılımı desteklenerek artırılması,
- Doğumhane gebeler için daha uygun şartlara getirilmesi, travay sürecinde gebelerin hemşireler tarafından bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve birebir gebe merkezli hemşirelik desteği verilmesi,
- Hemşirelik desteğine ilişkin girişimler(özellikle saygılı davranma, gebeye dokunma, fiziksel olarak rahat olmasını sağlama, konuşarak, dikkatini ve ilgisini başka tarafa çekme, bakım verirken sakin ve kendinden emin görünme, nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında eğitim verme, gebenin endişesinin olduğunu fark etme ve dinleme) doğum odasında çalışan hemşirelere /ebelere öğretilmesi ve uygulanması hususunda hastane yönetimi tarafından desteklenmesi ve uygun koşulların sağlanması
- Doğum korkusuna yönelik daha fazla sayıdaki deneysel çalışmaların yapılması
- BansilQ ölçeği le ilgili çalışmaların daha büyük örneklem grubuyla yapılması önerilebilir.

## 9.KAYNAKLAR

1. Abushaikh L, Sheil E. P. (2006). Labor Stress and Nursing Support: ‘How do They Relate?’ Journal of International Women’s Studies Vol. 7.
2. Adams, E. D., Bianchi, A.L. (2008). A Practical Approach To Labor Support, Jognn, 37: 106–115.
3. Aksayan S., Bahar Z., Bayık A., Emiroğlu O.N., Erefe İ., Görak G., Karataş N., Kocaman G., Kubilay G., Seviğ Ü.(2004). Örneklem Büyüklüğü, Erefe İ.(Ed.). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri Kitabı,136-138.
4. Alehagen S, Wijma K and Wijma B (2001). Fear during labour. Acta Obstet. Gynecol. Scand, 80, 315–320.
5. Alehagen S, Wijma B, Wijma K (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth, Acta Obstetricia et Gynecologica, 85, 56-62.
6. Annagür B.B., Kara F, Kuzucuoglu A (2012). Sağlık Eğitimi Almış Kişilerde Vaginal Doğum Korkusu, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.
7. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9:68-75.
8. Aslan EF. Postoperatif Ağrı Değerlendirilmesinde Görsel Kıyaslama Ölçeği İle Basit Tanımlayıcı Ölçeklerin Duyarlılık Ve Seçiciliklerinin Karşılaştırılması, Uluslar arası katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara.1998.
9. Barnett, G. V. (2008). A New Way To Measure Nursing: Computer Timing Of Nursing Time And Support Of Laboring Patients. CIN: Computers Informatics Nursing, 26(4), 199–206.
10. Beyzadeoğlu H, Ekuklu G, Gül H, Eskiocak M. Edirne Muradiye sağlık ocağı bölgesinde Mayıs-Ağustos 2004 döneminde gebelik yaşayan kadınların doğum öncesi bakım almasını etkileyen etmenler, IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, 224, Ankara 2004
11. Bewley S, Cockburn J.(2002).b Responding to fear of childbirth, The Lancet 2002,359(22):2128-2129
12. Bryanton J, Frasey-Dawey H, Sullivan P(1994).: Women’s Perceptions of Nursing Support During Labor. JOGNN, 23(8): 638-644.

13. Brockington IF, Macdonald E, Wianscott G (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium, *Archives of Women's Mental Health*, 9, 253-263.
14. Cebeci S.A., Aydemir Ç, Göka E (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi Ve Sosyal Destek İle İlişkisi, *Kriz Dergisi*,10(1): 11-18.
15. Chen C. H., Wong, S, Y., Chang, M.Y. (2001). Women's Perceptions Of Helpful And Unhelpful Nursing Behaviors During Labor: A study in Taiwan. *Birth*, 28(3): 180–185.
16. Conseil Sante, SOFRECO, EDUSER (2007) Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
17. Coşar F., Demirci N (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi* 3 (1) : 18-30.
18. Çatak B, İkişık H, Kartal SB, Öner C, Uluç HH, Seğmen Ö. (2012). İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: Toplum tabanlı bir araştırma, *Perinatoloji Dergisi*, 20(3):126-134
19. Doğan N (2007). Annelere Doğum Öncesinde Verilen Yenidoğan Bakımı İle İlgili Eğitimin Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrasında Değerlendirilmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.(Danışman: Yrd. Doç Dr. Rana Yiğit)
20. Dossett E. (2008). Perinatal Depression, *Obstetric and Gynecology Clinics of North America*, 35: 419–434.
21. Duman Z. (2006). Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen ile İlgili Düşünceleri. A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Köken).
22. Ecevit, Y. İşgücü Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliği El Kitabı, İŞKUR, 2010.
23. Ellen D. H., Nancy K. L., Mary E. H., et al. (2002).Effectiveness Of Nurses As Providers Of Birth Labor İn North American Hospitals: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288: 1373-1381.

- 24- Erdemir F, (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 252-256.
- 25- Ergin B.A (2009). Doğum Ağrısı ve Yaklaşımlar, I. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul.
- 26- Ertem G, Sevil Ü (2005). Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2): 117-123
- 27-Faulkner M, Davies S(2005). Social support in the healthcare setting: the role of volunteers, Health & Social Care in the Community, 13 (1) :38-45.
- 28- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example, Social Science & Medicine, 63 (1), 64-75.
- 29-Gale J, Fothergill-Bourbonnais F, Chamberlain M (2001) Measuring nursing support during childbirth. Am J Matern Child Nurs. 26(5), 264-71.
- 30- Gençöz T.(1998) Korku: Sebepleri, Sonuçları Ve Başetme Yolları, Kriz Dergisi 6 (2): 9-16.
- 31- Goodman P, Mackey M, Tavakoli A (2004). Factors related to childbirth satisfaction. Journal of Advanced Nursing, 46 (2), 212-219.
- 32-Gözüyeşil Y. E, Şirin A. Çetinkaya Ş(2008).Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:9 39-66
- 33-Guyton AC, Hall JE. (2001)Çeviren: Çavuşluoğlu H. Tıbbi Fizyoloji, 10. Baskı, Tavaslı Matbacılık,684-687.
- 34- Gümüş A.B., Çevik N., Hyusni H.S.,Biçen Ş., Keskin G., Malak A. T. (2011) Gebelikte Benlik Saygısı Ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler, Anatol J Clin Investig;5(1):7-14.
- 35-Gungör, I., Beji N.K (2007).Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey, Western Journal of Nursing Research 29(2): 213-231.
- 36- Hardin, M. A., Buckner, B. E. (2004). Characteristics of a Positive Experience For Women Who Have Unmedicated Childbirth. The Journal of Perinatal Education, 13(4), 10-16.

- 37- Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery, *Acta Obstetrica et Gynecologica*.85,435-440.
- 38- Hildingsson I, Radestad I, Rupertson C, Waldenström U (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section.*BJOG*, 109, 618-623.
- 39- Hofberg K., Brockington I. (2000). Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth, A series of 26 cases, *British Journal of Psychiatry*, 176: 83-85.
- 40-Hofberg K., Ward MR. (2003). Fear Of Pregnancy And Childbirth, *Postgraduate Medical Journal*, 79 (3): 505-510.
- 41- Hofberg K., Ward MR. (2004). Fear Of Childbirth, Tocophia and mental health in mothers:the obstetric-psychiatric interface, *Clinical Obstetric and Gynecology* , 47 (3): 527-534.
- 42- Johnson R, Slade P (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1213-1221.
- 43- Kaner S. Aile Destek Ölçeği: Faktör yapısı, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* 2003;4:57-72.
- 44- Karabulutlu Ö (2012). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20( 3): 210-218.
- 45-Karaçam Z., Akyüz E. Ö. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü, *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 19(1): 45-53.
- 46-Karadağ F. (2008). Gebelere Lohusalık Bakımı Ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, *A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ)*.
- 47-Kardong-Edgren, S. (2001). Using evidence-based practice to improve intrapartum care. *JOGNN*, 30: 371-375.
- 48- Kılıç S., Uçar M., Temir P.,Erten Ü.,Şahin E.,Yüksel S.,Özkır F.(2007). Hamile Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2):91-97.

- 49- Kılıçarslan S (2008). Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. ( Danışman: Yrd. Doç.Dr. E. Melih Şahin)
- 50-Kızılkaya N. (1997). Kadınların Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri, Perinatoloji Dergisi, 5 (3-4), 64-67.
- 51- Kitapçıoğlu G., Yanikkerem E., Sevil Ü., Yüksel D. (2008). Gebelerde Doğum Ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. ADU Tıp Fakültesi Dergisi, 9(1), 47-54.
- 52- Köksal Ö., Duran E (2013). Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E-Dergisi ,6 (3):144-148.
- 53- Kömürcü N, Ergin AB (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Sti, İstanbul, 49-60/68-77 /103-109.
- 54- Körükçü H.Ö. (2009) Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya ( Danışman: Doç. Dr. Kamile Kukulu).
- 55- Kwee A, Cohlen BJ, Kanhai HH, Bruinse HW. Ve ark.(2004). Caesarean section on request: a survey in the Netherlands, European Journal of Obstetrics& Gynecology and Reproductive Biology, 113:186-190.
- 56- Kuczkowski KM (2004) Female companionship during labor: A crucial resource in times of stress. Letter to the editor. The American College of Nurse-Midwives 49(6), 1526–1552.
- 57- Larkin, P., Begley, C. M., Devane, D. (2009). Women 'S Experiences Of Labour And Birth: An Evolutionary Concept Analysis. Midwifery, 25: 49-59.
- 58-Levey L, Radan K, Hartley AH, Newport DJ, Stowe ZN (2004). Psychiatric disorders in pregnancy, Neurologic Clinic 22, 863–893
- 59- May AE, Elton CD (1998). The effects of pain and its management on mother and fetus. Baillieres Clin Obstet Gynaecol., 12, 423-441.
- 60-Melender H, Lauri S (1999). Fears associated with pregnancy and childbirth experiences of women who have recently given birth, Midwifery, 15 (3), 177-182.

- 61- Melender HL (2002)a. Experiences of fear associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women, J.Midwifery Women's Health, 4(2),25-29.
- 62- Melender HL (2002)b.Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland.Journal of Midwifery& Women's Health, 47(4):256-263.
- 63-Mermer G., Bilge A., Yücel U., Çeber E.(2010). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi Psikiyatri Hemşireliği;1(2):71-76
- 64-Nerum, H. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of childbirth: Can it be changed through crisis-oriented counseling, Birth, 33(3),221-228.
- 65- Nilsson C, Lundgren I (2009). Women's lived experience of fear of childbirth, Midwifery, 25, e1–e9
- 66-Okanlı A, Tortumoğlu G, Kırkpınar İ (2003). Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:98-105.
- 67-Okumuş H,Mete S.(2009). Anne Babalar İçin Doğumhazırlık/Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, 104- 113.
- 68- Özer H.G.(2004). Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, (Danışman Yrd.Doç.Dr. Nazife Akan)
- 69- Öztemel K(2011). XI. Algılanan Sosyal Desteği Yordamada Öz Saygı, Yalnızlık ve UmutsuzlukUlusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi3-5 ekim 2011 Bildiri Özet Kitabı s:146-149
- 70- Pınar G, Pınar T. (2009). Yeni Doğum Yapmış Kadınların Empatik İletişim Beklentilerinin Ebe/Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu, Tıp Araştırmaları Dergisi: 7 (3) :132- 140.
- 71- Papagni K, Buckner E (2006) Doula Support And Attitudes Of İntrapartum Nurses: A Qualitative Study From The Patient's Perspective. Journal Of Perinatal Education 15(1) 11–18.



- 72-Pascali-Bonaro D, Kroeger M (2004) Continuous female companionship during childbirth: A crucial resource in times of stress or calm. *J Midwifery Womens Health* 49(2), 19–2
- 73-Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section, *Acta Obstetica et Gynecologica Scandinavica*, 77, 542–547.
- 74- Ryding EL, Wijma K, Wijma B(1998).Experiences of emergency cesarean section: a phenomenological study of 53 women.*Birth*, 25(4):246-251.
- 75- Ryding EL, Wijma K, Wijma B.(2000).Emergency cesarean section: 25 women's experiences, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1):33-39.
- 76- Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. (1999).Factors associated with fear of delivery in second pregnancies, *Obstetrics& Gynecology*, 94(5):679-682.
- 77- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Könönen T ve ark.(2001b) A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics& Gynecology*, 8(5):820-826.
- 78- Saisto T, Kaaja R, Yliorkala O, Halmesmaki E.(2001). Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor, *Pain*, 93:123-127.
- 79-Saisto T, Halmesmaki E (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma, *Acta Obstetica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201–208.
- 80- Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S (2008). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*,n doi: 10.1016/ j. midw. 2008. 07.003.
- 81- Sauls D.J. (2004). Adolescents' Perception of Support During Labor, *Journal of Perinatal Education*, 13(4), 36-42
- 82- Sauls, D. J. (2002). Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *JOGNN*, 31(6): 733–741
- 83- Sayiner F. (2009). Doğal Doğum, I.Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul. 2009.
- 84- Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*. 2009; 17(3): 104-112
- 85- Serçekuş P. (2005). Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık*

Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.  
(Danışman: Prof. Dr. Hülya Okumuş).

- 86-Serçekuş P. (2011). Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing, TAF Preventive Medicine Bulletin: 10(2): 239-242. 2006 yerine
- 87- Serçekuş P,Okumuş H(2009).Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey, Midwifery, 14(2), 12-20.
- 88- Simkin P (2002). Supportive Care During Labor: A Guide for Busy Nurses, JOGNN, 31, 721–732
- 89- Sjögren ve Thomassen (1998). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 76, 948-952.
- 90- Sjögren B. Childbirth: expectations, choices and trends (2000), The Lancet 2000.356:12.
- 91- Söderquist J, Wijma K, Wijma B.(2004). Traumatic stress in late pregnancy, Anxiety Disorders,18:127-142.
- 92- Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O (2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları, Fırat sağlık hizmetleri dergisi, 1(2):92-104
- 93- Sleutel, R. M. (2003). Intrapartum nursing: Integrating Rubin’s framework with social support theory. JOGNN, 32(1): 76–82.
- 94- Stone SD, Menken AE (2008). Perinatal and Postpartum Mood Disorders Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner, Springer Publishing Company, New York, 75.
- 95- Sunal N., Demiryay A. (2009) Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12):99-110.
- 96- Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. (2009). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları Ve Etkileyen Faktörleri Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40(2): 57-62.
- 97- Şahin M, Yurdakul M ( 2012). Gebelik Öncesi Danışmanlık, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20(1): 80-85.
- 98- Şirin A.(2008). Kadın Sağlığı, Birinci Baskı, İstanbul, Bedray Yayıncılık,501-521.
- 99- Taşçı E., Sevil Ü (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Genel Tıp Dergisi 17(3):181-186.

- 100- Taşkın L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Beşinci Baskı, Ankara, Sistem ofset, 126.
- 101- Terzioğlu F. Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. In: Taşkın L(ed). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2005:151-179.
- 102- Timur S, Hotun-Şahin N. (2010). Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 12(1): 29-40.
- 103-Tumblin A, Simkin P(2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery, Birth,28 (1), 52-56.
- 104-Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortaylı N, Erbaydar T(2006). Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey, Social Science & Medicine 62: 2196-2204
- 105-Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe üniv. Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008, Ankara
- 106-Türkiye Dil Kurumu.( <http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi:11.12.2013)
- 107- Timur S, Hotun-Şahin N.(2010).Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri, Hemşirelikte Araştırma ve geliştirme Dergisi, 12(1):29-40.
- 108- Turan N, Öztürk A., Kaya N.(2010).Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3,Sayı:1.s:103-108.)
- 109- Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth, BJOG, 113 (6), 638-646.
- 110- Wijma K, Wijma B & Zar M (1998). Psychosomatic aspects of W-DEQ: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth, Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology,19(4), 84-97.
- 111- Wilkund I, Edman G, Ryding E, Andolf E (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. British Journal of Obstetric and Gynecology, 115,324-331.
- 112-Uzday Tİ (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri, 5-13.
- 113-Yanıkkerem E, Sevil Ü, Yüksel D, Kitapçioğlu G (2007). Gebe bir kadının hissettikleri "Korkuyorum", Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 21 (2), 109-111.

- 114-Yamaç Ö.(2009).Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri A.D. Psikolojik Ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,(Danışman Yrd.Doç.Dr.Erdal Hamalta)
- 115-Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Geliştirilmesi Güvenirliği Ve Geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1997;13:81-87.
- 116-Yıldırım B G.(2008) .İsteyerek Doğum Yapmış Kadınlarla Plansız Doğum Yapmış Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Ve Aile Planlaması Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi, İstanbul.( Doç. Dr. Neşe Yücel)
- 117-Yıldırım G, Şahin N.H.(2003a). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1):14-20.
- 118- Yıldırım, G., & Şahin, N. (2003b). Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi ve Kontrolü. İ. Ü. F N. H. Y. O Hemşirelik Dergisi, 13(51), 101–113.
- 119- Yıldırım G (2005). Doğum Eyleminde Uygulanan İkinma Tekniğinin Anne ve Fetüs Üzerindeki Etkisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul. (Danışman Doç.Dr. Nezihe Kızılkaya Beji)
- 120- Zar M, Wijma K, Wijma B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy 30, 75–84.
- 121-TÜİK (2011) İl Düzeyinde Temel İşgücü Göstergeleri, T.C.Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Sayı: 8536, Ankara
- 122-TÜİK (2012) Hanehalkı İşgücü İstatistikleri, Temmuz 2012, T.C.Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Sayı:10920, Ankara
- 123- Vırıt, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., Kandemir, H.(2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45(1): 9-13.

## 10.EKLER

### EK 1

#### ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı olarak Kocaeli İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinin hemşirelik desteğinin etkisinin belirlenmesi amacıyla bilimsel bir araştırma yürütülmektedir. Çalışma için Kocaeli İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinin başhekiminden etik izinleri alınmıştır. Ekteki anket bu araştırma için hazırlanmıştır. Sizden aşağıdaki anketi doldurarak bu çalışmaya katılmanızı istiyoruz. Bu araştırma nedeniyle elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız.

Lütfen ilgili direktiflere uygun olarak ekteki anketimizi doldurarak çalışmamıza katılınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki tüm soruları karşılık gelen bölümü işaretleyerek cevaplandırınız.

#### A-Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız ?.....

2. Eğitim durumunuz :

- ☐ Okuma-yazma bilmiyor
- ☐ Okur-yazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Lisansüstü

3. Çalışma durumunuz

- ☐ Çalışıyorum (Mesleğinizi/işinizi belirtiniz).....
- ☐ Çalışmıyorum

4.Sosyal güvenceniz nedir?.....

5. Eşinizin yaşı:.....

6. Eşinizin eğitim durumu :

- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Lisansüstü

7. Eşinizin çalışma durumu:

- ☐ Çalışıyor (Mesleğini/isini belirtiniz).....
- ☐ Çalışmıyor (Mesleğini belirtiniz).....

8. Aile tipiniz:

- ☐ Çekirdek aile
- ☐ Geniş aile

9. Kaç yıldır evlisiniz ?.....

**B-Genel Sağlık Alışkanlıkları**

10. Sigara içiyor musunuz?

( ) Evet . Günde kaç adet ..... Ne kadar süredir? .....

( ) Hayır

11. Herhangi bir hastalığınız var mı ( sistemik/kronik)?

( ) Evet ( Belirtiniz.)

( ) Hayır

**C-Obstetrik Hikaye:**

12. Daha önce gebelik deneyiminiz oldu mu?

( ) Evet

( ) Hayır

13. Küretaj deneyiminiz oldu mu?

( ) Evet (Kaç kez belirtiniz)

( ) Hayır

14. Düşük deneyiminiz oldu mu?

( ) Evet (Kaç kez belirtiniz)

( ) Hayır

**D- Sosyal Destek:**

Aşağıdaki yargılar hakkında düşüncelerinize uygun olan seçeneği işaretleyiniz

15. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı?

( ) Evet

( ) Hayır

Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız.

16. Kimden eğitim aldınız?

( ) Sağlık personelinin

( ) Gebe eğitim kitaplarından

( ) Gebe eğitim kursundan

( ) İnternette

( ) Diğer.....

17. İsteyerek mi gebe kaldınız?

( ) Evet

( ) Hayır

18. Şimdiki gebeliğiniz sırasında bebeğinizin babası size duygusal ya da fiziksel yönden destek oluyor mu?

( ) Evet

( ) Hayır

( ) Diğer (açıklayınız).....

19. Gebeliğinizde yakınlarınız size destek oluyor mu?

( ) Evet

( ) Hayır

20. Gebelik sırasında size en fazla destek olan kimlerdir?

Önem sırasına göre ilk üçünü yazınız: (Eşim, Kendi ailem [annem, babam, kardeşlerim], Eşimin ailesi, Arkadaşlarım)

1 .....

2 .....

3 .....

### **E-Doğum endişesi**

**21.** Aşağıdaki bebeğe ilişkin endişelerden sizin durumunuzu uygun olanlarını seçiniz.

- ☐ Bebeğimin fiziksel bir problemi olmasından endişeleniyorum
- ☐ Doğum yaparken bebeğimi kaybetmekten endişeleniyorum
- ☐ Doğum yaparken bebeğime bir şey olacak diye endişeleniyorum
- ☐ Doğum yaparken ölmekten endişeleniyorum
- ☐ Doğum sırasında bebeğe kordon dolanmasından endişeleniyorum

**22.** Aşağıdaki doğum eylemine ilişkin endişelerden sizin durumunuzu uygun olanlarını seçiniz.

- ☐ Doğum yaparken ıkınamamaktan (bebeği itememekten) endişeleniyorum.
- ☐ Doğum yaparken sancılarımın kaçmasından endişeleniyorum.
- ☐ Doğuramamaktan endişeleniyorum..
- ☐ Doğumda kontrolümü kaybetmekten endişeleniyorum.
- ☐ Doğum odasında başka kadınları doğum sancısı çekerken görmek düşüncesi beni endişelendiriyor.
- ☐ Doğum odasında yalnız kalmaktan endişeleniyorum.
- ☐ Doğum sırasında kanamamın çok olmasından endişeleniyorum
- ☐ Doğum sırasında canımın çok yanmasından endişeleniyorum.

**23.** Aşağıdaki doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişelere ilişkin sizin durumunuzu uygun olanlarını seçiniz.

- ☐ Doğumda sağlık personelinin hata yapmasından endişeleniyorum.
- ☐ Doğum yaparken sağlık personelinin bana kötü davranacağını düşünmek beni endişelendiriyor.
- ☐ Doğum yaparken sağlık personelinin beni ve acımı anlamamasından endişeleniyorum.
- ☐ Doğumda bebeğime yeterli müdahale yapılamamasından endişeleniyorum.

## EK 2

### Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu © 2005 K. Wijma ve B. Wijma

#### YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarını ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli*ni değil.

#### I Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

|   |            |   |   |   |   |                |
|---|------------|---|---|---|---|----------------|
| 1 | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5              |
|   | Son derece |   |   |   |   | Hiç            |
|   | mükemmel   |   |   |   |   | mükemmel değil |
| 2 | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5              |
|   | Son derece |   |   |   |   | Hiç            |
|   | korkunç    |   |   |   |   | korkunç değil  |

#### II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

|   |                |   |   |   |                      |              |
|---|----------------|---|---|---|----------------------|--------------|
| 3 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4                    | 5            |
|   | Son derece     |   |   |   |                      | Hiç          |
|   | yalnız         |   |   |   |                      | yalnız değil |
| 4 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4                    | 5            |
|   | Son derece     |   |   |   |                      | Hiç          |
|   | güçlü          |   |   |   |                      | güçlü değil  |
| 5 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4                    | 5            |
|   | Son derece     |   |   |   |                      | Hiç          |
|   | kendinden emin |   |   |   | kendinden emin değil |              |
| 6 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4                    | 5            |
|   | Son derece     |   |   |   |                      | Hiç          |
|   | korkmuş        |   |   |   |                      | korkmamış    |



|    |                                                                                                 |   |   |                          |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--------------------------|---|---|
| 7  | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece yüzüstü bırakılmış                                                                   |   |   | Hiç yüzüstü bırakılmamış |   |   |
| II | Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz? |   |   |                          |   |   |
| 8  | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece güçsüz                                                                               |   |   | Hiç güçsüz değil         |   |   |
| 9  | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece güvende                                                                              |   |   | Hiç güvende değil        |   |   |
| 10 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece bağımsız                                                                             |   |   | Bağımlı                  |   |   |
| 11 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece umutsuz                                                                              |   |   | Hiç umutsuz değil        |   |   |
| 12 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece gergin                                                                               |   |   | Gerginlik yok            |   |   |
| 13 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece memnun                                                                               |   |   | Hiç memnun değil         |   |   |
| 14 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece hoşnut                                                                               |   |   | Hiç hoşnut değil         |   |   |
| 15 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece terkedilmiş                                                                          |   |   | Hiç terkedilmemiş        |   |   |
| 16 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Tamamen kendine hakim                                                                           |   |   | Hiç kendine hakim değil  |   |   |
| 17 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece rahat                                                                                |   |   | Hiç rahat değil          |   |   |
| 18 | 0                                                                                               | 1 | 2 | 3                        | 4 | 5 |
|    | Son derece mutlu                                                                                |   |   | Hiç mutlu değil          |   |   |

**III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**

|    |                |   |   |   |   |                           |
|----|----------------|---|---|---|---|---------------------------|
| 19 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                         |
|    | Aşırı          |   |   |   |   | Hiç                       |
|    | panik          |   |   |   |   | panik değil               |
| 20 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                         |
|    | Aşırı          |   |   |   |   | Ümitsizlik yok            |
|    | ümitsizlik     |   |   |   |   |                           |
| 21 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                         |
|    | Aşırı çocuğa   |   |   |   |   | Hiç                       |
|    | kavuşma isteği |   |   |   |   | çocuğa kavuşma isteği yok |
| 22 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                         |
|    | Aşırı          |   |   |   |   | Özgüveni                  |
|    | öz güvenli     |   |   |   |   | yok                       |
| 23 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                         |
|    | Son derece     |   |   |   |   | Kendine                   |
|    | güvenli        |   |   |   |   | güvensiz                  |
| 24 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                         |
|    | Aşırı          |   |   |   |   | Hiç                       |
|    | ağrılı         |   |   |   |   | ağrı yok                  |

**IV Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?**

|    |                            |   |   |   |   |                               |
|----|----------------------------|---|---|---|---|-------------------------------|
| 25 | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                             |
|    | Son derece kötü            |   |   |   |   | Kötü bir                      |
|    | bir şekilde davranacağım   |   |   |   |   | şekilde davranmayacağım       |
| 26 | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                             |
|    | Bedenimin bütün            |   |   |   |   | Bedenimin bütün kontrolü      |
|    | sağlamasına izin vereceğim |   |   |   |   | sağlamasına izin vermeyeceğim |
| 27 | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                             |
|    | Kontrolümü tamamen         |   |   |   |   | Kontrolümü                    |
|    | kaybedeceğim               |   |   |   |   | kaybetmeyeceğim               |

**V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?**

|    |              |   |   |   |   |                    |
|----|--------------|---|---|---|---|--------------------|
| 28 | 0            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                  |
|    | Son derece   |   |   |   |   | Hiç                |
|    | keyif verici |   |   |   |   | keyif verici değil |

|    |            |   |   |   |   |                 |
|----|------------|---|---|---|---|-----------------|
| 31 | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5               |
|    | Son derece |   |   |   |   | Hiç             |
|    | Tehlikeli  |   |   |   |   | tehlikeli değil |

32 ...doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

33 ... doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

## ÖLÇEKLE İLGİLİ BİLGİ

Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ), kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. **2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31** numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükcü ve Kukulu tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89, Split-half güvenilirliği 0.91'dir.

### **Kaynak**

Körükcü Ö, Kukulu K, Fırat MZ. (2012). The Reliability and Validity of The Turkish Version of The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) With Pregnant Women, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19, 193-202.

### EK 3

#### Hemşirelik Desteği Ölçeği (BANSİLQ-Brayton adaptation of the nursing support in labor questionnaire)

##### YÖNERGE

Bu anket formu, kadınların doğum eyleminde uygulanan hemşirelik destek davranışlarının yararlılık düzeylerini belirlenmesini kapsamaktadır.

Size uygun olan gelen kutucuğu işaretleyiniz.

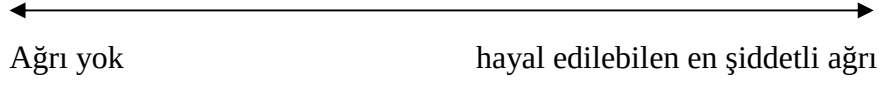
Katılımınız için teşekkür ederiz.

| Hemşirelik destek girişimleri                                             | Hiç yararlı değil | Biraz yararlı | Kısmen yararlı | Yararlı | Çok yararlı |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|----------------|---------|-------------|
| 1- Bir birey olarak bakıldığımı hissettim.                                | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 2-Beni övdü                                                               | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 3- Bakım verirken sakin ve kendinden emin görünüyordu.                    | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 4-Nefes alıp verirken, gevşerken bana yardım etti.                        | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 5-Bana saygılı davrandı.                                                  | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 6-Hastane rutinlerini açıkladı.                                           | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 7- Sorularımı doğru cevaplandırdı.                                        | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 8-Nefes alıp verme, gevşeme egzersizleri hakkında bana eğitim verdi.      | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 9- Sözlerimi, düşüncelerimi yargılamadan dinledi.                         | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 10- Emniyette olduğum duygusunu hissettirdi.                              | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 11- İsteklerimi yerine getirmek için çaba sarfetti.                       | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 12- Başkalarının benden istedikleri gereksiz talepleri azaltmaya çalıştı. | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 13-Doğumun her aşamasında durumumla ilgili bana bilgi verdi.              | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 14- Bana dokundu.                                                         | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 15- Fiziksel olarak rahat olmamı sağladı.                                 | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 16- Endişemin olduğunu fark etti ve beni dinledi.                         | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 17-Hakkımda karar verilirken benim fikrimi aldı.                          | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 18- Yanımda kalarak bana zaman ayırdı.                                    | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 19-Benim gereksinimlerimin, dileklerimin sözcüsü oldu.                    | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 20- Bana ortamı tanıttı.                                                  | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |
| 21- Benimle konuşarak, dikkatimi ve ilgimi başka tarafa çekti.            | (1)               | (2)           | (3)            | (4)     | (5)         |

#### EK 4

### GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ

Görsel analog



|   |  |    |
|---|--|----|
| 0 |  | 10 |
|---|--|----|

**EK 5 :BİLGİLENDİRME FORMU:**

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma ilk gebeliği olanların doğum korkusunun giderilmesinin hemşirelik desteğinin etkisinin belirlenmesi amacıyla bilimsel bir araştırma yürütülmektedir. Çalışma için Kocaeli İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinin başhekiminden araştırma izni alınmıştır. Ekteki anket bu araştırma için hazırlanmıştır. Sizden aşağıdaki anketi doldurarak bu çalışmaya katılmanızı istiyoruz. Bu araştırma nedeniyle elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Aşağıdaki tüm soruları karşılık gelen bölümü işaretleyerek cevaplandırınız.

**ONAY FORMU:**

Travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinin hemşirelik desteğinin etkisinin araştırılması

| HASTA ONAY FORMU                                                                                                                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Aşağıdaki çalışma ile ilgili olarak bilgilendirildim, aklıma takılan soruları sorabildim.                                                                          |  |
| 2. Bu araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre olduğunu anladım.İstediğim takdirde tıbbi bakımım aksamadan bu çalışmadan çekilme kararı verebileceğimi öğrendim. |  |
| 3. Bana ait kayıtların sadece çalışma amacıyla araştırmacılar tarafından kullanılacağını anladım.                                                                     |  |
| 4. Açıklamalar doğrultusunda yukarıda adı belirtilen çalışmaya katılmayı kendi rızam ile kabul ediyorum.                                                              |  |

**Katılımcının:**

Adı soyadı:

Tarih:

İmza:

**Tanık:**

Adı soyadı:

Tarih:

İmza:

**Açıklamayı yapan araştırmacının:**

Adı soyadı:

Tarih:

İmza



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

16 Ekim 2012

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

120209369

PROJENİN ADI: Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde  
Hemşirelik Desteginin Etkisi  
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ  
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Tuğba ÜLKE ÖZTÜRK  
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 12.10.2012-1

Sayın Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ

120 protokol nolu "Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde  
Hemşirelik Desteginin Etkisi" isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik  
Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

*F. Arıcıoğlu*

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Komisyon Başkanı

*Serap Şırvancı*

Doç. Dr. Serap ŞIRVanci  
Komisyon Başkan Yardımcısı

*Serap Aküz*

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

*Aysel Pehlivan*

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Doç. Dr. Levent KABASAKAL

*Nefise Bahçecik*

Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

*Oğuzhan Deyneli*

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

*Asım Çingil*

Doç. Dr. Asım ÇİNGİ

*Pınar Ay*

Doç. Dr. Pınar AY

*Murat Çekin*

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

*Zübeyir Sari*

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN

*F. Ezgi Kayacan*  
F. Ezgi KAYACAN  
Enstitü Sekreteri  
ASLI GİBİDİR



Marmara Üniversitesi Göztepe  
Kampüsü Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü 34688 Kadıköy /  
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)  
0 (216) 414 44 23

Ayrıntılı bilgi için:

[saglik.ogrencileri@marmara.edu.tr](mailto:saglik.ogrencileri@marmara.edu.tr)  
<http://saglik.marmara.edu.tr>





Sağlık Bakanlığı

T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KOCAELİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ  
GİDEN EVRAK

Tarih: 29.11.2012/Sayı: 881

Giden Kurum: İZMİT KADIN DOĞUM VE  
ÇOCUK HASTANESİ  
Giden Şube: EVRAK TAKİP

Gönderen Şube: EVRAK TAKİP

Sayı : B.10.1.TKH.4.41  
Konu : Tuğba Ülke ÖZTÜRK  
Tez Çalışması

**KOCAELİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
İZMİT KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ  
YÖNETİCİLİĞİNE**

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Tuğba Ülke ÖZTÜRK'ün "Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi" başlıklı tez çalışmasını İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde uygulaması ile ilgili alınan il onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ilgiye tebliğini ve gereğini rica ederim.

Dr. Hasan KADIMLIK  
Genel Sekreter

Ekler:  
1-Valilik Onayı(1 sayfa)  
2-Tez Çalışmaları(29 sayfa)

29.11.2012  
KOCAELİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
İZMİT KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ  
UZENTİ, Hemşirelik Hizmetleri Şube Başkanı  
SAĞLIK BAKANLIĞI HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

29.11.2012  
Belen Hyele  
md.

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| Birimi : EVRAK KAYIT                              |
| Sayı : Dosya No:                                  |
| Tarih : 1 / 20                                    |
| İZMİT KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ |
| GELEN EVRAK                                       |
| T.C.                                              |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| T.C.                                              |
| İZMİT KADIN DOĞUM ve ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ |
| GELEN EVRAK                                       |
| Tarih : 29.11.2012                                |
| Sayı : 3266 Dosya No:                             |
| Birimi : EVRAK KAYIT                              |

T.C.  
KOCAELİ VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

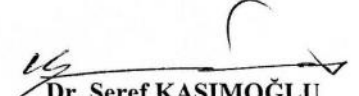
SAYI :B1041SM4410009.773/218  
ŞUBE : Eğitim  
KONU :Tuğba Ülke ÖZTÜRK  
Tez Çalışması

KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
GİDEN EVRAK  
22.11.2012/ 32141  
Giden Kurum: VALİLİK MAKAMINA  
KOCAELİ  
Giden Şube:  
Gönderen.Şube: EGİTİM SB.

VALİLİK MAKAMINA  
KOCAELİ

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Tuğba Ülke ÖZTÜRK'ün İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde **“Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi”** başlıklı tez çalışmasını uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

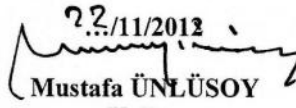
Tez çalışmasını uygulayabilmesi için müsaadelerinize arz ederim.

  
Dr. Şeref KASIMOĞLU  
Sağlık Müdür V.

**EK:**

1-Tez Çalışma yazıları (29 Sayfa)

OLUR

22/11/2012  
  
Mustafa ÜNLÜSOY  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

Tuğba merhaba,  
Ölçeği ve ölçeğin geçerlik-güvenirlik yayınını ekte gönderiyorum. Sana araştırmada başarılar dilerim..

Öznur

---

Kimden: tugba ülke [tugba-ulke@hotmail.com]

Gönderildi: 04 Nisan 2012 Çarşamba 12:56

Kime: Oznur Korukcu

Konu: Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği hk

Merhaba ben Tuğba Öztürk Marmara Üniversitesinde yüksek lisans öğrencisiyim.

Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız çalışmanız hakkında bilgi sahibi oldum.

Bende tezimde kullanmayı düşündüm. Eğer sizin için uygunsa bana yaptığınız çalışmayı, özellikle ölçeğinizi gönderebilerseniz sevinirim. İlginiz için teşekkürler.

01.10.2012

**Sayın Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji,**

Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. “Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi “ konulu tez çalışmamda sizin geçerlilik ve güvenirliliğini yapmış olduğunuz (Brayton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire - BansilQ ) ”Hemşirelik Desteği Ölçeği “ ni tez çalışmamda kullanabilmem için izin vermenizi arz ederim. Saygılarımla,

Tuğba Ülke Öztürk



İletişim Adresi: Kocaeli İzmit Kadın Doğum ve

Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Kadın Doğum 1 Servisi Hemşiresi

Tel no: 05305279492

Uygundur. Kullanabilirsiniz  
Prof. Dr. Nezihe  
Beji

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

|                  |                        |                     |             |
|------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| <b>Adı</b>       | Tuğba                  | <b>Soyadı</b>       | ÖZTÜRK      |
| <b>DoğumYeri</b> | Kocaeli                | <b>DoğumTarihi</b>  | 04.11.1984  |
| <b>Uyruğu</b>    | T.C.                   | <b>Tc Kimlik No</b> | 24298377316 |
| <b>E-mail</b>    | tugba-ulke@hotmail.com | <b>Tel</b>          | 530-5279492 |

### Eğitin Düzeyi

|                      | <b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>                                                         | <b>Mezuniyet Yılı</b> |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Doktora</b>       |                                                                                         |                       |
| <b>Yüksek Lisans</b> | Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | Devam Ediyor          |
| <b>Lisans</b>        | Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü                     | 2008                  |
| <b>Önlisans</b>      | Anadolu üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği                                     | 2012                  |
| <b>Lise</b>          | Kocaeli Körfez Oruç Reis Anadolu Lisesi                                                 | 2002                  |

### İş Deneyimi

| <b>Görevi</b>                                   | <b>Kurum</b>                                                          | <b>Süre/Yıl</b>         |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Servis Hemşiresi-Klinik Eğitim Hemşiresi</b> | Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Alikahya Ek Binası                      | 2012- Halen             |
| <b>Öğretmenlik</b>                              | Kocaeli Kandıra Anadolu Sağlık Meslek Lisesi                          | 2011-2012               |
| <b>Servis Hemşiresi-Eğitim Hemşiresi</b>        | Kocaeli Kandıra M.Kazım Dinç Hastanesi                                | 2010 Ekim- 2012 Temmuz  |
| <b>Servis Hemşiresi</b>                         | İstanbul Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2010 Ağustos- 2010 Ekim |
| <b>Servis Hemşiresi</b>                         | İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi                     | 2009 Mart- 2010 Temmuz  |

|                       |                         |                |              |
|-----------------------|-------------------------|----------------|--------------|
| <b>Yabancı Diller</b> | <b>Okuduğunu Anlama</b> | <b>Konuşma</b> | <b>Yazma</b> |
| İngilizce             | Orta                    | Orta           | Orta         |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| <b>Yabancı Dil Sınav Notu</b> |    |
| <b>KPDS Puanı</b>             |    |
| <b>2009</b>                   | 53 |

|                          |                |                     |              |
|--------------------------|----------------|---------------------|--------------|
|                          | <b>Sayısal</b> | <b>Eşit ağırlık</b> | <b>Sözel</b> |
| <b>ALES Puanı (2008)</b> | 77             | 72                  |              |