

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

Danışman
Yard.Doç.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

**DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN SOLUNUM VE
TENSEL UYARILMA TEKNİKLERİNİN GEBENİN
DOĞUM AĞRISINI ALGILAMASINA ETKİSİ**

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

108387

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülay YILDIRIM

İSTANBUL
2001

TEŐEKKÜR

Çalışmanın gerçekleŐmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teŐekkür ederim.

Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin tez çalıőmasını yönlendirmiŐ ve desteklemiştir.

Prof. Dr. Anahit Coşkun tez çalıőmasına katkılarıyla destek vermiŐtir.

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakóltesi Algoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Vizüel Analog Skalanın çalışmada kullanılması için bilgi ve destek vermiŐlerdir .

Çalışmanın yapıldığı hastanenin baŐhekimini Dr. Metin Nurluođlu ve BaŐhemŐiresi Saide Özgündüz alıőma için gerekli izin ve kolaylığı sađlamıŐlardır.

Çalışmanın yapıldığı hastanenin doğumhane ünitesinde çalışan sağlık ekibi çalışmanın yapılabilmesi için gerekli ortamı ve desteği sađlamıŐlardır.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
1. GİRİŞ	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	3
1.2. Çalışmanın Hipotezleri.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ağrı Mekanizması	4
2.2. Doğumun Evreleri.....	7
2.3. Doğum Ağrısı.....	8
2.4. Doğum Ağrısının Kontrolü.....	18
3. MATERYAL VE METOD	35
3.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.2. Araştırmanın Yeri.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Verilerin Tolanması.....	36
3.5. Uygulama.....	38
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	41
3.7. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Durumlar.....	42
4. BULGULAR	43
4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular.....	43
4.2. Dilatasyon Dönemine İlişkin Bulgular.....	50
4.3. Doğum Sonu Görüşmeye İlişkin Bulgular.....	54
5. TARTIŞMA	56
5.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.2. Dilatasyon Dönemine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.3. Doğum Sonu Görüşmeye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	70
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	74
6.1. Sonuçlar.....	74
6.2. Öneriler.....	78
7. ÖZET / SUMMARY	79
KAYNAKLAR	83
EKLER	88
EK 1.....	88
EK 2.....	90
EK 3.....	91
EK 4.....	92
EK 5.....	93
EK 6.....	94
ÖZGEÇMİŞ	96

TEZ İÇİNDE YER ALAN TABLOLAR

	SAYFA NO
Tablo 1 Annelerin Yaş ve Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo 2 Annelerin Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 3 Annelerin İsteyerek Gebe Kalma ve Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	45
Tablo 4 Anneelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve DÖB Alma Sayılarına Göre Dağılımı	45
Tablo 5 Annelerin Daha Önce Doğum Görme , Doğumla İlgili Hikaye Dinleme ve Bunlardan Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımı	46
Tablo 6 Annelerin Gebelikleri Sürecinde Doğum Eylemine Hazırlanma Durumlarına Göre Dağılımı	48
Tablo 7 Annelerin Daha Önce Ağrı Deneyimlerinde Ağrıyı Gidermek İçin Kullandıkları Girişimlere Göre Dağılımı	49
Tablo 8 Annelerin Aktif Fazda Gösterdikleri Duygusal Davranışlarının Dağılımı	50
Tablo 9 Annelerin İfade Ettikleri Ağrı Şiddetine Göre Dağılımı	52
Tablo 10 Annelerin Doğumun Birinci Evresinin Süresi ve Yenidoğan Bebeklerinin Kilosu Yönünden Dağılımı	53
Tablo 11 Annelerin Doğum Ağrısı, Ağrı Odası ve Doğum Eylemi Hakkındaki Düşünceleri ve Şu Anda Kendini Nasıl Hissettiğine Göre Dağılımı	54

TEZ İÇİNDE YER ALAN ŞEKİLLER

		SAYFA NO
Şekil 1	Doğum Eyleminde Ağrının Şiddeti ve Yayıldığı Bölgeler	12
Şekil 2	Efloraj (Gebenin Yaptığı)	24
Şekil 3	Efloraj (Destek Olan Kişinin Yaptığı)	24
Şekil 4	Doğum Ağrısı İle Başa Çıkmada Ellerdeki Refleks Noktaların Uyarılması	25
Şekil 5	Ayak Masajı	26
Şekil 6	Doğum Eylemini Hızlandıran Ayaktaki Refleks Noktaların Uyarılması (Ters 6 Noktası)	26
Şekil 7	Doğum Eylemini Hızlandıran Ayaktaki Refleks Noktaların Uyarılması (Overler ve Uterus İçin)	27
Şekil 8	Sakruma Basınç Uygulama	28
Şekil 9	Yavaş - Derin Göğüs Solunumu	31
Şekil 10	Hızlı - Yüzeysel Göğüs Solunumu	32
Şekil 11	Üfleme - Abdominal Solunum	33
Şekil 12	Annelerin İfade Ettikleri Ağrı Şiddetinin Dağılımı	53
Şekil 13	Annelerin Doğum Ağrısı, Ağrı Odası ve Doğum Eylemi Hakkındaki Olumlu Düşüncelerinin Dağılımı	55
Şekil 14	Vizüel Analog Skala	90

I. GİRİŞ

Kadınların yaşam süreci biyolojik yapıları gereği erkeklerden farklıdır. Menstrüasyon, gebelik , emzirme, menopoz gibi yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi, doğal bir süreç olması ile birlikte annenin sağlığını fiziksel ve emosyonel yönden etkileyen önemli bir deneyimdir (11,17,20,34).

Çocuk sahibi olma, önemli bir yaşam olayıdır. Teknolojik gelişmeler, obstetrik bilimindeki ilerlemeler doğum olayını hem anne hem de bebek açısından daha güvenli kılmıştır. Doğum sürecinde, doğum deneyiminin kadın açısından olumlu sonuçlanması ve daha aile merkezli yaklaşım giderek önem kazanmıştır. Bu nedenle doğum sürecinde bakımın odağı, yalnızca anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelmiştir (29,31,32).

Doğum sürecinde gebenin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri vardır. Gebelerin, eylem sürecinde duygusal desteğe ve bireysel ilgiye daha yoğun gereksinim duyduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Doğum eyleminde yeterli ve nitelikli tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı, sağlıklı ve doyurucu bir deneyim geçirerek sağlıklı bir bebeğe kavuşmayı mümkün kılacaktır. Sağlığın geliştirilmesine yönelik tüm bu girişimler sonucu kadının yaşadığı gebelik ve doğum deneyiminden bir birey olarak anlam çıkarması, tat alması, kendini gerçekleştirme kolaylaşacaktır (21,29).

Her kadının doğum eylemi hakkında bazı beklentileri vardır. Bu beklentilerden en önemlisi doğum ağrısı ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmektir. Doğum ağrılarıyla baş edebilen kadının, doğum eylemiyle ilgili görüşlerinin olumlu olduğu yapılan çalışmalarla da gösterilmiştir (21,22,26,36).

Gebeler genellikle gebelik , doğum ve doğum sonrası hakkında yeterince bilgili değildirler. Doğum hakkındaki bilgileri eksik ve abartmalarla doludur. Bu yüzden güvensizlik ve endişe içinde yaklaşan doğum büyük korku ile beklenmektedir. Gelişmiş

toplumlarda bu konuda eğitimin önemi kavrandığından anne ve baba adaylarının eğitim gereksinimlerini karşılamak üzere gebe eğitim sınıfları açılmıştır. Bu sınıflarda doğum eylemi, doğum anında yaşanan sıkıntı verici durumlar ve doğum ağrıları ile başedebilme konuları hakkında bilgi verilmektedir. Programa eşler de katılarak doğum eylemi sırasında gebeyi cesaretlendirecek ve destekleyecek yöntemleri öğrenmektedirler. Türkiye 'de ise gebe eğitim sınıfları yaygınlaşmadığından gebeler, doğum ağrısı ve kontrolü hakkında yeterince bilgili olmadan doğumhaneye gelmektedirler (19,20,22,26).

Gebe eğitiminin temel konularından biri doğum ağrısı ile başedebilmedir. Doğum ağrısı ile başa çıkmada farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır. Özellikle doğum ağrısı ile başa çıkmada etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin öğretilmesi için en uygun zaman ikinci trimester ile miyordan birkaç hafta öncesine kadar olan dönemdir. Bununla birlikte nonfarmakolojik yöntemler, doğum öncesi dönemde herhangi bir hazırlıktan geçmeden doğuma gelen kadınlara da öğretilir. Bunun içinde en ideal zaman doğum eyleminin latent fazıdır. Çünkü latent fazda doğum ağrısının şiddetinin düşük olması ve gebenin dikkatinin dağılmaması verilen eğitimin gebe tarafından etkin bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırır.

Doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin en önemli görevleri ; doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla başetmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını ve sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamaktır. Özellikle doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasında etkisi olduğu da bilinmektedir. Doğum hemşiresi ve ebesi doğum ağrıyla başetmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri, etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır (22.36).

1.1. Çalışmanın Amacı

Doğumhanede çalışan hemşire ve ebeler, doğum eylemine hazırlanmamış gebe kadın ve ona destek sağlayacak kişilere nonfarmakolojik yöntemleri öğretmek ve uygulatarak gebenin doğum ağrısı ile baş etmesine ve doğum eyleminin süresinin de kısalmasına yardımcı olabilirler. Böylece farmakolojik yöntemler duyulan gereksinimde azalacaktır. Bunun yanı sıra anne ve fetüs sağlığı korunduğu gibi doğum travmasının uzaması, allerjik reaksiyon vb. farmakolojik yöntemlere özgü riskler ortadan kalkacaktır (22,41).

Bu çalışma annelerin doğum eyleminde bakım ve desteğe olan gereksinimleri ve hemşirenin bu gereksinimi karşılamadaki rolü dikkate alınarak, doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

1.2. Çalışmanın Hipotezleri :

- Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında bilgi ve hemşirelik desteği alan gebeler doğum ağrısını daha az algırlar.
- Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında bilgi ve hemşirelik desteği alan gebelerin doğum eylemine yönelik duygusal tepkileri daha da olumludur.
- Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında bilgi ve hemşirelik desteği alan gebelerde doğum eylemi daha kısa sürer.
- Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında bilgi ve hemşirelik desteği alan gebelerin farmakolojik yöntemlere duyduğu gereksinim azalır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AĞRI MEKANİZMASI

Ağrıdan kurtulma, insanlığın başlangıcından bu yana insanların ilgi alanı olmuştur. Buna karşın çağlar boyunca ; nedenleri ve onunla nasıl başa çıkılabileceği sorularının, günümüzde de tam olarak yanıt bulduğu söylenemez. Her çağda ağrıya karşı düşünce ve tavırlarda farklılıklar gözlemlenmiş ve bu farklılıklara paralel olarak ağrı ile mücadelede büyü, batıl inançlar ya da ampirik yaklaşımlar gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır (33,61).

Ağrı evrensel bir deneyim olmasına karşın tarif edilmesi, açıklanması oldukça güçtür. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Toksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre “ Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur, davranış şeklidir”. Mc Caffery ağrıyı “ Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır ” şeklinde ifade etmiştir. (30,33,56).

Ağrı duyuşal sınırların uyarılması ile ortaya çıkan sıkıntılı durumun yarattığı hoş olmayan bir duygudur. Genel olarak ağrının yaralanmış doku hücrelerinin bir işareti olduğu kabul edilir. Ancak burada unutulmaması gereken önemli nokta ağrı sürecinin sadece reseptörlerin uyarısı ile başlamadığıdır. Yaralanma ya da hastalığın oluşturduğu sinirsel uyarılar sinir sistemine girerken bu durum geçmiş deneyimler, kültür, anksiyete ve diğer sinirsel süreçlerinden etkilenir. Ağrı subjektiftir ve bireyden bireye farklı algılanır.(303,36).

2.1.1. Ağrı Teorileri

İlk çağlardan günümüze kadar süren ağrı, ağrı nörofizyolojisi ve ağrı tedavi yöntemleri ile ilgili uğraşlar günümüzde de büyük ivme kazanarak sürmekte ve her geçen gün bilim adamlarının daha fazla ilgisini çekmektedir (33,61).

Kapı Kontrol Teorisi (KKT)

Kapı kontrol teorisinin desteklediği varsayımına göre ; ağrı algılanması sinir sistemi tarafından değiştirilebilen kompleks algılayıcı bir deneyimdir. İlk defa 1965 'de Melzack ve Wall tarafından ileri sürülen bu teoriye göre ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır ; eğer kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilince ulaşmaz ve ağrı algılanmaz. Bu teorinin ağrının giderilmesine katkı sağlayan üç yönü vardır (5,12,30,33,53). Bunlar ;

- **Deri uyarısı ağrıyı giderebilir :**KKT'ne göre ağrı uyarıları küçük çaplı lifler tarafından taşınır. Büyük çaplı lifler küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara kapıyı kapatırlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının bir çoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir. Masaj, sıcak ve soğuk uygulama, dokunma, transkütan elektrik stimülasyonu ve akupunktur gibi özel tip deri uyarıları bu teorinin direkt uygulanmasının örnekleridir (33).
- **Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir :** Beyin sapındaki retiküller yapı duyuşal girdileri düzenler. Eğer kişi yeterli ya da aşırı miktarda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri az ise ağrı uyarıları inhibe olmaz, kapı açıktır ve ağrı hissedilir. Ağrı giderme yöntemlerinin çoğunda belli derecelerde duyuşal girdi vardır. Düşleme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ile hastanın ağrısını düzene sokması sağlanabilir. Özellikle tek düzelik gibi duyuşal sınırlamalardan kaçınılmalıdır.
- **Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama , anksiyete ve depresyonda azalma ağrıyı giderebilir :** Kişinin düşünceleri, duyguları ve belleğindeki olaylar korteksteki tetik ağrı uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Ağrı ile ilgili geçmiş deneyimler hastanın o anda ağrısına vereceği yanıtı etkiler. Ağrı, gereksiz anksiyete kaynaklarının azaltılması ve hastanın güven ve kontrol duygularının artması ile giderilebilir.

Endojen Analjezik Mekanizmaları (Endorfin Teorileri)

1970'lerin ortalarında , vücudun kendisinin salgıladığı ve narkotiklere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara “endorfin” denilmiştir. Endorfin terimi “endojen” ve “morfin” kelimelerinin birleşimi olup, içinde morfin olan demektir. Beyindeki bir uyarının endorfin salgıladığına inanılmaktadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulur (12,33,56).

Yapılan çalışmalarda endorfin düzeylerinin yükselme ya da alçalmasında etkili olan aşağıdaki faktörler tanımlanmıştır (33).

Endorfin Düzeyini Azaltan Faktörler	Endorfin Düzeyini Yükselten Faktörler
<ul style="list-style-type: none">• Uzun süreli ağrı• Yineleyen stres• Morfin ya da alkolün uzun süreli kullanımı	<ul style="list-style-type: none">• Hafif ağrı• Hafif stres• Fizik egzersiz• Yoğun travma• Akapunkturun bazı tipleri• Bazı Transkütan Elektriksel Stimülasyon (TENS) uygulamaları• Cinsel aktivite

Endorfinlerin doğal maddeler olması, narkotiklere göre yararlarının çok fazla , yan etkilerinin çok az olması gibi avantajları nedeniyle hastanın kendi endorfinlerini artırıcı çalışmalara yönelmenin yararları gündeme gelmektedir. Bazı farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinin endorfin yapımını uyararak ağrıya yardımcı olduğu bildirilmiştir. (33,56).

2.2. DOĞUMUN EVRELERİ

2.2.1. Dilatasyon (Açılma) Evresi:

Gerçek doğum ağrıları ile başlar servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer. Bu evre kendi içinde; latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (6,39,40,49,59)

- **Latent Faz :** Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar silinme tama yakın dilatasyon 2-3cm olduğunda sonlanır. Primiparlarda ortalama 8 saat, multiparlarda ise ortalama 5 saat sürer. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelir ve 15-20 saniye sürer.
- **Aktif Faz :** Servikal açıklık 3cm olduğunda başlar ve 8cm olduğunda biter. Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelir ve ortalama 45-60 saniye sürer. Aktif faz ortalama primiparlarda 4, multiparlarda 2 saat sürer.
- **Geçiş Fazı :** Dilatasyon yaklaşık 8cm olduğunda başlar , 10cm olunca sonlanır. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelir, ortalama 60-90 saniye sürer. Geçiş fazının süresi primiparlarda yaklaşık 1saat, multiparlarda ise 30 dakikadır. Gebe için doğum eyleminin en güç dönemidir.

2.2.2. Ekspulsiyon (İtilme) Evresi

Serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğması ile sonlanır. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelir, ortalama 60-90 saniye sürer. İkinci evre serviksin dilate olmasından sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda 5 ile 30 dakika kadar sürmektedir.

2.2.3. Halas (Plasentanın Ayrılması) Evresi

Eylemin üçüncü evresi bebeğin doğması ile başlayıp plasenta ve memranlarının atılması ile sonlanır. Bu evre yaklaşık 15-30 dakika sürer.

2.2.4 Kanama Kontrol Evresi

Plasentanın ayrılması ile başlayan ve ilk 4 saatlik süreyi kapsayan dönemdir. Doğum sonrası erken dönem olarak nitelendirilen bu evre anne ve bebek için çeşitli tehlikeleri içerdiğinden yakın gözlem gerektirir (39,40,59).

2.3. DOĞUM AĞRISI

Hem evrensel bir fenomen, hem de bireysel bir deneyim olan doğum ağrısı, diğer ciddi ve önemli ağrılara göre farklılık gösterir. (6,17,22,46).

2.3.1. Doğum Ağrısının Özellikleri

- **Ağrı normal bir sürecin parçasıdır .** Diğer ağrı çeşitleri yaralanma ya da hastalıkları işaret ederken doğum ağrısı tamamen normaldir.Hem gebeni bu durumdan kurtulmak için çaba sarfetmesini hem de bebeğin doğum yolunda ilerlemesini sağlar (22).
- **Hazırlık için zaman vardır.** Gebe kadının, doğuma hazırlanabilmesi için zamanı vardır ve bu süreler içinde de gebe kadın ağrı kontrolünü başarabilecek beceriler geliştirebilir. İyi bir hazırlık ve doğum süreci hakkında bilgi, doğum ağrıları ile başedebilme becerilerini geliştirmede yardımcı olur.
- **Doğum ağrısı kısa süreli ve aralıklıdır.** Doğum ağrısı günler, haftalar , aylar sürmez, birkaç saat içinde biter. Diğer ağrılar da kısa süreli olabilir ama doğum ağrısı, bebeğin doğması ile çabucak azalır. Doğum ağrıları, devamlı değil aralıklıdır. Başlangıçtaki doğum ağrıları daha az rahatsız eder. Zaman geçtikçe ağrılar daha sık aralarla gelir ve iki kontraksiyon arasındaki dinlenme periyodu gittikçe kısalmır. Bu dönemde kadın ağrılardan daha çok şikayet eder. (8,22).
- **Ağrının kontrolüne katılım ve işbirliği fazladır.** Gebe bir kadının bebeği hakkında endişe duyması, onu doğum eyleminde yaşadığı ağrıları tolere edebilmesi için harekete geçirir ve kadın isteyerek bu ağrılara katlanır. Bu yüzden ağrıyı kontrol etmeye yönelik istek, işbirliği gibi harekete geçirici duygulara, doğum ağrısının kontrolü sırasında daha çok rastlanır.

2.3.2. Doğum Ağrısının Olumsuz Etkileri

Doğum eylemi sırasında ağrının bekleniyor olmasına rağmen kadının toleransını aşacak şekilde gelen düzensiz ağrılar, anne ve fetus üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir.

Fizyolojik Etkiler

Kadının , ağrıya uyum sağlayamaması ve tepki göstermesi utero - plasental dolaşımın engellenmesine ve fetusün oksijenlenmesinin tehlikeye girmesine neden olabilir. Kadının solunumu hızlanabilir ve solunum alkalozisi görülebilir. Tüm bunlara vazokonstriksiyon da eşlik edebilir, yeterli oksijenin sağlanamaması ve annenin asit baz dengesinin değişmesi nedeniyle fetüste de asidoz gelişebilir (22,36).

Kadının sık sık gelen ve şiddeti yoğun olan ağrıları olduğu zaman doğum daha da uzayabilir. Ağrıya cevap olarak epinefrinin salınımı uterus kontraksiyonlarını baskılar ve bu durum da doğum eyleminin uzamasına neden olur.

Psikolojik Etkiler

Ağrıyı hafifletmede başarısızlık, bu nadir olarak yaşanacak olaydan alınacak zevki azaltır. Anne doğum sonrası bebeğiyle etkileşiminde güçlükler yaşayabilir. Çünkü güç bir doğum anneyi tüketebilir. Doğumla ilgili tatsız anılar, kadının seksüel aktivite ve diğer doğumlara yönelik tepkisini etkileyebilir. Anı zamanda, kadının eşi de doğum eyleminde eşine yardım etmede kendini yetersiz hissedebilir (22).

2.3.3. Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler

Düzenli gelip giden, rahatsız edici - sancılı uterus kontraksiyonlarının, serviksini giderek incelmeye ve dilatasyonuna neden olduğu fizyolojik süreç doğum eylemi olarak tanımlanmaktadır. Doğum ağrısının oluşmasında genelde iki basit komponent etkili olmaktadır. Fizyolojik orjinli olan ilk komponent duyuşal reseptörlerde meydana gelen

afferent outputdan oluşmaktadır. Psikolojik orjinli olan ikinci komponent bir reaksiyon / tepki sürecini içermektedir. Fizyolojik, psikolojik ve medikal özelliklerin örneğin; yaş, parite, annenin ve bebeğin kilosu, uterin kontraksiyonlar, servikal dilatasyon, annenin pozisyonu gibi birçok değişkenin doğum ağrısıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Melzack et all. , 1984 ; Corli et all. , 1986 ; Brown et all. , 1989 ; Melzack 1993). Yenidoğanın sağlığı hakkında endişe, doğum ağrısı ile başa çıkabilmede yetersizlik, ailenin desteği, doğuma hazırlık sınıflarına katılım gibi pek çok durum da doğum ağrısının hissedilmesinde etkili olmaktadır (Melzack, 1984 ; and Cox, 1985) (7,9,22,33,52).

2.3.3.1. Fizyolojik Faktörler

Doğum ağrısına neden olan; servikal dilatasyon, uterusta oluşan iskemi, pelvik yapı üzerindeki basınç ve gerilim, vagina ve perine üzerindeki distansiyon gibi dört temel fizyolojik faktör üzerinde durulmaktadır.

Servikal dilatasyon : Doğum ağrısının oluşmasında en büyük neden serviksin efasmanı ve dilatasyonudur . Serviksin efasmanı ve dilatasyonu alt uterin segment sinir gangliyonlarını uyararak ağrıya neden olmaktadır. Serviksin efasmanı ve dilatasyonu ile uterus kontraksiyonları sonucu oluşan ağrı uyarıları spinal kordona L₁ - T₁₀ - T₁₂ ve T₁₁ düzeyinde giren küçük sinir lifleriyle iletilir (7,21,22,43,48,49).

Uterusta İskemi : Kontraksiyonlar sırasında uterusu kan akışı azalır. Buna bağlı olarak uterusun miyometriyum tabakasında oluşan iskemi ağrıya neden olur. Uterusta oluşan iskemik ağrı, iskemik kalp ağrısına benzetilmektedir (7,22).

Pelvik yapı üzerindeki basınç ve gerilim: Doğum ağrısının bir kısmı pelvik yapı (uterus ligamentleri, tubalar, overler, mesane ve peritonyum) üzerindeki basınç ve gerilimden (çekilme) kaynaklanır.

Vagina ve perinede distansiyon : Fetüsün inişi ile özellikle de doğum ağrısının ikinci aşamasında vagina ve perinede belirgin bir distansiyon oluşur. Kadın ağrıyı yanma, yırtılma ya da gerilme hissi şeklinde tanımlar. Vagina ve perinedeki distansiyon ve basınca bağlı ağrı uyarıları yukarıdaki sakral 2, 3, ve 4. vertabralardan spinal korda girer (22).

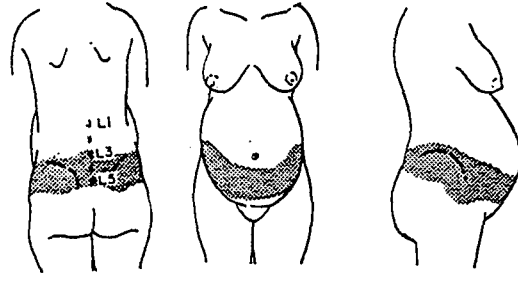
Doğum eyleminin ilk evresindeki (dilatasyon dönemi) ağrı, uterusu oluşturan hipoksi, uterusun alt segmentlerinde gerilme ve serviksini dilatasyonuyla ortaya çıkar. Ağrının birincil kaynağı serviksini gerilmesi ve incelmesidir. Ağrının yayıldığı alanlar; alt karın bölgesi, alt lomber bölge ve sakrumun üst kısımlarıdır (Şekil 1) (6,7,22,46,49,63,64).

Doğum eyleminin ikinci evresindeki (ekspulsiyon dönemi) oluşan ağrı ise kontraksiyonlara bağlı uterusun miyometriyum tabakasında oluşan hipoksiye, vagina ve perinedeki distansiyona ve uterusu yakın bölgelerdeki basınca bağlıdır. Ağrının yayıldığı alanlar; vagina ve perine bölgesidir (Şekil 1). Yapılan bir çalışmada dilatasyonun erken safhalarında doğum ağrısı rahatsızlık verici olarak tanımlanırken ilerleyen evrelerde ağrının, sıkıntı verici, korkunç ve dayanılmaz derecede acı verici olduğu belirlenmiştir.

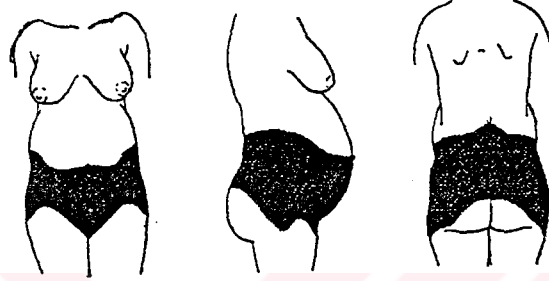
Doğum eylemi sırasında yaşanan ağrının özellikleri

Doğum Ağrısı	Doğumun eyleminin birinci evresi	Doğumun eyleminin ikinci evresi	Oksiput posterior pozisyon
Yeri	Başlangıçta belin alt kısmındadır. Doğum eylemi ilerledikçe vücudun alt kısmını sarar	Vagina, perine	Belde
Şiddeti	Başlangıçta hafiftir, daha sonra şiddeti artar, özellikle geçiş fazında çok şiddetlidir.	Şiddeti geçiş fazına oranla daha azdır.	Şiddetli
Özellikleri	Dalgalanmalar gösterir. Yükselmeler ve alçalmalar vardır. Sonlara doğru ağrı periodu 45 sn ile 90 sn arasında değişir.	Gerilme, kesilme zaman zamanda yanıcı tarzıdır.	Derinden gelen basınç ve gerilme tarzındadır,

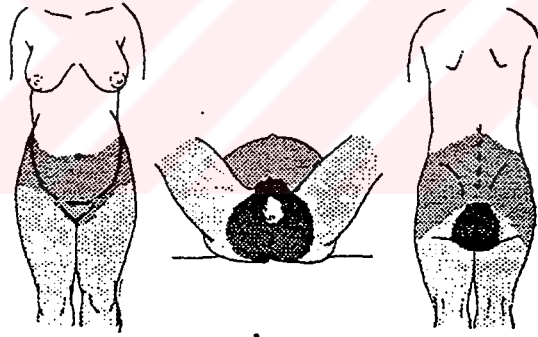
Reeder SJ, Martin LL. Maternity Nursing Family Newborn's Health Care. 16. ed. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1997, p: 506



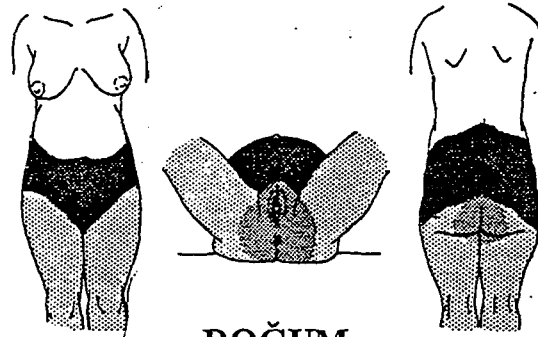
LATENT FAZ





AKTİF FAZ



GEÇİŞ FAZI



DOĞUM

Ağrı Şiddeti:  Hafif  Orta  Şiddetli

Şekil 1 : Doğum Eyleminde Ağrının Şiddeti ve Yayıldığı Bölgeler
Bonica J J. The Management of Pain. 2.ed. Lea & Febige, Philadelphia, 1990; p : 1329

Fizyolojik süreçlerin doğum ağrısının oluşmasında etkili olmasının yanı sıra , kadının ağrıya yönelik toleransı diğer fizyolojik faktörlerden de etkilenmektedir (22).

Doğumun şiddeti : Kısa süreli ve şiddetli bir doğum eylemi geçiren kadın çoğunlukla ağrının şiddetinden ve yoğunluğundan yakınır. Çünkü dilatasyon, efasman ve fetüsün inişini sağlamak için kontraksiyonlar çok fazla şiddetlenmiştir. Hızlı bir doğum çoğu kere kadının, farmakolojik yöntemleri seçmesi için gerekli zamanı da kısıtlar.

Servikal hazırlık : Doğum öncesi serviksin doğum eylemine hazırlanması için serviksin efasman ve dilatasyonun tamamlanması gerekir. Aksi takdirde dilatasyon ve efasman için daha fazla kontraksiyonlara ihtiyaç duyulacaktır. Sonuç olarak doğum eylemi uzayacak ve doğum sonrasında da kadında büyük yorgunluklar oluşacaktır.

Fetüsün ağırlığı ve pozisyonu : Fetal ağırlık artışıyla ağrı şiddeti artmaktadır (Melzack, 1984). Ayrıca doğum kanalı ve fetüs arasındaki uyum derecesi doğum ağrısının şiddetinde etkili olabilmektedir. Fetüsün anormal pozisyonlarında (örneğin oksiput posterior pozisyonda) doğum eylemi uzayabilir, daha da rahatsız edici olabilir. Bu pozisyonda her bir kontraksiyon fetal oksiputu annenin sakrumuna doğru iter. Bu arada kadın kontraksiyonlar arasında da devam eden sırt ağrılarında şikayet eder. Fetal oksiput anterior pozisyona geçtikten sonra sırt ağrıları büyük ölçüde azalır (22,36,52).

Pelvisin anatomik yapısı : Pelvisin boyutları ve biçimi doğum süresini etkilemektedir. Pelvis kemiği ile ilgili anormallikler doğum eyleminin uzamasına ve buna bağlı güçlüklerle neden olabilir. Pelvisin yapısıyla ilgili bir anomali fetüste prezantasyon anomalilerine da neden olabilir (22).

Yapılan diğer girişimler : Doğum eylemi sırasında anne ve fetüsün güvenliği ve iyiliği için yapılan girişimler doğum ağrılarının yaşatacağı sıkıntıları daha da artırabilir. İntravenöz uygulamalar doğum eylemi sırasında ağrının daha da artmasına neden olacaktır. Fetüsün takip edildiği monitör aletleri de bir çok kadın için rahatsız edicidir. Her iki uygulamada kadının mobilizasyonuna engel olur. Vaginal muayene ve amniotomi bile geçici rahatsızlıklara neden olabilir.

Fizyolojik faktörlere ilave olarak bir çok çalışma dismenore ve doğum ağrısının şiddeti arasında bir bağlantı olduğunu desteklemiştir (Brown, Campell, & Kurtz , 1989 ; Giuffre, 1983 ; Melzack, Kinch, Dobkin, Lebrun, & Tenenzer, 1984 ; Robert, Melasenos, & Mendez Bauer, 1981 ; Melzack, 1993). Prostaglandin salınımının artmasıyla , kontraksiyonların şiddetinin artmasının genelde menstrüasyon ve doğum ağrısındaki mekanizmayla benzerlik gösterdiği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Melzack, 1993). Yüksek kortizol düzeyinin de doğum ağrısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Mahomed et all. , 1995). Gece doğum yapan kadınların gündüz saatlerde doğum yapan kadınlara oranla daha az ağrı hissettikleri bulunmuştur. (Harkness and Gijbers, 1989) (36,42).

Multiparların genelde doğum eyleminin latent ve aktif fazında nulliparlara oranla daha az ağrı çektikleri belirtilmesine rağmen doğum eyleminin ikinci evresinin çoğunlukla tüm kadınlar için çok ağrı verici olduğu görülmüştür (Brown et al ., 1989 ; Gaston - Johansson, Fridh, & Tumer - Norvell, 1988 ; Lowe, 1987, 1992 ; Melzack et al ., 1981, 1984) (9,36,53).

2.3.3.2. Psikolojik Faktörler

Bazı psikolojik değişkenlerin kadının doğum ağrısını algılayışı üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Psikolojik faktörler ; kültür, anksiyete ve korku, daha önce yaşanmış deneyimler, doğuma hazırlık ve destek sistemlerini içermektedir (22,36,59).

Kültür : Kadının sosyo - kültürel temelleri onun doğum ağrısını algılamasını, yorumlamasını ve ağrıya tepkisini etkiler. (Sheiner et all. , 1999). Bazı kültürlerde ağrının ifade edilmesi desteklenirken, bazı kültürlerde kendine hakim olma önemlidir. Buna rağmen kadınlar kendi kültürel grupları içinde ayrı bir kişidir. Ağrının algılanması bireyseldir ve kişiden kişiye değişir (5,22,52).

Kadının ağlamaması onun ağrısının olmadığı anlamına gelmeyeceği gibi, ağlayıp inlemesi de ağrı kesiciye gereksinimi olduğunu düşündürmemelidir. Her iki durumda da ağrı farklı kültürel davranışlarla ifade edilmektedir. Asyalı bir kadın utandığı için ağrısını ifade edemeyebilir. Siyah kadınlar da bunu zayıflık olarak değerlendirir. Novajo'lu kadınlar

eylemde mahremiyeti sağlamak için sessiz kalırlar. Ağrı kesiciye ihtiyaç duyduklarını da bile bu isteklerini iletmekte tereddüt ederler. Orta doğulu kadınlarda eğitim düzeyi düşük olanların yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara oranla, daha çok ağrı yaşadıkları görülmüştür. Bu nedenle gebe kadınlar, ağrı sırasında buldukları rahatlama yollarını açıklamaları konusunda cesaretlendirilmeli ve ifadeler arasındaki farklılıklara saygı duyulmalıdır (22,36,59).

Anksiyete ve korku : Anksiyete genelde doğum ağrısıyla yakından ilişkilidir. Fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanışını değiştirebilmektedir (Asbury, 1980 ; Conrolly et al., 1978 ; Giuffre, 1983; Lowe, 1987 ; Reading & Cox,1985). Anksiyete ; ağrı korkusuna, kontrol kaybına , annenin ya da fetüsün zarar görmesine neden olabilir. Ayrıca doğum yapan kadının içinde bulunduğu çevresel faktörler örneğin; hareketlilik, gürültü, yabancı kişiler de doğum eylemi sırasında anksiyeteye neden olabilir. Ağrı korkusu doğum eyleminin birinci evresindeki (dilatasyon dönemi) ağrı düzeyiyle yakından ilgilidir. Kadının kendisi ve bebeği hakkındaki endişesi doğum eyleminin ikinci evresindeki (ekspulsiyon dönemi) ağrı düzeyi ile ilişkilidir.(Harrison, 1991; Lowe, 1989, 1991; Wuitchik, Hesson, & Bakal, 1990) (22,28,35,36,47,64).

Hafif ve orta şiddetli anksiyetenin öğrenme üzerine olumlu etkisi olmakta ve dikkati de artırabilmektedir. Bununla beraber şiddeti yüksek olan anksiyete ve korku düzeyi, ağrıya duyarlılığı artırır ve kadının ağrıyı kontrol etmeye yönelik becerilerini zayıflatır. Bu nedenle kadınlar nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin kullanımı sırasında çok fazla enerji sarfetmiş olurlar (22,36,46,47,59).

Anksiyete ve korku kas tonüsünü artırır, beyine ve iskelet kaslarına giden kan akışını engeller. Pelvik kaslardaki gerilim, uterus kaslarının itici gücüne ve kadının doğum eyleminin ikinci evresinde yapmış olduğu itici etkiye karşı koyar. Pelvis kaslarındaki bu gerilimin uzaması genel bir yorgunluğa , ağrının daha fazla hissedilmesine ve ağrı ile başedebilme becerilerinde de azalmaya neden olur (22,59).

Yaşanmış deneyimler : Ağrıyla ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkilemektedir. Özellikle ağrılı deneyimlerin aynı durumda benzer şiddette ağrı yaşantısına yol açtığı belirlenmiştir (5,24,38,59).

Geçmiş yaşantısında güç ve uzun sürmüş bir doğum eylemi öyküsü bulunan kadın daha çok endişeli ve üzüntülü olabilir. Eğer kadın zorlu bir doğum eylemi sonucu sezeryan olmuş ise, vaginal doğum yapma konusunda çekingen kalabilir (22) .

Geçmiş deneyimlerin her zaman kadının ağrı ile baş etmesinde olumsuz etkileri olmaz. Ağrı ile ilgili önceki yaşanmış olumlu deneyimler ağrı ile başa çıkabilme davranışlarının kazanılması için fırsatlar sunmakta ve doğum eylemi hakkındaki duygularda pozitif değişiklere neden olabilmektedir. Kadınlar, doğumları sırasında ağrı ile nasıl başa çıkacaklarını öğrenebilmekte ve daha sonraki doğumlarında da bu becerileri kullanabilmektedirler (5,22,24,36,38).

Doğuma hazırlık : Doğum ağrısının hissedilmesinde en etkili olan değişkenlerden biri de doğum öncesi hazırlıktır. Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen verilere göre doğum öncesi dönemde formal ebeveyn eğitim sınıflarına katılan kadınlar, katılmayanlara oranla doğum eylemi sırasında daha az ağrı yaşamaktadırlar (Giuffre, 1983 ; Melzack, Taenzer, Feldman, & Kirch, 1981 ; Brown et all. , 1989). Oysa bu ilişki diğer araştırmalarla desteklenmemiştir (Astbury, 1980 ; Lowe, 1987 ; Miven & Gijbers, 1984 ; Reading & Cox , 1985). Kişisel tercih ve tutumlar, eğitim sınıflarındaki uygulamalarda değişiklikler ve doğum şekli (NSD , C / S) ağrının algılanışını etkilemektedir (36,52).

Doğuma hazırlık, doğum eylemiyle ilgili bilinmezlikten doğan anksiyete ve korkuyu azaltır. Bu şekilde kadınlar, doğuma hazırlanarak doğum ağrılarıyla başa çıkma becerilerini de öğrenirler. Gebe kadının yanında eşi de doğum anında anksiyeteyi azaltığı düşünülen davranış değişikliği hakkında bilgi edinir (5,18,22,24,46,51,56).

Destek sistemi : Doğum eylemi sırasında kadının çevresinden almış olduğu destek, doğum ağrısının algılanışını etkilemektedir. Örneğin endişeli bir eş, doğum eylemi sırasında kadının ihtiyaç duyduğu destek ve güveni sağlamak konusunda yetersiz kalabilir ve buna bağlı olarak da kadının yaşamış olduğu anksiyete düzeyi de artmış olabilir. Eğer kadının çevresindeki kişiler endişeli ise kadın bundan büyük ölçüde etkilenecektir (5,13,22,40,52).

Gebe kadının aile ve arkadaşlarının yaşamış olduğu deneyimler de önemlidir. Bu kişiler eğer doğum ağrıları ve onların kontrolü hakkında gerçekçi bilgiler veriyorlarsa önemli bir destek kaynağı olabilirler. Aksine doğumu çekilmez olarak tanımlıyorlarsa kadının gereksiz sıkıntılar yaşamasına neden olurlar (5,2,40).

2.3.4.Doğum Ağrısının Tanılanması

Doğumun ilerlemesiyle birlikte yaşanan ağrının özelliklerinde oluşan değişiklikler yapılan çalışmalarla incelenmiş ve sorgulanmıştır. Doğum ağrısının özelliklerinin belirlenmesinde hemşirelik değerlendirmesinin önemi büyüktür. Çünkü hemşirelik değerlendirmesi, doğum ağrısının temel niteliklerinin belirlenmesinde ve oluşabilecek komplikasyonların tanılanmasında yardımcı olacaktır (12,53).

Doğum ağrısının değerlendirilmesinin bir takım güçlükleri vardır. Doğum ağrısı akut gelişir, çok çabuk ilerler ve emosyonel faktörlerden de etkilenir (Brown et all. , 1989). Doğum ağrısının değerlendirilmesi, direkt ve indirekt değerlendirme metotlarını içermektedir. Ağrının duyuşsal ve duyuşsal boyutları vardır. Ağrının tanılanması sadece şiddetini içermemelidir. Ağrının lokalizasyonu ve yaşanan rahatsızlıkla ilgili şikayetler de dikkate alınmalıdır (9,12,36).

Ağrının tanılanmasında kadının sözel ifadelerinin önemi büyüktür. Ağrı şiddetinin tanılanmasında sözel ifadeler, vizüel ya da linear analog skala kullanılarak alınabilir. Ayrıca ağrı şiddetinin tanılanmasında Vizüel Analog Skala (VAS) ile birlikte Present Pain İntensity (PPI) skalası ((1)hafif, (2)rahatsız edici, (3)keder verici, (4)korkutucu, (5)dayanılmaz gibi beş benzeri kelimenin kullanıldığı bir sınıflamayı içerir) ve the McGill Pain Questionnaire (PRI-R) (Melzach, 1975) ağrı soru formu da kullanılabilir. McGill ağrı soru formu 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde şekil üzerinde ağrının yeri belirlenmektedir. İkinci bölümde ağrının niteliğini belirlemek üzere 20 katagorik sınıflamanın yapıldığı bir skala kullanılmaktadır. Bu bölümde ağrının niteliğini belirlemek için yaklaşık 80 kelime kullanılmaktadır.Üçüncü bölümde ağrının nasıl değiştiği, dördüncü bölümde de ağrının ne kadar güçlü olduğu sorularla belirlenmektedir.Değerlendirmenin zamanı ve devamlılığı çok önemlidir. Sözel değerlendirme iki kontraksiyon arasında

olmalıdır. Ayrıca kontraksiyonların ağrı olarak tanılanmaması da çok önemlidir. Kadının, uterusun miyometrium tabakasında oluşan kontraksiyonlar ile bu kontraksiyonların yaratmış olduğu ağrı ve rahatsızlık hissini ayırt etmesinde yardımcı olunmalıdır (8,9,12,33,36,53).

Doğum ağrısının değerlendirilmesinde sözel ifadenin yanı sıra, doğum eylemi sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar, doğum eyleminin süresi, kullanılan analjezikler ve biyometrik ölçümler gibi bazı objektif faktörlerden de yararlanılmaktadır. Behavioral Index of Pain (BIP) skalası örnek olarak verilebilir. BIP skalası ağrının non verbal, objektif değerlendirilmesini içerir. BIP skalası ile solunum değişiklikleri, motor cevap ve ajitasyon olmak üzere üç davranışsal belirti gözlenerek ağrının değerlendirilmesi yapılır (8).

2.4. DOĞUM AĞRISININ KONTROLÜ

Doğum ağrısını kontrol altına almada iki değişik yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler nonfarmakolojik ve farmakolojik metodları içermektedir. Farmakolojik yöntemler; narkotik, sedatif, tranklizan ve amnetiklerle sistemik tedavi, bölgesel ve ileti anestezisi ve genel anesteziden oluşmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemler ise medikal kurallara gereksinim duymazlar. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin eğitimi, doğuma hazırlık sınıflarının da temelini oluşturmaktadır (7,22,28,36,41,65).

Nonfarmakolojik yöntemler farmakolojik yöntemler için bir alternatif hem de bir yardımcıdır. Birçok kadın iki yöntemi de birlikte kullanabilir. Farmakolojik yöntemleri seçen kadın, ilaç verilene kadar kendisini rahatlatcak ağrı kontrol yöntemlerine ihtiyaç duyabilir. Farmakolojik yöntemler bile doğum ağrılarını tam anlamıyla gideremeyebilir ve kadın ağrının kontrolü için nonfarmakolojik yöntemlere gereksinim duyabilir (22,28,63,65).

Hızlı ve ilerlemiş bir doğum eylemiyle hastaneye gelen bir kadın için nonfarmakolojik yöntemler tek seçenek olabilir. Bu nedenle kullanılan ilacın, ağrıyı kontrol altına alması için yeterli zaman olmayabilir. Eğer doğum eylemi sırasında ilacın etkisi uzamış ise yenidoğanda solunum depresyonu da gelişebilir (22).

Nonfarmakolojik yöntemler eğer ağrı kontrolünde yeterli iseler farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajları da vardır. Nonfarmakolojik yöntemler anne ve fetus açısından zararsızdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz ve yan etki ya da allerji riskleri yoktur.

Nonfarmakolojik yöntemlerin bazı sınırlılıkları vardır. Yapılan çalışmalarda birçok kadının ağrı kontrolünde bu metodları tek başına kullandıkları zaman başarılı olamadıkları görülmüştür. Bunun nedenler :

- Ağrının algılanışı ve ifade edilmesinde farklılıkların olması
- İyi bir hazırlığın olması.
- Yüksek motivasyon gerektirmesi.
- Kadının güç bir doğum eylemi geçiriyor olması.
- Kadının analjezi ve anesteziye ihtiyaç duyması olabilir (22).

2.4.1. Nonfarmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler genelde dört ayrı teknikten oluşmaktadır. Bunlar : Gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleridir (22,26,28,36).

2.4.1.1. Gevşeme

Gevşeme tekniği, anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesinde kullanılmaktadır. Gevşeme özellikle nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin temelini oluşturmaktadır ve her bir yöntemin kullanımı için de gereklidir (7,22).

Doğum eyleminde gevşeme çok önemlidir. Çünkü gevşeme :

- Uterusa kan akışını hızlandırarak, fetal oksijenlenmeyi sağlar.
- Uterus kontraksiyonlarının etkinliğini artırır.
- Ağrı sırasında gerginliği azaltır.

- Fetal ÇKS 'nin normal sınırlarda olmasını sağlar
- Ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması ve itici gücün sağlanması için gerekli olan enerjiyi korur.
- İletişimi kolaylaştırır (2,5,2,28,62)

Aşağıda belirtilen faktörler gevşeme yanıtının oluşması için gereklidir.

- Sakin bir çevrenin sağlanması
- Mesanenin boş olması
- Rahat kıyafetlerin giyilmesi
- Tüm eklemlerin fleksiyonda olması (kas gerginliğini azaltmak için)
- Akıldaki tüm düşüncelerin boşaltılması
- Mental bir araç olarak kelime, ses ya da cümleye odaklanma (5,22,28,33,37,62).

Gevşeme teknikleri doğum öncesi dönemde öğrenilmiş ise doğum anında uygulanması daha da kolay olacaktır. Bunun yanında doğum sırasında verilecek bakımla oluşan gerginlik yakından izlenebilir ve gerilen kasların gevşemesine de yardımcı olunabilir (22,28).

En Çok Kullanılan Gevşeme Teknikleri

Progresif kas gevşemesi : Büyük kas gruplarının aktif olarak kasılıp pasif olarak gevşetilmesi olup genellikle düşünme ile birlikte kullanılır (7,33).

Biyolojik geri bildirim (Biofeedback) : Servikal dilatasyon, kontraksiyonlar, kan basıncı gibi fizyolojik değişiklikler hakkında verilen bilgi, kadından geri istenir. Böylece kadının bedenine yönelttiği ilgi daha sağlıklı bir yolla değiştirilir (33,37).

Hipnoz : Hipnoz hem obstetrikte hem de ameliyat olacak hastalarda ağrıyı gidermek için zaman zaman kullanılmıştır. Bu uygulamanın savunucuları, metarnal işbirliğinin daha iyi olduğunu, depresan ihtiyacını azalttığı ya da ortadan kaldırdığını, kan

kaybını azalttığını, postpartum analjezi sağladığını ve emziren kadınlarda süt salınımına yardım ettiğini idda etmektedir (48).

Hipnoz, derin konsantrasyon gerektiren farklı bir bilinç durumudur. Gebe uyumaz, fakat eylem başladığında, trans haline girer ve bunu doğum tamamlanana kadar sürdürür. Etkili bir yöntemdir ama geniş bir kitleye uygulanmadığı için elverişli değildir. Bu yöntem hipnotistle , oldukça zaman alıcı bir seri eğitim seansını gerektirir. Başarılı vakalarda gevşeme tam anlamıyla sağlanabilir (26,37,48).

Akapunktur : Akapunkturun, Ulusal Sağlık Enstitüsince kas iskelet sistemindeki ağrıyı azaltmada fonksiyonel etkileri olduğu kabul edilmiştir. Bunun yanında hala tekniğin nasıl kullanıldığı tam açık değildir. Bu yöntem Çin 'de ve Uzak Doğu'da yıllardır doğum ağrısını azaltmada kullanılmaktadır. Batı 'da 1970 'lerin başından bu yana yöntemin etkinliğine dair bir birinden farklı bildirimler yayınlanmıştır. Bazı çalışmalar, akapunkturun ağrı skorlarını belirgin biçimde düşürdüğünü ve eylemin birinci evresini kısalttığını öne sürmektedir. Batı, bu tekniği kabul etmede zorlanırken, Çin'de % 99 mükemmel sonuçlar bildirilmektedir (37,48,51).

Meditasyon : Kişinin sessiz bir ortamda özel bir sese, obje ya da kokuya odaklanmasıyla oluşan mental konsantrasyondur (33).

Hareket ve pozisyon : Doğum ağrılarını hafifletmede etkili olan girişimlerden biri de uygun hareket ve pozisyon değişikliğinin yapılmasıdır. Yapılan araştırmalarda kadınların doğum eyleminde ayakta, otururken (vertikal pozisyonda) düz ya da yan yatış pozisyonuna (horizontal pozisyon) oranla daha az sırt ve karın ağrılarının olduğu belirlenmiştir. Dilatasyon evresinin erken dönemlerinde anneler dik pozisyonda (vertikal) yatay pozisyona (horizontal) oranla kendilerini daha rahat hissederler. Dilatasyon evresinin ilerleyen dönemlerinde ise anneler horizontal pozisyonu vertikal pozisyona tercih etmektedir. Flynn ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada doğum eyleminin ilk evresinde (dilatasyon dönemi) annelerin % 54'ü gezinirken ikinci evre (ekspulsiyon dönemi) daha başlamadan tüm annelerin yatmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Melzach et all. , 1991) (5,21,24,36,43,60).

Yan yatış pozisyonu doğum eyleminin ilerleyen evrelerinde istenen pozisyon şeklidir. Bu pozisyonda utero-plasental dolaşım daha kolay sağlanır. Supin pozisyonda vena kava üzerine basınç artar ve mide bulantısı, baş dönmesi görülebilir. Bu pozisyon tercih edilecekse sırtın her iki yan tarafı yastıklarla desteklenmelidir. Eğer bebeğin başı oksiput pozisyonda ise oturma anneyi rahatlatacaktır. Bu gibi durumlarda anneyi rahatlatmak için yatağın baş kısmı yükseltilebilir. Doğum eyleminde kadın, gezinmesi sıkça pozisyon değiştirmesi konusunda cesaretlendirilmelidir. Ayrıca bazı özel ritmik hareketler kadınların kontraksiyon ağrılarını tolere etmelerinde etkili olabilir. Araştırmalarda kadınların kalçaları üzerinde eğilme, sallanma gibi bir takım ritmik hareketler yaparak rahatladıkları bildirilmiştir (21,28,36,42).

Ses çıkarma (vokalizasyon) : Ses çıkarma ve inleme de ağrıyı hafifletmek için kadınlar tarafından kullanılan tekniklerden biridir. Doğurmak üzere olan kadınlara, doğum eylemi sırasında gürültü yapmamaları, bağırılmaları tembih edilmesine rağmen kadınlar doğum eyleminde sese karşı çok duyarlı olduklarından özellikle doğumun güç zamanlarında kadına bu konuda yardımcı olmak gerekir. Ses çıkarma: inleme, figan etme, mırıldanma ve bazı cümleleri ritmik şekilde tekrarlamayı içine alır. Bu durum ağrıdan çok korkan kadının bağırması değildir, tam aksine bu durum kendi bedenine dikkatini yöneltmiş kadının sesinden ziyade var olan enerjinin birazının sesli ifadelerle dışarı yöneltilmesidir. Doğum yapan bir kadın için bu olay ilk kez yaşadığı bir deneyim olabilir. Duyarlı bir hemşire gebenin bu tür ağrıya yönelik gösterdiği tepkileri olumlu karşılamalı ve uygun iletişim tekniklerini kullanarak destek olmalıdır (14,36).

Mizik : Müzik terapinin ağrıyı hangi mekanizmalarla giderdiği tam olarak bilinmemektedir. Gevşeme ya da dikkati başka yöne çekmede etkisi olduğu düşünülmektedir. Diğer bir olası mekanizma ise işitsel uyarının ağrıyı doğrudan doğruya nörolojik olarak baskıladığıdır. Bireyin aktif olarak katıldığı bir tekniktir. Kişiyi hoşlaştırmayan ağrılı uyaranlardan 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 (33,62).

2.4.1.2. Ruhsal / Mental Uyarılma

Ruhsal uyarılma teknikleri ile annenin dikkati, düşünceleri başka şeylere çekilir. Aynı zamanda bu teknik sakin bir hayal kurma ortamı sağlayarak gevşemeye de yardımcı olur (22,26,30,62,66).

Ruhsal Uyarılma Teknikleri

Hayal kurma : Hayal kurma dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasını sağlar. Böylelikle ağrı eşiği yükseldiğinden ağrının algılanışı da azalmış olur. Doğum eylemi sırasında hayal kurma gevşemenin oluşmasında etkili olmaktadır. Eğer kadın gevşemeye odaklanmış ve hayal kurabilmiş ise her bir kontraksiyonda kendi düşüncelerini koruyabilir. Bu tekniğin kullanılışı tamamen bireyseldir. Bazen hayal kurma ve düşünme güç olabilir. Hayal kurma kişinin kendisi tarafından yapılır. Bazı durumlarda destek olacak kişinin anlatımları ya da hikayelendirmeleri de hayal kurma da yardım edilebilir. Eğer kadın özel bir hayal kurma tekniği kullanmamış ise hemşire kadına bu konuda yardımcı olabilir. Yapılan çalışmalarda birçok kadın sıcaklık, yumuşaklık, güvenlik veren ve gevşemeyi sağlayan hayalleri çok rahatlatıcı bulmuştur.

Hayal kurma kadının, doğum eyleminin güç ve acı verici durumlarından uzaklaşmasında yardımcı olabilir. Hemşire, kadına doğum mekanizmasını, her bir kontraksiyon ile serviksin açıldığını ya da kendisinin ıkınmasıyla bebeğin aşağı ve dışa doğru itildiğini gözünde canlandırmasını sağlayarak yardımcı olabilir (22,26,28,62,66).

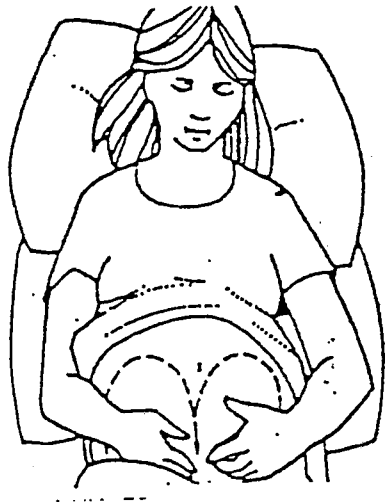
Odak nokta : Doğum eylemi sırasında küçük hareketsiz objeler odak nokta olarak kullanılabilir. Kontraksiyon anında dikkati doğrudan başka bir yöne verme çok önemlidir. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur. Çocuk ya da evcil hayvan resimleri, küçük oyuncaklar, masa üzerine konulmuş küçük biblolar odak nokta olabilir. Eğer ağrı odasında odak nokta belirlenmemiş ya da yok ise oda içindeki dereceye, kapı menteşesine ya da duvardaki saate konsantre olunabilir. Gebeler evden getirdikleri bir iki eşyayı odak nokta olarak kullanabilirler. Ayrıca odak nokta gözlerde olabilir. Gebe ile kendisine destek veren kişi arasında göz teması kurulabilir. Bu durum dikkati dağıtır ve kontrolün sürdürülmesine yardımcı olur (19,22,28).

2.4.1.3. Tensel Uyarılma

1986 'da Hedstrom ve Newton doğum eyleminde dokunma tekniğini incelemişlerdir. Genellikle doğu kültüründe kullanılan dokunma tekniği özel bir terapötik dokunmadır. Doğum eyleminde ağrısı olan gebelere hemşirenin sağlayacağı psikolojik destekle birlikte terapötik dokunmanın gebenin durumluk anksiyetesini ve dolayısıyla da ağrı algısını azalttığı çalışmalarla bildirilmiştir. (3,4,62,63).

En Çok Kullanılan Tensel Uyarılma Teknikleri

Kadının kendisinin yaptığı masajlar: Gebe kadın, doğum eyleminde rahatsızlık veren ağrılarla başedebilmek için karnını, bacaklarını ya da belini parmak uçları ile hafif ve yavaşca ovabilir (Şekil 2). Efloraj tarzındaki bu masaj destek olan kişi tarafından da yapılabilir(Şekil 3). Ancak çoğu kadın, karın bölgelerine özellikle de umbilikal çevresine dokunulduğunda büyük ölçüde rahatsız olduklarını ifade eder. Bu nedenle kadının kendisi tarafından yapılan efloraj tarzında hafif okşamalar daha rahartlatıcı olmaktadır (12,2,28,35,60).



Şekil 2 : Efloraj (Gebenin Yaptığı)
ReederSI, Martin LL.Maternaty Nursing Family
Newborn and Women's Healt Care. 16.ed. J.B
Lippicot Company, Philadelphia,1997; p: 518.



Şekil 3 : Efloraj (Destek Olan Kişinin Yaptığı)
Stillerman E. Mother Massage, A Handbook For
Relievin the Discomfort of Pregnancy. A Delta
Publishe, New Yorg, 1992; p: 92.

Efloraj abdominal bölgeye parmak uçları ile hafif ve yumuşak yapılan masajdır. Daha çok dilatasyon evresinin erken dönemlerinde kullanılır. Dokunuşlar yumuşak gıdıklama şeklinde olmalı parmaklar sürekli deriyle temas halinde olmalıdır. İki elin parmakları umbilikalın her iki yanına konur. Eller yukarıya ve dışa doğru hareket ettirilip aşağıya pubik bölgeye doğru getirilir ve tekrar umbilikale çıkarılır. Eflorajın fetal moniterizasyon esnasında da yapılması faydalıdır. Parmaklar umbilikalın bir tarafından diğer tarafına doğru proplar arasında hafifçe hareket ettirilebilir (22,28,54).

Bazı kadınlar , doğum eylemi sırasında avuç içi ya da ayak tabanının sürekli uyarılmasının kendilerini rahatlattığını söylerler. Doğum eyleminde kadınlar aynı anda el ve ayaklarını ovmaktan, ellerini kuvvetlice çırpmaq ya da sıkıca tutmaktan ve soğuk yatak parmaklıklarına dokunmaktan hoşlanırlar. Genellikle kontraksiyon anında çoğu kadın bir başkasının elini sıkıca tutmayı da isteyebilir. Özellikle kadınlar, sert bir maddeyi avuç içinde sıkmayı da rahatlatıcı bulmaktadırlar. Örneğin ; plastik bir tarağın dişleri avuç içine basınç oluşturacak şekilde yerleştirilip sıkılması kadını büyük ölçüde rahatlatmaktadır.(Şekil 4) Burada önemli olan nokta bu davranışların ağrıya karşılık kadının kullandığı bir yöntem olduğunun belirlenmesidir (22,54).

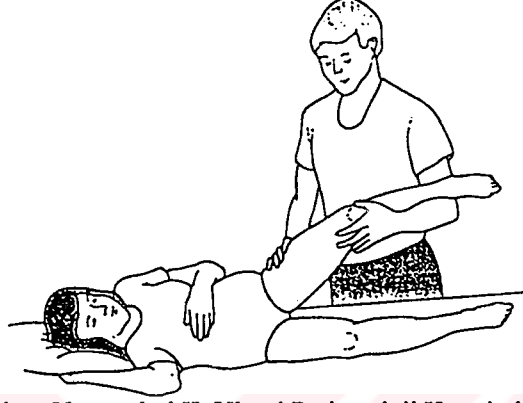


Şekil 4:Doğum Ağrısı İle Başa Çıkmada Ellerdeki Refleks Noktaların Uyarılması

Stillerman E. Mother Massage, A Handbook For Relievin the Discomfort of Pregnancy. A Delta Publishe, New Yorg, 1992; p: 95

Başkasının yaptığı masajlar :

Ayak masajı: Doğum eylemi sırasında bacaklar çok gerilmiş olduğundan efloraj tarzında yapılan masajlar oluşan rahatsızlığı azaltmaktadır. Ayaklardan başlayıp kalçalara doğru bacakların ön ve arka tarflarına okşama tarzında masajların yapılması gevşemeye yardımcı olmaktadır (Şekil 5). Ayak masajı birçok refleks noktayı uyarır ve doğum eyleminin daha kolay geçmesine yardımcı olur (54).

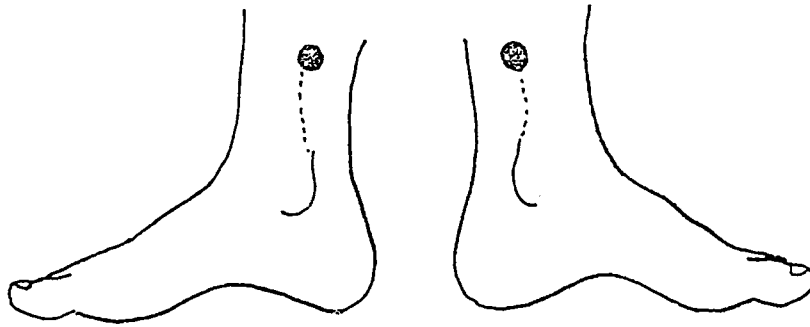


Şekil 5: Ayak Masajı

Tekin N. İnnatal Dönem ve Bakım Yöntemleri II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezunuyet Sonrası Eğitim Kursu, Antalya, 1998.

Genel masajlara ilaveten özel bazı refleks noktaların uyarılması doğum eylemini hızlandırarak doğum süresini kısaltabilir. Bunların gebelik süresince yapılması kontraendikedir. Eğer gebelikte bu noktalar kullanılır ise güçlü uterus kontraksiyonları başlayabilir. Bu nedenle doğum süreci aktif olarak başlayıncaya kadar bu refleks noktalar uyarılmamalıdır.

- Ters 6 noktası: Talus (aşık) kemiğinin 6 cm yukarısında, malleol (incik) kemiğinin altındaki yerdir (Şekil 6). Bölge belirlendikten sonra başparmaklar ile her iki bacak o noktada sıkıştırılır. Eğer doğru yer sıkıştırılıyor ise anne bunu doğrulayacaktır. Bu nokta yaklaşık 10 sn tutulduktan sonra gevşetilir. Üç ya da daha çok kez tekrarlanılabilir.

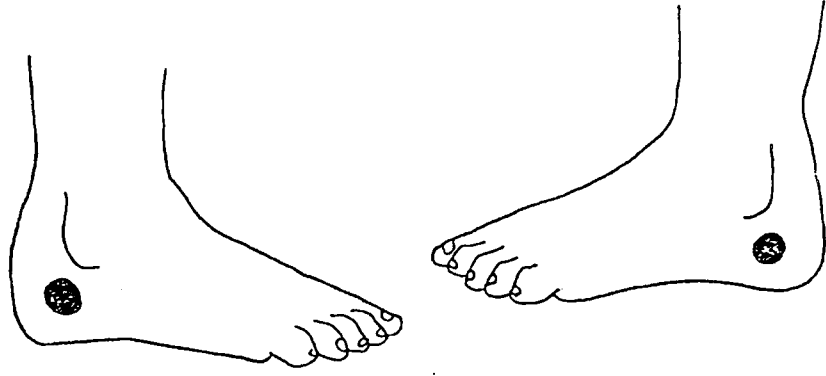


Şekil 6: Doğum Eylemini Hızlandıran Ayaktaki Refleks Noktalar (Ters 6 Noktası)

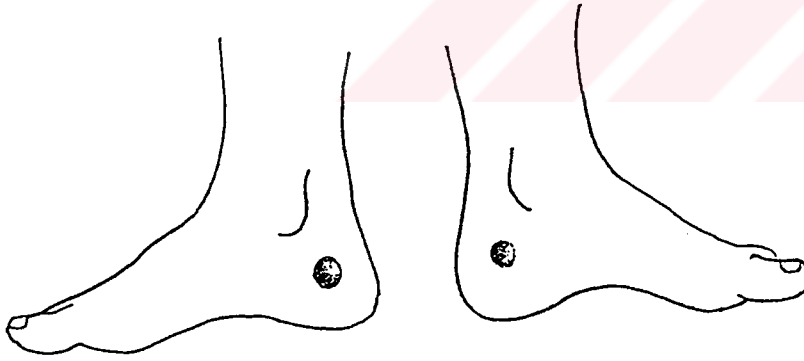
Stillerman E. Mother Massage, A Handbook For Relievin the Discomfort of Pregnancy. A Delta Publishe, New Yorg, 1992; p: 93

- Overler ve uterus için refleks noktalar : Talus kemiğinin altında çift taraflı olarak topuğun ortasında yer alır. Bu noktalar başparmak ve işaret parmakları kullanılarak aynı anda sıkıştırılır. Yaklaşık 10 sn tutulduktan sonra gevşetilir. Üç ya da daha çok kez tekrarlanılabilir. (Dış noktalar overleri, iç noktalar uterusu uyarır) (Şekil 7) (54).

Overler İçin Refleks
Noktalar



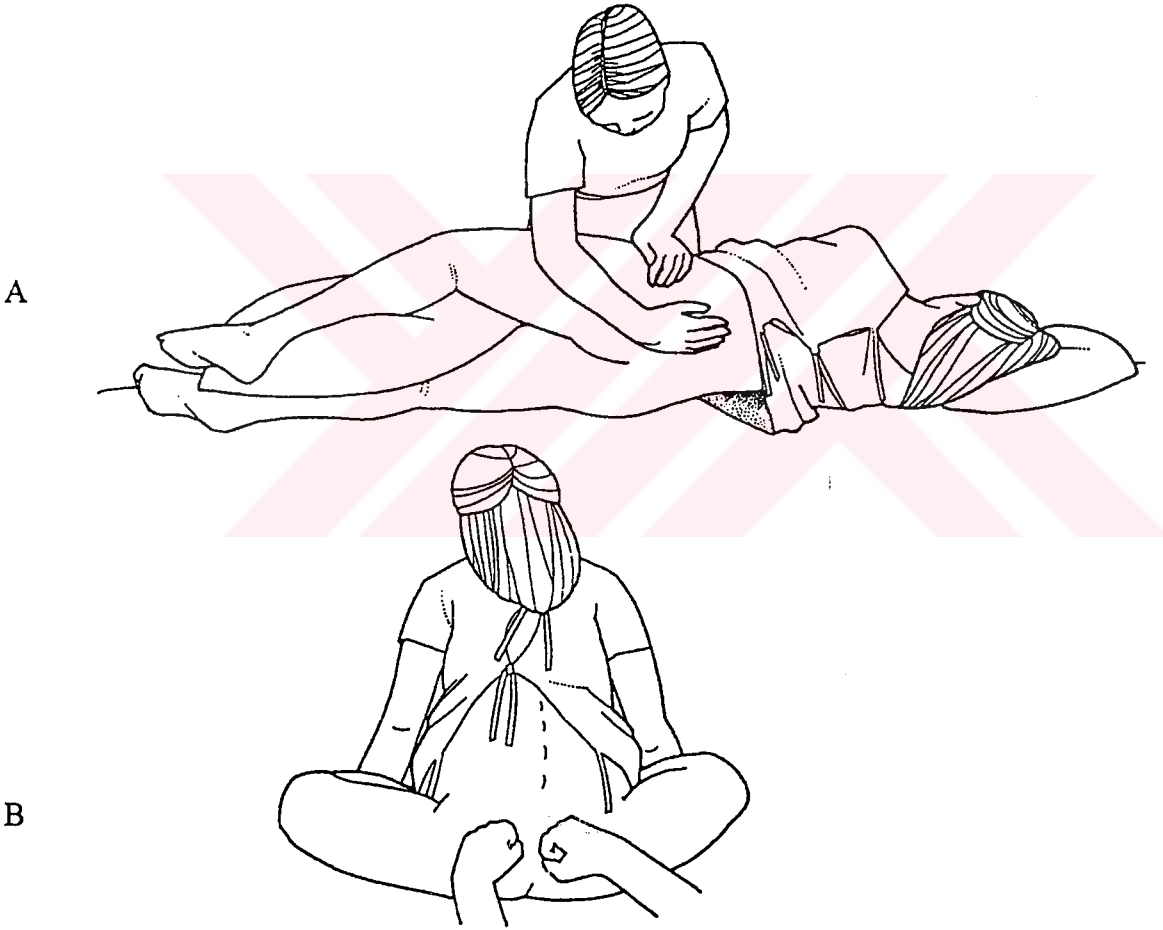
Uterus için Refleks Noktalar



Şekil 7: Doğum Eylemini Hızlandıran Ayaktaki Refleks Noktalar (Overler ve Uterus İçin)
Stillerman E. Mother Massage, A Handbook For Relievin the Discomfort of Pregnancy. A Delta Publishe,
New Yorg, 1992; p: 93

Bel masajı : Bu teknik bel ağrısının giderilmesinde çok etkili olmaktadır. Bel ağrısı fetüs başının her bir kontraksiyon ile koksiks. ve sakruma yaptığı basınçtan kaynaklanmaktadır. Bu durum daha çok oksiput posterior pozisyonda geçerlidir.

Anne ayakta, yan yatar ya da oturur pozisyonda olabilir (Şekil 8). Eğer anne yan yatar pozisyonda ise başın altına ve dizlerin arasına birer yastık yerleştirilir. Ellerin taban ya da yassı kısmı kullanılarak sakrum bölgesi ovulur. Yine sakrum ve koksiks bölgesine küçük dairesel hareketlerle basınç uygulanır. Etkili basınç yapabilmek için bu bölge ellerle yumruklanabilir (eller yerine sert bir obje de kullanılabilir) (21,28,48,54,60).



Şekil 8: Sakruma Basınç Uygulaması (A : yatar pozisyonda, B: oturur pozisyonda)
ReederSI, Martin LL.Maternaty Nursing Family Newborn and Women's Healt Care. 16.ed. J.B Lippicot Company, Philadelphia,1997; p: 519.

Sirt masajı : Başparmaklar kullanılarak eller koltuk altından omurganın her iki yanına doğru hareket ettirilir. Doğrudan omurga üzerine basınç yapılmamalıdır. 5-6 kez tekrarlanabilir (28).

Omuz ve boyun masajı : Parmaklarla ya da yumruklama hareketleri ile omuzlara masaj yapılır. Her iki omuzun çıkıntılı kenar kısımları ovulur ve bu kollara doğru hareket ettirilir. 3-4 kez tekrarlanabilir. Boyun bölgesi ovulurken gergin bölgeler aranmalı ve buraya daha fazla zaman harcanmalıdır. Bu bölge arkaya sırtta doğru ovulur ve en az 3-4 kez tekrarlanabilir.

Hafif efloraj : Bu işlem masajı bitirmek için mükemmel bir ovma şeklidir. Baştan başlanır ve kalça kemiğinin bitiminde yumuşak hareketlerle sonlandırılır. 3-4 kez tekrarlanılabilir (28).

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 ağrılarını (oksiput posterior da) 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 (22,44,62).

Soğuk uygulama : Eğer doğum eyleminde kadın çok terlemiş ve bunalmış ise soğuk uygulama kadının rahatlamasında yardımcı olabilir. Soğuk suyla ıslatılmış pedler kadının alnuna 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 (2,62,64).

Sıcak ya da soğuk uygulamanın daha etkili olabilmesi için sırasıyla uygulanması gerekir. Sıcak uygulamanın etkisi soğuk uygulamanınki kadar uzun süreli değildir. Çünkü; yükseltilmiş kan akışı, çabucak dokunun tekrar normal sıcaklığına ulaşması için yavaşlatılır. Soğuk uygulamanın etkisi daha uzun sürelidir. Çünkü doku altındaki soğuma, dış taraftaki ısınmanın gecikmesi nedeni ile uzun sürer (63).

Banyo yapma veya duş alma : Bir diğer tensel uyarılma girişimi ise sıcak su kullanımınıdır. Sıcak suyun hem hidrokinetik hem de hidrotermal etkisi vardır. Sıcak su lokal vazodilatasyona ve kasların gevşemesine neden olur. Bunun yanında sadece abdomen kasların ısı derecesini artırmakla kalmaz, beraberinde kontraksiyonları da etkileyerek servikal dilatasyona yardımcı olur .Suyun sıcaklığı 36.6⁰ C ile 37.8⁰ C arasında olmasına dikkat edilmelidir (22,36,44).

Banyo yapma, zeminin kaygan ya da suyun çok sıcak olması gibi basit çevresel riskleri taşır. Bu nedenle başka bir yöntem ihtiyacı duyulabilir. Sürekli fetal monitöre bağlanması gereken kadın için değerlendirme güçlüklerine neden olabileceğinden banyo yapılmasına izin verilmeyebilir. Banyo yapmayı ya da duş almayı isteyen bir kadın için fetal kalp hızı, fetoskop ya da elle tutulan dopler cihazı ile izlenebilir .

2.4.1.4.Solunum Teknikleri

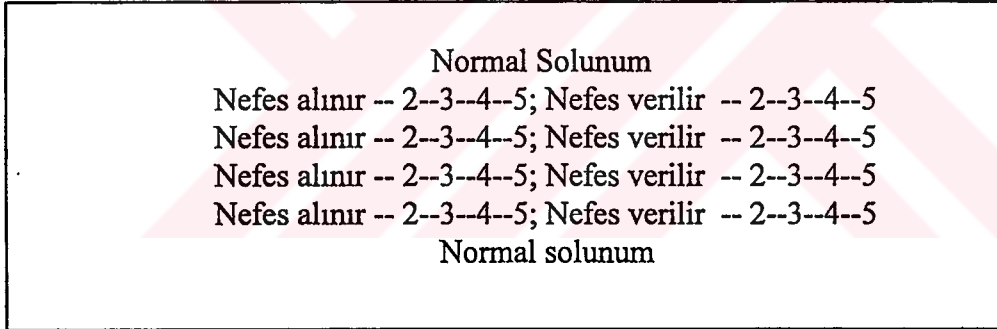
Solunum teknikleriyle kadının dikkati ağrı anında değişik noktalara yöneltilir. Solunum teknikleri doğru kullanıldığı takdirde annenin ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesini sağlar, utero - plasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla başatmasını sağlar. Çeşitli solunum teknikleri vardır ve anne gereksinimine uygun olarak uygulanabilirler. Genellikle gevşemeyle birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır (4,2,28,44,59).

Doğum ağrısıyla başatmede Dick Read ve Lameze olmak üzere iki önemli teknik kullanılmaktadır. Bunlardan lameze en yaygın kullanılan tekniktir. Gelişmiş ülkelerde gebe eğitim sınıflarında daha çok bu teknik öğretilmektedir. Türkiye’de ise bu tür uygulamalar çok yaygın olmadığından doğuma gelen gebelerin solunum teknikleri hakkında bilgisi olmamaktadır. Buna bağlı olarak hemşire, doğuma hazırlıksız gelen gebeye solunum tekniklerini öğretebilir. Bunun için en ideal zaman latent fazdır (22,26,59).

Lameze solunum modeli dört aşamada uygulanır. Bunlar sırasıyla aşağıda yer almaktadır.

İlk Düzey (Normal Solunum) : Burundan nefes alınıp sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verilir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder. Solunum hızı 15 sn'de 2 kezdir. Latent fazın başlarında uygulanır (41,59).

İkinci Düzey (Yavaş - Derin Göğüs Solunumu) : Bu tekniğin öğrenilmesi çok kolaydır. Bu solunum şekli aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kontraksiyonlarla başetmede yardımcı olur. Özellikle oluşan gerilimi gidererek gevşemeye de yardımcı olmaktadır. Her kontraksiyonun başında normal solunum yapılır. Bu derin ve duyulabilir solunumdur. Nefes burundan alınır ve ağızdan verilir. İlk başta normal solunum yapılır. Sonra burundan 5 sn nefes alınır ve sonra ağız yoluyla nefes 5 sn'de dışarı verilir (Şekil 9). Solunum hızı dakikada ortalama 6 ile 12 arasında değişir. Kontraksiyon süresince yavaş - derin göğüs solunumu sürdürülür (26,28,41,59).

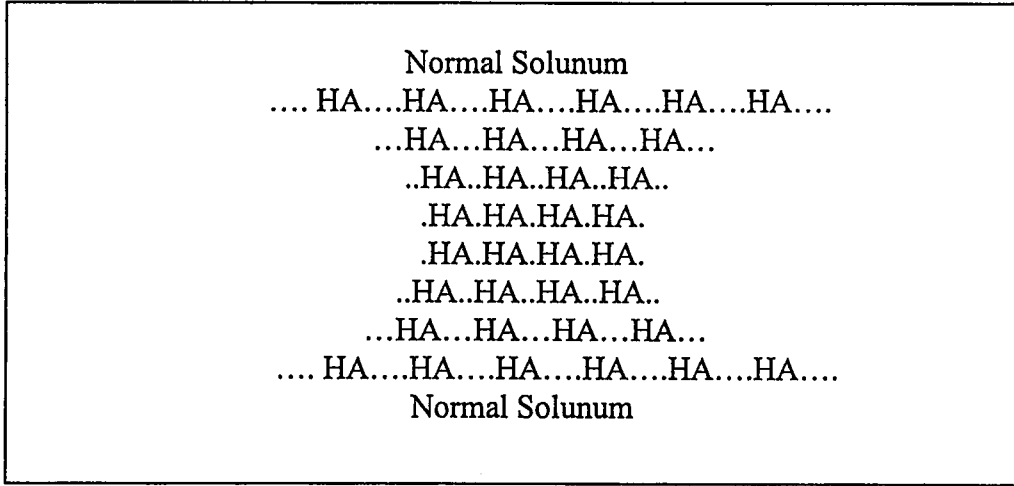


Şekil 9 : Yavaş - Derin Göğüs Solunumu

Harmen Aj ve ark. Preparation For Childbirth : A Family Approach Ed. M Harvey. 2. Ed. Babtist Memorial Hospitale, İndianapolis, 1986, p : 47.

Üçüncü Düzey (Hızlı - Yüzeysel Göğüs Solunumu) : Bu teknik sesli solunum olarak da bilinmektedir. Öğrenilmesi biraz zordur ama öğrenildiği takdirde etkinliği yüksektir. Karmaşık bir solunum örneğidir. Çok iyi konsantre olmayı gerektirir. Dikkati başka yöne çekmede ve enerji kaybını önlemede etkisi büyüktür. Bu solunum tipi bir köpek yavrusunun nefes nefese kalması şekline benzetilir. Nefes vermeye “hi” ya da “hoo” sesleri eşlik eder. Solunumun karın kaslarını kullanmaksızın üst göğüs kaslarını kullanarak yapılması gerekir. Her bir kontraksiyon normal solunum ile başlar. Kontraksiyon

şiddetlendikçe solunum hızıda gittikçe artırılır. Kontraksiyonlar durulmaya başladığında solunum hızıda yavaşlar.İki kontraksiyon arasında normal solunuma devam edilir (Şekil 10).



Şekil 10: Hızlı - Yüzeysel Göğüs Solunumu

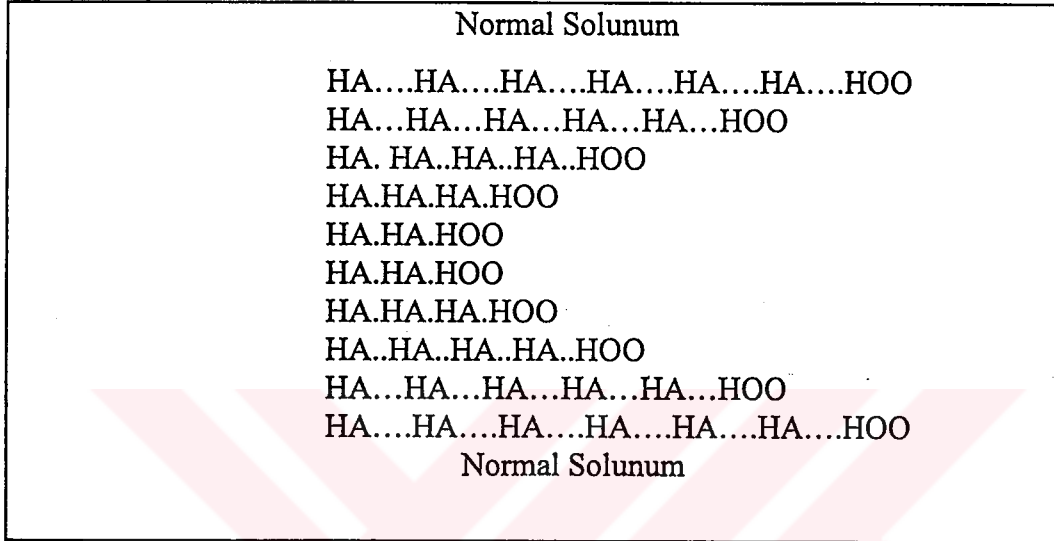
Harmen Aj ve ark. Preparation For Childbirth : A Family Approach Ed. M Harvey. 2. Ed. Babtist Memorial Hospitale, İndianapolis, 1986, p : 48.

Hiperventilasyonu önlemek için havayı eşit değiştirmek çok önemlidir. Nefes ağızdan alınıp ağızdan verilir. Bu nedenle ağızda kuruluk oluşabilir. Böyle durumlarda dudakların ıslatılması anneyi rahatlatmaktadır. Hiperventilasyon oluşmuş ise nefes bir kese kağıdına ya da avuç içine üflenmelidir. Solunum hızı saniyede yaklaşık 2 solunum olacak şekilde olmalıdır. Bu solunum tekniği daha çok aktif fazda uygulanır.

Dördüncü Düzey (Üfleme - Abdominal Solunum) : Doğum eyleminin geçiş aşamasına gelindiğinde (dilatasyon 8 - 10 cm) bebek aşağıya doğum kanalına doğru hareket eder. Buna bağlı olarak rektuma doğru bir basınç oluşur ve her bir kontraksiyonla beraber bazen ıkınma hissi gelişebilir. Eğer ıkınma hissi dilatasyon tamamlanmadan önce oluşursa vakitsiz ıkınmaya bağlı servikte ödem ve yırtılma görülebilir.

Pelvik basıncı azaltmada ve ıkınma hissini gidermede abdominal solunum modeli uygulanmaktadır. Bu teknikte nefes ağızdan alınıp verilir. Bu daha çok hızlı - yüzeysel solunum tipine benzer ama burada solunum sırasında hava, sanki bir mumu üfler gibi dışarı verilir.

Üfleme tipi solunum, diyaframı kaldırarak oluşan basıncı da azaltmaktadır. Solunuma 6:1 oranında başlanır. Yani 6 kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme tarzında solunuma başlanır. Kontraksiyon şiddetlendikçe oranda düşürülür. 6:1 , 5:1, 3:1, 2:1 şeklinde solunuma devam edilir (Şekil 11). Bu teknikte nefes alınıp verilirken abdomende yükselmeler ve alçalmalar görülür. Kontraksiyonun başında ve sonunda normal solunum yapılır.



Şekil 11: Üfleme - Abdominal Solunumu

Harmen Aj ve ark. Preparation For Childbirth : A Family Approach Ed. M Harvey. 2. Ed. Babtist Memorial Hospitale, İndianapolis, 1986, p : 51.

Üfleme tekniğinin hızlı ve yüzeysel olmasına özen gösterilmelidir. Ancak arka arkaya hızlı - yüzeysel solunum yapıldığında hiperventilasyon oluşacağından alınan ve verilen hava miktarının eşit olmasına özen gösterilmelidir. Üfleme tekniğine çok iyi adapte olmak gerekir. Kurallara uygun yapılırsa bile ıkınma duygusu yaşanabilir (26,28,41,59).

İkınma : Dilatasyon 10 cm olduğunda gebe doğum odasına alınır. Gebeye ıkınmayı kolaylaştıran pozisyon verildikten sonra bebeğini çıkıma doğru itmesi için destek olunur. Kontraksiyon başında iki normal solunum yapılır. Kontraksiyon şiddetlenmeye başladığında derin bir nefes alınıp 8 - 10 sn tutulur ve abdomen ve diyafragma kasları kullanılarak ıkınılır. Nefes verilir ve arkasından tekrar derin bir nefes alınır ve 8 - 10 sn tutularak tekrar ıkınılır. Bu işleme kontraksiyonun şiddeti azalınca kadar devam edilir. Kontraksiyon bittiğinde normal solunum yapılarak bir sonraki kontraksiyona kadar gebenin gevşemesi sağlanır (15,16,28,41,42,50,59).

2.3.2. Gebenin Ağrı Kontrolüne Hazırlanması

Ağrıyı kontrol altına almada başarı, verilen eğitime inanmayı gerektirir. Eğer kadın kendisine öğretilen tekniklerin faydasız, etkisiz olduğunu düşünürse bu yöntemlere karşı ilgisiz kalabilir. Prenatal değerlendirmede kadının doğum eylemi hakkındaki bilgisi, inançları, geçmişte ağrıyla ilgili yaşadığı deneyimler, ağrı sırasında kullandığı başa çıkma stratejileri vb. bilgiler alınmalıdır. Tüm bu bilgiler doğum ağrısıyla başedebilme planını başlatmada yardımcı olacaktır (35,36).

Anne adayı doğum öncesi dönemde kombine bir metodla doğuma hazırlanmalıdır. Doğuma hazırlık sınıflarında doğum eylemi hakkında bilgiler verilerek, gevşeme ve solunum teknikleri öğretilerek ağrıya neden olan korku eğitimle , ruhsal ve fiziksel uygulamalarla giderilebilir. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin öğrenilmesi için en ideal zaman, ikinci trimester ile doğumdan önceki birkaç haftaya kadar olan dönemdir. (6,18,19,2,28,46,56).

Hemşire doğumhaneye hazırlıksız gelen kadın ve ona destek sağlayacak kişilere nonfarmakolojik yöntemleri öğretebilir. Doğum eyleminin latent fazı eğitim için en uygun zamandır. Çünkü bu dönem kadınların dikkat ve ilgiyi sağlamaları açısından uygundur. Ayrıca latent fazda yaşanan rahatsızlıkların da az olması algılamayı kolaylaştırır. Doğum eyleminin ilerlemesiyle birlikte gebenin eğitimi de güçleşecektir (22).

Bir çok yöntem uzun süre kullanıldığı zaman etkinliği azalabilmektedir. Ağrı kontrol yöntemleri hakkında bilgisi olan hemşire uygun yöntemlerin belirlenmesinde ve uygulanmasında gebeye yardımcı olabilir. Doğumhanede çalışan hemşirenin ve ebelerin gebe kadına vereceği bakımda amaçlardan biri de, ağrı algılanışının azaltılması olmalıdır. Doğuma yardımcı olacak hemşire ve ebe, gebe eğitim sınıflarında öğretilen ağrı kontrol yöntemlerinin gebe kadın ve ailesi açısından çok faydalı olduğunu bilmelidir. Doğum eylemi sırasında kadına öğretilen tekniklerle, kadına daha önce öğretilen uygulamalar arasındaki farklılıklar kadının karıştırmasına ve şaşırmasına neden olabilir. Bu nedenle doğum öncesi eğitilmiş gebeler ağrıyla başa çıkmada bildiği ve öğrendiği yöntemleri uygulamaları konusunda desteklenmelidirler (22,36).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini belirlemek amacıyla planlanan ve Aralık 1999 - Aralık 2000 tarihleri arasında yürütülen çalışma deneysel araştırma özelliğindedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırmamız SSK Bakırköy Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. İstanbul'un Avrupa Yakasında hizmet veren Doğumevinin , 850 yatak kapasitesi olup ortalama günlük doğum sayısı ise 70 'dir. Doğumhane ; ağrı odası, tuşe odası, monitör odası ve doğum salonundan oluşmaktadır. Doğumhanede toplam 11 uzman hekim, 12 asistan, 21 ebe ve 12 yardımcı personel olup aktif olarak 1 uzman, 5 asistan, 8 ebe ve 4 yardımcı personel hizmet vermektedir. Doğum sayısının fazla olması nedeniyle doğumu hızlandıran yöntemlere başvurulmaktadır. İntravenöz oksitosinli sıvı uygulaması (% 5 Dekstroz 500cc içine 5 Ü oksitosin), amniotomi, lavman uygulamaları yapılmakta ayrıca serviksin dilatasyonuna ve ağrının azaltılmasına yardımcı olmak için epidosin ve dolantin türü ilaçlar rutin uygulanmaktadır.

Hastanenin araştırma yeri olarak seçilme nedenleri :

- Hastanenin günlük doğum sayısının birçok hastaneye oranla fazla olması
- Doğumhane içinde ayrı bir ağrı odasının olması.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini SSK Bakırköy Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine 01-01-2000, 01-09-2000 tarihleri arasında başvuran, gönüllülük esas alınarak olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen, yüksek riskli olmayan gebe kadınlar oluşturmuştur. 20 deney , 20 kontrol grubu olmak üzere 40 vaka ile çalışılmıştır.

Çalışmaya kabul koşulları:

- 38 - 42. gestasyon haftasında olan ve ilk doğumunu yapan primipar gebeler,
 - Doğum eyleminin latent fazında (servikal açıklık 2 -3 cm) olan gebeler,
 - Doğum eylemiyle ilgili riskli bir durumun söz konusu olmadığı gebeler,
 - Normal spontan doğum yapması beklenen gebeler
- çalışma kapsamına alınmıştır

Çalışmaya etik olarak önce kontrol grubundan başlandı. Kontrol grubuna eğitim ve hemşirelik desteği verilmediği için günde 2-3 gebe izlendi. Deney gruplarında ise günde bir gebe izlenmiştir. Çalışmaya katılan tüm gebelere hastanenin tedavi rutini dahilinde kür (% 5 Dekstroz 500cc içine 5Ü oksitosin) takılmış, dolantin ve epidosin uygulanmıştır. Araştırma gerçek uygulama ortamının ve bakım uygulamalarının etkilenmemesi için personel sayısının yeterli olduğu , öğrenci uygulamalarının olmadığı dönemde ve gündüz saatlerinde yapılmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; gebe kadınların *demografik, obstetrik* özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirilen *Tanıtıcı Bilgi Formu* (Ek.1) , ağrının *şiddetini* tanımlamada kullanılan *Vizüel Analog Skala* (Ek.2), *İzlem Formu* (Ek.3), *Gözlem Formu* (Ek.4) ve *Doğum Sonrası Görüşme Formu* (Ek.5) ile elde edilmiştir

Ek. 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Gebenin tanımlayıcı özelliklerini, gebelik öncesi ve gebelik öyküsünü, doğuma ilişkin düşünce ve beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Latent fazda deney ve kontrol grubu annelerle birebir görüşülerek doldurulmuştur. Bu formunda :

- Tanımlayıcı özellikler (yaş, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu)
- Gebelik hikayesi (isteyerek gebe kalma durumu, gebelik sayısı, doğum öncesi bakım alma ve bakım sayısı).
- Doğuma ilişkin bilgi, düşünce ve beklentileri (daha önce doğum görme, doğumla ilgili hikaye dinleme ve bunlardan etkilenme durumları , şu anki duyguları, doğuma yönelik hazırlığı, diğer ağrı deneyimlerinde kullandığı başa çıkma yöntemleri, doğumhaneye gelene kadar kendisine destek olan kişiler) ile ilgili sorular yer almıştır.

Ek. 2. Vizüel Analog Skala (VAS)

Vizüel Analog Skala (VAS), ağrılı hastalarda ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. Tanılama hastanın sözel ifadelerini içeren subjektif veriler doğrultusunda yapılmaktadır. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Algoloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ile görüşülerek VAS'ın doğum ağrısının tanılanmasında kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırmada kullandığımız VAS; kartondan yapılmış, üzerinde 0'den 10 'a kadar sayıların yer aldığı bir cetvel ve cetvelin üst tarafında beyazdan (0) koyu kırmızıya (10) doğru giden renk göstergesinden oluşmaktadır. Ayrıca cetvelin iç tarafında ifade edilen sayısal değerlerin cetvel üzerinde gösterilmesini sağlayan hareketli bir karton da yer almaktadır. (EK 2). Ağrı şiddetinin "0 - 10" arasında değişen rakamlarla ifade edildiği hiç ağrının olmamasının "0", en şiddetli ağrının "10" rakamı ile belirlendiği ölçekte , anneye şu an yaşadığı ağrının şiddetini "0" ile "10" arasında hangi rakamla ifade edebileceği sorulmuştur. Annenin ifadeleri ağrı aralarında alınmıştır.

Doğum ağrısının değerlendirilmesiyle ilgili Bonnel ve Boureau (1985) (8), Brown, Cammbell ve Kuttz (1989) (9), Hapidou ve Catanzaro (1992) (27), Sittner B. et. al. (1998) (53) ve Gençalp (1998) (21) yaptıkları çalışmalarında VAS' ı kullanmışlardır.

Deney ve kontrol gruplarında dilatasyon 2cm, 4cm, 6cm, 8cm, 10cm, olduğunda VAS kullanılarak ağrının şiddeti sözel olarak belirlenmiştir.

Ek. 3. İzlem Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen izlem formuna, dilatasyon evresinin başından ekspulsiyon evresinin sonuna kadar izlenen deney ve kontrol grubu gebelerden elde edilen VAS değerleri, yapılan uygulamalar, doğum eyleminin süresi, yenidoğanın cinsiyeti ve kilosu kaydedilmiştir..

Ek. 4. Gözlem Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak düzenlenen bu formda deney ve kontrol grubu gebelerin aktif fazda gösterdiği duygusal davranışları ve ekip üyeleri ile işbirliği yapma durumlarıyla ilgili gözlem sonuçları yer almaktadır.

Ek. 5. Doğum Sonrası Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan bu formda Deney ve kontrol grubu annelerin doğum ağrısı, ağrı odası ve doğum eylemi hakkındaki düşünceleri, şu anda kendini nasıl hissettiğine ilişkin ifadeleri yer almaktadır.

3.5. UYGULAMA

Çalışma kapsamına alınması düşünülen gebelere yönelik uygulamalar şöyle bir sıra izlemiştir :

- Gebelerle tanışma,
- Çalışmanın amacı hakkında bilgi verme,
- Gebelerin çalışmaya katılma konusunda gönüllü olup olmadıkları belirleme,
- Gönüllü olan gebeleri çalışmaya dahil etme,
- Çalışmaya alınacak gebelere (denev ve kontrol grupları) doğumhanenin fiziksel koşulları, yapılan rutin işlemler ve doğumhanede çalışan sağlık personeli ve görevleri hakkında bilgi verme.
- Her iki grup aynı kurumdan seçildiği için herhangi bir etik sorun yaşamamak üzere çalışmaya önce kontrol grubundan başlama.

Kontrol Grubuna Yapılan İşlemler :

- Doğum eyleminin latent fazında gebe kadınlarla birebir görüşülerek tanıtıcı bilgi formu dolduruldu.
- Doğum eylemi süresince dilatasyon 2cm, 4cm, 6cm, 8cm, 10cm, olduğunda gebeye Vizüel Analog Skala (VAS) gösterilerek hissettiği ağrının şiddetini sayısal olarak ifade etmesi istendi. Alınan sayısal ifadeler izlem formuna kaydedildi.
- Gözlem Formu ve Doğum Sonrası Görüşme Formu dolduruldu.
- Doğumhanede yapılan rutin işlemler dahilinde gebeler izleme bırakıldı ve herhangi bir eğitim programı ve hemşirelik destek girişimleri uygulanmadı.

Deney Grubuna Yapılan Eğitim ve Verilen Destek Programının İçeriği:

DÖNEMLER	HEMŞİRELİK UYGULAMALARI
DİLATASYON DÖNEMİ Latent Faz Dilatasyon 2 - 3cm arasında kontraksiyonlar 10 ile 20 dakikada bir gelir	<ul style="list-style-type: none">• Gebe ile birebir görüşülerek tanıtıcı bilgi formunu doldurma• Gebeye eğitim verme,<ol style="list-style-type: none">1. Eğitim yeri: Giren çıkanın olmadığı, sessiz bir oda (eğitim için malzeme odası kullanılmıştır)2. Eğitim Süresi :40 dakika3. Eğitimin içeriği :<ul style="list-style-type: none">• Doğumun evreleri (EK 6, Resim 1)• Doğum ağrısı (sıklığı ,süresi, şiddeti)• Ekspulsiyon döneminin başlangıç belirtileri• Gevşeme (pozisyon değişikliği)• Solunum ve tensel uyarlama tekniklerini öğretme (EK 6, Resim 2), doğru yapıp yapmadığını kontrol etme (EK 6, Resim 3 ,4)
Aktif Faz Dilatasyon 4 ile 8 cm arasında kontraksiyonlar 3 ile 5 dakikada bir gelir.	<ul style="list-style-type: none">• Pozisyon : <u>Kontraksiyon sırasında</u> ayakta durma, sol yan tarafa yatma <u>Kontraksiyon aralarında</u> gezinme, oturma• Tensel Uyarılma : <u>Kontraksiyon sırasında</u> elleri pubik bölgeden

	<p>yavaşca umblikale doğru hareket ettirme ve oradan tekrar pubik bölgeye dönme (gebenin kendisine yaptığı masaj). Gebenin bel bölgesine yumruklama ve ovma hareketlerini yapma (EK 6, Resim 5) Bunun yanında nemli pedlerle gebenin yüzünü silme ve dudaklarını ıslatma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solunum : <u>Kontraksiyon anında</u> nefesi, ağızdan alıp ağızdan verme. Hızlı- yüzeysel göğüs solunumu yapma. Solunumun hızı normal solunumun 2 katıdır. Bu arada gebenin hayal kurmasını sağlama <u>Kontraksiyon aralarında</u> burundan derin bir nefes alma, ağızdan yavaşca üfler şekilde verme.
<p>Geçiş Fazı Dilatasyon 8 - 10cm arasında, kontraksiyonlar dakikada bir gelir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pozisyon : <u>Kontraksiyon sırasında</u> ayakta durma, çömelme, sol yan tarafa yatma <u>Kontraksiyon aralarında</u> oturma, sol yan tarafa yatma • Tensel Uyarılma : Aktif fazdaki uygulamalar • Solunum : <u>Kontraksiyon anında</u> nefesi, ağızdan alınıp ağızdan verme. Ağızdan iki kesik üfleme bir uzun üfleme izler. Nefes verme üfleme şeklindedir ve abdominal solunum yapma (EK 6, Resim 6). Bu arada gebenin hayal kurmasını sağlama. <u>Kontraksiyon aralarında</u> burundan derin bir nefes alma, ağızdan yavaşca üfler şekilde verme.
<p>EXPULSIYON DÖNEMİ Dilatasyon 10 cm ve anne doğum odasına alınır.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pozisyon : Gebeye litotomi pozisyonunu verme. • Solunum : <u>İkınma anında</u> derin bir nefes alma sonra tutma (8- 10 sn) ve ıkınma. Tekrar nefes alma tutma ve ıkınma. Bunu, kontraksiyonlar hafifleyinceye kadar sürdürme. <u>Kontraksiyon aralarında</u> normal solunuma devam etme.

Doğum eylemi süresince dilatasyon 2cm, 4cm, 6cm, 8cm, 10cm, olduğunda gebeye Vizüel Analog Skala (VAS) üzerinde hissettiği ağrının şiddetini sözel olarak ifade etmesi istendi. Alınan sayısal ifadeler izlem formuna kaydedildi.

Dilatasyon döneminin aktif fazında gebe gözlenerek Gözlem Formu ve doğum sonrası anneye birebir görüşülerek de Doğum Sonrası Görüşme Formu dolduruldu.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Program For Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme deney ve kontrol grubundan elde edilecek verilerin karşılaştırılması ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler istatistiksel olarak yüzdellik ortalama, Ki kare (Chi - Square), Fisher's Exact ve bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin ;

- Tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesinde yüzdellik (%) ortalama, Ki kare (Chi - Square), Fisher's Exact ,
- Dilatasyon dönemine ilişkin bulguların değerlendirilmesinde yüzdellik (%) ortalama, Ki kare (Chi - Square), Fisher's Exact ve t testi (bağımsız gruplarda) ,
- Doğum sonu görüşmeye ilişkin bulguların değerlendirilmesinde ise yüzdellik (%) ortalama, Ki kare (Chi - Square), Fisher's Exact istatistiksel testleri kullanılmıştır (1,55,57,58).

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI SIRASINDA KARŞILAŞILAN DURUMLAR

3.7.1. Olumlu Durumlar

- Uygulamanın yapılması için kurum tarafından onay verilmiş ve çalışma desteklenmiştir.
- Doğumhanede çalışan sağlık ekibi çalışmanın uygulanması esnasında işbirlikçi bir yaklaşım içinde olmuştur.

3.7.2. Olumsuz Durumlar

- Tedavi rutinlerinin tüm gebelerde uygulanması (oksitosin, dolantin ve epidosin uygulamaları) bu faktörlerin etkilerinin sınırlandırılmamasına neden olmuştur.
- İzlenmekte olan gebelerin müdahaleli doğuma alınması (Sectio - Sezeryan , Vakum uygulaması) (toplam 6 gebe müdahaleli doğuma alınmıştır) çalışma süresini uzatmıştır.
- Uygulamanın yapılabilmesi için ayrı bir ağrı odasının olmaması oda içinde bulunan diğer gebelerin yalnızlık ve terkedilmiş duygularını yaşamalarına neden olmuştur.
- Özellikle deney grubuna eğitim verilirken çevresel uyaranların yeterince kontrol altına alınması sıkıntı yaratmıştır.
- Deney grubunda günde sadece bir gebenin izlenebiliyor olması çalışma süresinin uzamasına yol açmıştır

4. BULGULAR

Çalışma annelerin doğum eyleminde bakım ve desteğe olan gereksinimleri ve hemşirenin bu gereksinimi karşılamadaki rolüne dikkati çekmek üzere doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini belirlemek için deneysel olarak planlanmıştır. Çalışma SSK Bakırköy Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hatanesine doğum yapmak için başvuran 20 kontrol ve 20 deney grubu olmak üzere toplam 40 gebe üzerinde gereç ve yöntemde açıklandığı şekilde gerçekleştirilmiştir. Bulgular 3 bölümde ele alınmıştır. Birinci bölümde gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular (gebelerin yaşları, gebelerin ve eşlerinin eğitim durumları, isteyerek gebe kalma durumu, gebelik sayısı, doğum öncesi bakım alma durumu, daha önce doğum görme , doğumla ilgili hikaye dinleme ve bunlardan etkilenme durumu, doğum eyleminin başında doğuma ilişkin duyguları, doğum eylemine hazırlanma durumu, ağrıyı gidermek için kullandıkları girişimler ve çevrelerinden destek alma durumu), ikinci bölümde dilatasyon dönemine ilişkin bulgular ve üçüncü bölümde de doğum sonrası görüşmeye ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. TANITICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde gebelerin yaşları, gebelerin ve eşlerinin eğitim durumları, ve isteyerek gebe kalma durumları, gebelik sayısı, doğum öncesi bakım alma durumları, daha önce doğum görme , doğumla ilgili hikaye dinleme ve bunlardan etkilenme durumları, doğum eyleminin başında doğuma ilişkin duyguları, doğum eylemine hazırlanma durumları, daha önceki ağrı deneyimlerinde kullandığı ağrı giderme yöntemleri ile çevrelerinden destek alma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Annelerin Yaş ve Eğitim Durumu Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol grubu (n = 20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		Fisher X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
15-24 yaş	14	70.0	14	70.0	28	70.0	0.000	1.000
25-34 yaş	6	30.0	6	30.0	12	30.0		
Eğitim								
İlköğretim (8yıl)	13	65.0	17	85.0	30	75.0	2.133	0.275
Ortaöğretim (11yıl)	7	35.0	3	15.0	10	25.0		

Yaş ortalaması ; Kontrol grubu X = 22.2, Deney grubu X = 22.8, Toplam X = 22.5

Tablo 1 'de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu annelerin yaş ve eğitim durumları göre dağılımları görülmektedir. Annelerin çoğunluğu 15-24 yaş grubunda yer almaktadır. Kontrol ve deney grubunda yer alan annelerin %70 'i bu yaş grubundadır. Kontrol grubu annelerin yaş ortalaması X = 22.2, deney grubu annelerin yaş ortalaması X = 22.8, genel yaş ortalaması ise X = 22.5 'dir. Kontrol grubu annelerin %65, deney grubu annelerin ise %85 oranında ilköğretim mezunu oldukları belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu anneler yaş (X² = 0.000, P > 0.05) ve eğitim durumu (X² = 2.133, P > 0.05) bakımından benzer bulunmuştur.

Tablo 2. Annelerin Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol grubu (n = 20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Eğitim								
İlköğretim (8yıl)	12	60.0	13	65.0	25	62.5	2.117	0.347
Ortaöğretim (11yıl)	6	30.0	7	35.0	13	32.5		
Yükseköğretim	2	10.0	-	-	2	5.0		

Tablo 2'de araştırma kapsamında yer alan annelerin eşlerinin eğitim durumuna göre dağılımları görülmektedir Kontrol grubundaki annelerin eşlerin %60 'ı, deney grubundaki eşlerin ise %65 'i ilköğretim mezunudur. Araştırma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu anneler eşlerinin eğitim durumu (X² = 2.117, P > 0.05) bakımından benzer bulunmuştur.

Tablo 3. Annelerin İsteyerek Gebe Kalma Durumu ve Gebelik Sayısına Göre Dağılımı

Gebelik Öyküsü	Kontrol grubu (n = 20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
İsteyerek Gebe Kalma							Fisher	
Evet	18	90.0	16	80.0	34	85.0	0.784	0.661
Hayır	2	10.0	4	20.0	6	15.0		
Gebelik Sayısı								
1	15	75.0	20	100	35	87.5		
2	4	20.0	-	-	4	10.0	5.714	0.057
3	1	5.0	-	-	1	5.0		

Tablo 3 'de araştırma kapsamında yer alan annelerin isteyerek gebe kalma durumları ve gebelik sayıları görülmektedir. Kontrol grubu annelerin % 90 'nı, deney grubu annelerin ise %80 'nin isteyerek gebe kaldıkları belirlenmiştir. Kontrol grubu annelerin %75'nin, deney grubu annelerin ise tamamının (%100) ilk gebeliği olduğu görülmektedir. Kontrol grubu annelerin %20 'sinin 2. gebeliği , % 5'nin de 3. gebeliği olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan annelerin isteyerek gebe kalma durumları (X² = 0.784, P > 0.05) ve gebelik sayıları (X² = 5.714, P > 0.05) yönünden kontrol ve deney grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur .

Tablo 4. Annelerin Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Alma Durumu ve DÖB Alma Sayılarına Göre Dağılımı

Gebelik Öyküsü	Kontrol grubu (n = 20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
DÖB Alma								
Evet	20	100	20	100	40	100	-	-
DÖB Alma Sayısı								
4 'den az	6	30.0	9	45.0	15	37.5		
4-8 kez	10	50.0	10	50.0	20	50.0	2.400	0.301
8 'de fazla	4	20.0	1	5.0	5	12.5		

Tablo 4 'de araştırma kapsamında yer alan annelerin doğum öncesi bakım alma durumu ve doğum öncesi bakım alma sayıları görülmektedir. Kontrol ve deney grubu annelerin tamamının (%100) doğum öncesi bakım aldıkları belirlenmiştir. Annelerin doğum öncesi bakım alma sayıları incelendiğinde ise, kontrol ve deney grubu annelerin yarısının (%50) 4-8 kez bakım aldığı görülmüştür. 4 'den az bakım alma durumunun kontrol grubunda %30, deney grubunda %45 ve 8'den fazla bakım alma durumunun kontrol grubunda %20, deney grubunda %5 daha düşük oranda olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu anneler doğum öncesi bakım alma ve bakım sayıları ($X^2 = 2.400$, $P > 0.05$) yönünden benzer bulunmuştur .

Tablo 5. Annelerin Daha Önce Doğum Görme, Doğumla ilgili Hikaye Dinleme ve Bunlardan Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımı

Doğum İlişkin Düşünceler	Kontrol grubu (n = 20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Doğum Gören							Fisher	
Evet	3	15.0	5	25.0	8	20.0	0.625	0.695
Hayır	17	85.0	15	75.0	32	80.0		
Hikaye Dinleme							Fisher	
Evet	17	85.0	17	85.0	34	85.0	0.000	1.000
Hayır	3	15.0	3	15.0	6	15.0		
Nasıl Etkilendiler (Hikaye Din)								
Etkilenmeyen	1	5.9	4	23.5	5	14.7	3.837	0.147
Olumlu Etkilenen	2	11.8	-	-	2	5.9		
Olumsuz Etkilenen	14	82.4	13	76.5	27	79.4		

Tablo 5 'de araştırma kapsamında yer alan annelerin daha önce doğum görme, doğumla ilgili hikaye dinleme durumları ve nasıl etkilendikleri görülmektedir. Kontrol ve deney grubu annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu % 85, deney grubu %75) daha önce doğum görmedikleri belirlenmiştir. Kontrol grubu annelerin % 15 'i (n = 3) ve deney grubu annelerin ise %25'i (n = 5) daha önce evde doğum izlemiştir. .Doğum görmüş olan deney grubundan 2 annenin doğum olayından olumlu etkilendiği, kontrol grubundaki annelerin (n= 3) tümünün olumsuz etkilendiği görülmüştür.

Araştırma kapsamında yer alan annelerin daha önce doğum görme ($X^2 = 0.625, P > 0.05$) ve doğum olayından etkilenme ($X^2 = 2.125, P > 0.05$) durumlarına göre kontrol ve deney grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Kontrol ve deney grubu annelerin büyük bir çoğunluğunun (% 85) başkalarından doğumla ilgili hikayeler dinledikleri belirlenmiştir. Hem kontrol hem de deney grubu annelerin % 15 oranında hiç doğumla ilgili hikaye dinlemedikleri görülmektedir. Doğumla ilgili hikaye dinlemiş olan kontrol grubu annelerin %82.4 'ü, (n=14) deney grubu annelerin ise % 76.5'i (n=13) dinledikleri hikayelerden olumsuz etkilenmiştir. Kontrol grubu annelerin % 11.8 'inin (n=2) olumlu etkilendiği görülmektedir. Kontrol grubu annelerin % 5.9 'u, (n=1) deney grubu annelerin ise % 23.5 'inin (n=4) hiç etkilenmediği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan annelerin doğumla ilgili hikaye dinleme ($X^2 = 0.000, P > 0.05$) ve bu hikayelerden etkilenme durumlarına ($X^2 = 3.837, P > 0.05$) göre kontrol ve deney grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Annelerin eylemin başında doğuma ilişkin duygularının dağılımı incelendiğinde, "şiddetli ağrı çekme korkusu" ve "bebeğin sağlığı hakkında endişe duyma" gibi olumsuz duyguların oranını kontrol grubu %100, deney grubu % 90 bulunmuştur. Eylemin başında hiçbir şey hissetmeyenlerin oranı deney grubu % 10 ' dur.

Araştırma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu anneler doğum eyleminin başında doğuma ilişkin hissettikleri duygular ($X^2 = 0.526, P > 0.05$) yönünden benzer bulunmuştur.

Tablo 6. Annelerin Gebelik Sürecinde Doğum Eylemine Hazırlanma Durumlarına Göre Dağılımı

Doğum Eylemine Hazırlanma	Kontrol grubu (n = 20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Basılı Yayın Okuma							Fisher	
Evet	6	30.0	4	20.0	10	25.0	0.535	0.716
Hayır	14	70.0	16	80.0	30	75.0		
Eğitim Prog.Katılma							Fisher	
Evet	2	10.0	-	-	2	5.0	2.105	0.487
Hayır	18	90.0	20	100	38	95.0		
Solunum Egz. ve Jimnastik Yapma								
Evet	5	25.0	-	-	5	12.5	7.648	0.047
Hayır	15	75.0	20	100	35	87.5		

Tablo 6’de annelerin doğum eylemine hazırlanma durumları görülmektedir. Kontrol grubu annelerin %70, deney grubu annelerin ise %80 oranında doğum eylemi hakkında basılı yayın (kitap ve dergi vb.) okumadıkları görülmektedir. Doğum eylemi hakkında basılı yayın okuma oranının kontrol grubu %30, deney grubunda %20 olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir bölümünün (kontrol grubu %90, deney grubu %100) hamile eğitim programına katılmadıkları görülmektedir. Hamile eğitim programına katılma oranının kontrol grubu %10 olduğu belirlenmiştir.

Annelerin gebelikleri süresince solunum egzersizi ve jimnastik yapmama oranları kontrol grubunda %75 iken, deney grubunun tamamının (%100) yapmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubu annelerin %25 ‘inin gebeliklerinde solunum egzersizi ve jimnastik yaptığı görülmüştür.

Araştırma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu anneler doğum eylemine hazırlanmada basılı yayın okuma ($X^2 = 0.535$, $P > 0.05$) ve hamile eğitim programlarına katılma ($X^2 = 2.105$, $P > 0.05$) yönünden benzer bulunmuştur. Gebelikleri süresince solunum egzersizi ve jimnastik yapma durumları yönünden kontrol grubu anneler deney

grubu annelere oranla gebeliklerinde daha fazla solunum egzersizi ve jimnastik yapmışlardır ($X^2 = 7.648$, $P < 0.05$). İki grup arasındaki bu fark kontrol grubu lehinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 7. Annelerin Daha Önceki Ağrı Deneyimlerinde Ağrıyı Gidermek İçin Kullandıkları Girişimlere Göre Dağılımı

Kullanılan Girişimler	Kontrol grubu (n=20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		X^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Ağrı kesici alma	12	60.0	12	60.0	24	60.0	2.618	0.270
Hiçbir şey yapmama	4	20.0	7	35.0	11	27.5		
Bölgeye masaj yapma	4	20.0	1	5.0	5	12.5		

Tablo 7 'de annelerin normal yaşantılarında ağrıyı gidermek için kullandıkları girişimler görülmektedir. Kontrol ve deney grubu anneler normal yaşantılarında % 60 oranında ağrıyı gidermek için ağrı kesici kullanmayı tercih etmişlerdir. Kontrol grubu annelerin %20'sinin, deney grubu annelerin %35'nin ağrıyla başa çıkmak için hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu annelerin düşük oranda (kontrol grubu % 20, deney grubu % 5) ağrıyan bölgeye masaj yaptıkları belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu anneler ağrıyı gidermek için kullandıkları girişimler yönünden benzer bulunmuştur ($X^2 = 2.618$, $P > 0.05$).

Çalışma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu annelerin tamamı doğumhaneye gelme aşamasında çevresindeki kişilerden destek almıştır. Kontrol ve deney grubu annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu %85, deney grubu %75) destek aldığı kişi sayısının birde fazla (eş, anne, kızkardeş, kaynana.....vb.) olduğu görülmektedir. Kontrol grubu annelerin %15, deney grubu annelerin ise %30 oranında sadece eşlerinden destek aldıkları belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu anneler doğum eyleminin başında çevresinden destek alma durumları ve destek aldıkları kişiler yönünden benzer bulunmuştur ($X^2 = 0.573$, $P > 0.05$).

4.2. DİLATASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan gebelerin aktif fazda gösterdikleri duygusal davranışlarına ve doğum eylemi süresince yaşadıkları ağrının şiddetine yönelik bulgular incelenmiştir. Doğum eyleminin fazlarına göre VAS (Vizüel Anolog Skala) kullanılarak gebelerin yaşadıkları ağrının şiddeti sözel olarak alınmıştır. Ayrıca gebelerin doğum sürelerine ve yenidoğan bebeklerin kilolarına ilişkin bulgular da bu bölümde incelenmiştir.

Tablo 8. Annelerin Aktif Fazda Gösterdikleri Duygusal Davranışların Dağılımı

Duygusal Davranışlar	Kontrol grubu (n = 20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		Fisher X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Heyecanlı görünüm	19	95.0	4	20.0	23	57.5	23.018	0.000
Korku ifadesi	9	45.0	1	5.0	10	25.0	8.533	0.08
Yalnız kalmaktan kaçınma	5	25.0	6	30.0	11	27.5	0.125	1.000
Duyarlılık	13	65.0	2	10.0	15	37.5	12.907	0.001
Huzursuzluk	9	45.0	2	10.0	11	27.5	4.514	0.031
Davranış kont güçlük	3	15.0	1	5.0	4	10.0	0.278	0.605
Mahremiyetin azalması	2	5.0	-	-	2	0.5	0.526	0.487
Yüksek sesle ağlama	16	80.0	-	-	16	40.0	23.438	0.000
Sessiz ağlama	4	20.0	9	45.0	13	32.5	1.823	0.176
Yüz ifadesinde değişiklik	20	100	9	45.0	29	72.5	12.539	0.000
Avuçlarını sıkma	17	85.0	10	50.0	27	67.5	4.103	0.041
Herhangi bir şeyi sıkma	15	75.0	5	25.0	20	50.0	8.100	0.004
Dudaklarını ısırma	5	25.0	1	5.0	6	15.0	1.765	0.182
Yakınma	16	80.0	4	20.0	20	50.0	12.100	0.000
Çığlık atma	11	55.0	-	-	11	27.5	12.539	0.000
Kendisine zarar verecek dav. bulunma	3	15.0	1	5.0	4	10.0	0.278	0.605
Sürekli gezinme	3	15.0	1	5.0	4	10.0	0.278	0.605

Tablo 8.'de araştırma kapsamında yer alan annelerin aktif fazda gösterdikleri duygusal davranışların dağılımı görülmektedir. Kontrol grubu annelerde deney grubu

annelere oranla “ Yüksek sesle ağlama” ($X^2 = 23.438$, $P < 0.001$), “yüz ifadesinde değişiklik” ($X^2 = 12.539$, $P < 0.001$), “yakınma” ($X^2 = 12.100$, $P < 0.001$) ve “çıglık atma” ($X^2 = 12.539$, $P < 0.001$) davranışları daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak **ileri derecede anlamlı** bulunmuştur .

Araştırma kapsamındaki annelerde “ korku ifadesi” ($X^2 = 8.533$, $P < 0.01$), “duyarlılık” ($X^2 = 12.907$, $P < 0.01$), “herhangi bir şeyi sıkma” ($X^2 = 8.100$, $P < 0.01$) davranışlarına kontrol grubunda deney grubuna oranla daha sık rastlanılmıştır.İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak **çok anlamlı** bulunmuştur.

Aktif faz döneminde kontrol grubu annelerde deney grubu annelere oranla “huzursuzluk” ($X^2 = 4.514$, $P < 0.05$), “avuçlarını sıkma” ($X^2 = 4.103$, $P < 0.05$) davranışları daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak **anlamlı** bulunmuştur.

Annelerin gösterdikleri tepkiler incelendiğinde “ yalnız kalmaktan kaçınma ” ($X^2 = 0.125$, $P > 0.05$), “ davranış kontrolünde güçlük ” ($X^2 = 0.278$, $P > 0.05$), “ mahremiyetin azalması ” ($X^2 = 0.526$, $P > 0.05$), “ sessiz ağlama ” ($X^2 = 1.823$, $P > 0.05$), “ dudak ısırma” ($X^2 = 1.765$, $P > 0.05$), “ kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma ” ($X^2 = 0.278$, $P > 0.05$), “ sürekli gezinme ” ($X^2 = 0.278$, $P > 0.05$) davranışları yönünden kontrol ve deney grubu anneler benzer bulunmuştur.

Annelerin ekip üyeleri ile işbirliği yapma durumları değerlendirildiğinde, doğum eylemi süresince kontrol grubu annelerin tamamının (%100), deney grubu annelerin ise % 95 ‘nin ekip üyeleri ile işbirliği yaptığı belirlenmiştir. Deney grubundan 1 anne işbirliğine yanaşmamıştır. Ekip üyeleri ile işbirliğinde bulunma ($X^2 = 0.000$, $P > 0.05$) yönünden kontrol ve deney grupları benzer bulunmuştur.

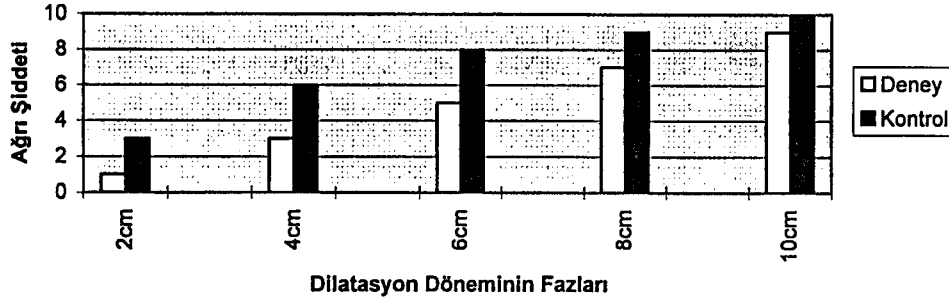
Tablo 9. Annelerin İfade Ettikleri Ağrı Şiddetine Göre Dağılımı

Dilatasyon Evresi	Kontrol Grubu (n = 20)		Deney Grubu (n = 20)		(t)	P
	X (VAS)	S	X (VAS)	S		
Latent Faz (2 cm)	3.00	1.48	1.75	0.71	3.38	0.002
Aktif Faz (4 cm)	6.35	1.42	3.75	1.20	6.22	0.000
Aktif Faz (6 cm)	8.35	1.08	5.80	1.15	7.19	0.000
Geçiş Fazı (8 cm)	9.55	0.51	7.85	1.22	5.72	0.000
Geçiş Fazı (10 cm)	10.00	0.00	9.15	0.93	4.02	0.001

Tablo 9’da annelerinin doğum eyleminin fazlarına göre ifade ettikleri ağrı şiddetleri görülmektedir. Annelerin yaşadıkları ağrının şiddeti doğum eyleminin fazlarına göre VAS (Vizüel Analog Skala) kullanılarak sözel olarak alınmıştır. Latent fazda (dilatasyon 2cm) annelerin ifade ettikleri ağrının şiddeti deney grubu annelerde ($X = 1.75 \pm 0.71$) kontrol grubu annelerine oranla ($X = 3.00 \pm 1.48$) düşük olduğu görülmektedir. Kontrol ve deney grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak **çok anlamlı** bulunmuştur ($t = 3.38$, $P < 0.01$) (Şekil 11).

Araştırma kapsamında yer alan annelerin ifade ettikleri ağrının şiddeti dilatasyon 4cm (kontrol grubu $X = 6.35 \pm 1.42$, deney grubu $X = 3.75 \pm 1.20$) ($t = 6.22$, $P < 0.001$), 6cm (kontrol grubu $X = 8.35 \pm 1.08$, deney grubu $X = 5.80 \pm 1.15$) ($t = 7.19$, $P < 0.001$) ve 8cm iken (kontrol grubu $X = 9.55 \pm 0.51$, deney grubu $X = 7.85 \pm 1.22$) ($t = 5.72$, $P < 0.001$) deney grubunda kontrol grubuna oranla oldukça düşük bulunmuştur. Kontrol ve deney grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak **ileri derecede anlamlı** bulunmuştur (Şekil 11).

Dilatasyon 10cm olduğunda yaşanan ağrının şiddeti deney grubunda ($X = 9.15 \pm 0.93$) kontrol grubuna oranla ($X = 10.00$) daha düşük olduğu görülmektedir. Kontrol ve deney grupları arasındaki fark istatistiksel olarak **çok anlamlı** bulunmuştur ($t = 4.02$, $P < 0.01$) (Şekil 12).



Şekil 12 : Annelerin ifade ettikleri Ağrı Şiddetinin Dağılımı

Tablo 10. Annelerin Doğumun Birinci Evresinin (Dilatasyon Evresi) Süresi ve Yenidoğan Bebeklerinin kilosu Yönünden Dağılımı

	Kontrol Grubu (n = 20)		Deney Grubu (n = 20)		t	P
	X	±SD	X	±SD		
Doğum Süreleri	7.10	3.29	7.10	1.68	0.00	1.00
Yenidoğan. Kilosu	3077.50	433.83	3119.50	379.13	0.326	0.746

Tablo 4 'de doğumun birinci evresinin süreleri (dilatasyon 2cm' den 10 cm olana kadar geçen süre) görülmektedir. Kontrol ve deney grubu annelerin doğum sürelerinin ortalama 7 saat olduğu belirlenmiştir. Doğumun birinci evresinin süreleri yönünden kontrol ve deney grubu anneler benzer bulunmuştur ($t = 0.00$, $P > 0.05$)

Annelerin yenidoğan bebeklerinin kilosu yönünden bakıldığında bebeklerin kilosunun kontrol grubunda ortalama 3077gr, deney grubunda ise 3119gr olduğu belirlenmiştir. Yenidoğanın kilosu yönünden kontrol ve deney grubu anneler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = 0.326$, $P > 0.05$)

4.3.DOĞUM SONU GÖRÜŞMEYE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde annelerin doğum ağrısı, ağrı odası ve doğum eylemi (doğumun 3. evresi) hakkındaki düşünceleri ve doğum sonrasında kendilerini nasıl hissettiklerine ilişkin bulgular incelenmiştir. Bulgular , doğum eyleminin kanama kontrol döneminde (4. evre) annelerden sözel olarak alınmıştır

Tablo 11. Annelerin Doğum Ağrısı, Ağrı Odası ve Doğum Eylemi Hakkındaki Düşünceleri ve Şu Anda Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Göre Dağılımı

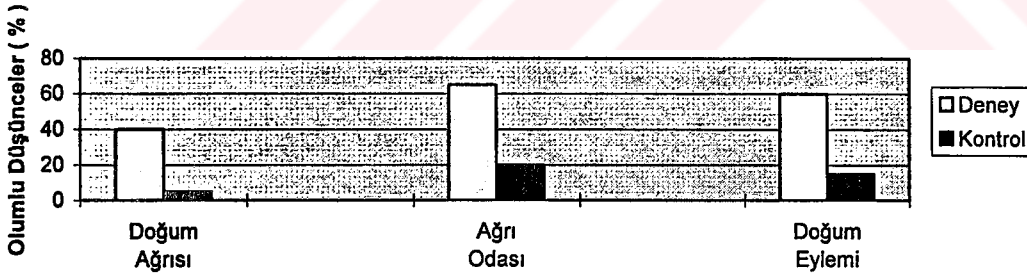
Doğum Sonrası Düşünceler	Kontrol grubu (n = 20)		Deney grubu (n = 20)		Toplam (n = 40)		Fisher X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Doğum ağrısı								
Olumlu	1	5.0	8	40.0	9	22.5	5.161	0.02
Olumsuz	19	95.0	12	60.0	31	77.5		
Ağrı Odası								
Olumlu	4	20.0	13	65.0	17	42.5	6.547	0.01
Olumsuz	16	80.0	7	35.0	23	57.5		
Doğum Eylemi								
Olumlu	3	15.0	12	60.0	15	37.5	6.827	0.008
Olumsuz	17	85.0	8	40.0	25	62.5		
Şu anda kend. nasıl hisset.								
Mutlu	16	80.0	20	100	36	90.0	2.500	0.106
Mutsuz	4	20.0	-	-	4	10.0		

Tablo 11 'de doğum sonrası annelerin doğum ağrısı, ağrı odası, doğum eylemi hakkındaki düşünceleri ve şu anda kendilerini nasıl hissettikleri görülmektedir. Doğum ağrısı hakkında deney grubu annelerin (%40), kontrol grubu annelere (% 5) oranla daha olumlu düşündükleri belirlenmiştir. Kontrol grubu annelerin % 95, deney grubu annelerin ise % 60 oranında olumsuz düşünceleri olduğu görülmektedir. Deney grubu annelerin kontrol grubu annelere oranla doğum ağrısı hakkında daha olumlu düşündükleri

belirlenmiştir. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak **anlamlı** bulunmuştur ($X^2 = 5,161, P < 0.05$) (Şekil 13)

Ağrı odası hakkında deney grubu annelerin (% 65) kontrol grubu annelere (% 20) oranla daha olumlu izlenime sahip olduğu görülmektedir. Kontrol grubu annelerin % 80 ve deney grubu annelerin de % 35 oranında olumsuz izlenimleri olduğu belirlenmiştir. Deney grubu annelerin kontrol grubu annelere oranla ağrı odası hakkında daha olumlu izlenimlere sahip oldukları belirlenmiştir. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak **çok anlamlı** bulunmuştur ($X^2 = 6.547, P < 0.01$) (Şekil 13).

Tablo 11’de annelerin doğum salonunda (doğum eyleminin 2. evresinde) deneyimledikleri duyguların dağılımı görülmektedir. Doğum salonunda deneyimlediklerini “ olumlu” bulanların deney grubunda (%60), kontrol grubuna (% 15) oranla daha fazla olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu annelerin % 85, deney grubu annelerin % 40 oranında olumsuz deneyimleri olduğu görülmektedir. İki grup arasındaki ağrı izlenimlerine ilişkin fark istatistiksel olarak **çok anlamlı** bulunmuştur ($X^2 = 6.827, P < 0.01$) (Şekil 13).



Şekil 13 : Annelerin Doğum Ağrısı, Ağrı Odası ve Doğum Eylemi Hakkındaki Olumlu Düşüncelerinin Dağılımı

Doğum sonrasında kendini mutlu hisseden annelerin kontrol grubunda % 80, deney grubunda %100 olduğu görülmektedir. Kontrol grubu annelerin %20 ‘si doğum sonrası kendini mutsuz hissetmiştir. Annelerin doğum sonrası kendilerini nasıl hissettikleri yönünde kontrol ve deney grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($X^2 = 2.500, P > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Çocuk sahibi olma önemli bir yaşam olayıdır. Teknolojik gelişmeler ve obstetrik bilimindeki ilerlemeler doğum olayının hem anne hem de bebek açısından daha güvenli olmasını sağlamıştır. Ayrıca doğum sürecinde kadın için doğum deneyiminin olumlu sonuçlanması ve daha aile merkezli yaklaşım önem kazanmıştır (31).

Doğum eylemi sırasında yaşanan ağrı ve rahatsızlığı gidermek için yapılan girişimler, doğum yapan kadına verilen modern obstetrik bakımın büyük ve önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Doğum yapan kadının bakımını üstlenen hemşireler, yalnızca anne ve bebek için güvenli bir bakım sağlamayı değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelmelidirler. Doğum olayının algılanması, kişiye göre değişir. Bu nedenle olumlu bir doğum deneyimi her kadın için farklıdır. Doğum ağrısı ile başa çıkabilme gücüne sahip bir kadın, yaşadığı bu deneyimi çok olumlu bulmaya eğilimli olacaktır (31,32,53).

Hemşirelerin, doğum sürecindeki kadına verdikleri desteğin kadının doğum deneyimine ilişkin olumlu duygularını ve ağrıyla başa çıkma çabalarını artırdığı çalışmalarla belirlenmiştir. Hemşireler doğum eylemini yaşayan çiftlerle daha fazla ilişki kurabilecek konumdadırlar ve çiftlerin doğum ağrısı ile başa çıkma girişimlerini artırma sorumluluğundadırlar. Hemşirelik bakımı, çiftlerin olumlu doğum deneyimi edinmelerini ve zamanla kuvvetli, iyi aile ilişkileri kurmalarının sağlayacaktır (31,32).

Araştırma, annelerin doğum eyleminde bakım ve desteğe olan gereksinimleri ve hemşirenin bu gereksinimi karşılamadaki rolüne dikkati çekmek üzere doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmış ve bu bölümde araştırma sonucu elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1.GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde gebelerin yaşları ve gebelerin ve eşlerinin eğitim durumları, isteyerek gebe kalma durumu ve gebelik sayısı, daha önce doğum görme , doğum ile ilgili hikaye dinleme ve bunlardan etkilenme durumu, eylemin başında doğuma ilişkin duyguları, doğum eylemine hazırlanma durumu, normal yaşantısında ağrıyı gidermek için kullandıkları girişimler ve eylemin başında çevresinden destek alma durumlarına ilişkin bulguların tartışması yer almıştır.

5.1.1.Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu annelerin çoğunluğu (% 70) 15-25 yaş grubunda yer almaktadır.Kontrol grubu annelerin yaş ortalaması $X = 22,2$, deney grubu annelerin yaş ortalaması ise $X = 22,8$ 'dir. Kontrol ve deney grubu anneler yaşları bakımından benzer bulunmuştur ($X^2 = 0.000, P > 0.05$) . TNSA 1998 verilerine göre ilk doğumunu 15-25 yaşları arasında yapan kadınların oranı %55'dir (45). Kontrol grubu annelerin % 65, deney grubu annelerin ise % 85 oranında ilköğretim mezunu oldukları belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu anneler eğitim durumları bakımından benzer bulunmuştur($X^2 = 0.275, P > 0.05$). Kontrol grubundaki annelerin eşlerinin %60 'ı, deney grubu annelerin ise %65'i ilköğretim mezunudur Kontrol ve deney grubu annelerin eşleri eğitim durumları bakımından benzer bulunmuştur ($X^2 = 0.347, P > 0.05$)(Tablo 1, 2).

Araştırmanın yapıldığı hastane bir kurum hastanesi olarak benzer sosyo - ekonomik özellikleri olan bireylere hizmet vermektedir. Bu nedenle çalışmada yer alan gebelerin tanıtıcı özellikleri benzerlik göstermiştir.

5.1.2.Gebelik Dönemine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında yer alan annelerin isteyerek gebe kalma durumları incelendiğinde Kontrol grubu annelerin %90 (n = 18), deney grubu annelerin %80' ninin (

n = 16) isteyerek gebe kaldıkları belirlenmiştir. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. ($X^2 = 0.784$ $P > 0.05$). Kontrol grubu annelerin %75'nin (15 anne), deney grubu annelerin ise tamamının ilk gebeliği olduğu görülmüştür. Kontrol ve deney grubu anneler gebelik sayıları yönünden benzer bulunmuştur ($X^2 = 5.714$ $P > 0.05$). (Tablo 3).

Kontrol ve deney grubu anneler, isteyerek gebe kalma durumları ve gebelik sayıları yönünden benzer bulunmuştur ($P > 0.05$). Gebeliğin planlanmış olup olmamasının gebelerin doğum eylemine uyumunda ve daha doyurucu bir doğum eylemi geçirmesinde etkili olduğu bilinmektedir (10,11,39) Araştırmanın koşulları gereği ilk kez doğum yapıyor olanların çalışma kapsamına alınması nedeniyle, isteyerek gebe kalma ve gebelik sayıları ile ilgili bulguların benzer olması beklenen bir sonuçtur.

Doğum öncesi bakımda yapılan rutin gebe izlemlerinin yanı sıra doğuma hazırlıkla ilgili bilgilerde sunulmaktadır. Bu doğrultuda araştırma kapsamında yer alan anneler doğum öncesi bakım alma durumları yönünden incelendiğinde kontrol ve deney grubu annelerin tamamının en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir. Annelerin doğum öncesi aldıkları bakım sayıları incelendiğinde ise, kontrol ve deney grubu annelerin % 50'sinin (n = 20) 4 - 8 kez bakım aldığı görülmüştür. Bunun yanında kontrol grubu annelerin %30'u (n = 6), deney grubu annelerin %45'i (n = 9) 4'den az bakım almıştır (Tablo 4).

Araştırma kapsamında yer alan anneler doğum öncesi bakım alma ve bakım sayısı yönünden benzer bulunmuştur ($X^2 = 2.400$) ($p > 0.05$). TNSA 1998 verilerine göre annelerin % 68'i en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır (45). Annelerin sadece yarısı (n = 20) Dünya Sağlık Örgütü 'nün doğum öncesi bakım sayısı için önerdiği 4 - 8 kez bakım almıştır. TNSA 1998 verilerine göre annelerin %42'si 4 ve üzeri bakım almıştır (45) ve bu oran çalışma bulgularımızla da benzerlik göstermektedir. Kontrol grubundan 6 anne, deney grubundan ise 9 anne 4'den az bakım almıştır. TNSA 1998 verilerine göre annelerin %42'si 4'den az bakım almıştır (45). Özellikle çalışmaya katılan deney ve kontrol grubu annelerin sosyal güvenceleri olduğu halde yeterli sayıda doğum öncesi bakım almamalarının ayrı bir araştırma konusu olduğu düşüncesindeyiz. Ayrıca eğitim ve

sosyo-ekonomik düzeyin düşük olmasının da yeterli sayıda doğum öncesi bakım alma üzerinde olumsuz etkisi olduğu çalışmalarda gösterilmiş. Bu saptama çalışma bulgularımızın özellikleri ile uyum göstermektedir (11,21,45).

5.1.3. DOĞUM EYLEMİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCE VE BEKLENTİLERE İLİŞKİN TANITICI BULGULARIN TARTIŞILMASI

Yeterince bilgili olmadan ve hazırlıksız bir şekilde doğuma tanık olma, bireylerde farklı duygu ve imajlar yaratabilir. Araştırma kapsamında yer alan annelerin daha önce doğum görme ve bundan etkilenme durumları incelendiğinde kontrol ve deney grubu annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu %85, deney grubu %75) daha önce hiç doğum görmedikleri belirlenmiştir. Kontrol grubu annelerin % 15'i (n = 3) ve deney grubu annelerin ise % 25'i (n = 5) daha önce evde doğum görmüştür. Deney grubu annelerin %10'u (n= 2) olumlu etkilenmiş ve “ doğum olayının kendilerine çok kolay geldiğini” , “ heveslerini artırdığını” ifade etmişlerdir. Kontrol ve deney grubu annelerin % 15 'i (n = 6) doğum olayından olumsuz etkilenmiş ve doğum olayının “ çok kötü olduğu”. “ kendilerini çok korkuttuğunu” ifade etmişlerdir (Tablo 5).

Daha önce doğum görme ($X^2 = 0.625$) ve doğum olayından etkilenme durumları ($X^2 = 2.125$) yönünden kontrol ve deney grubu anneler benzer bulunmuştur ($p > 0.05$). Daha önceden evde doğum izleyen kontrol ve deney grubundan 8 annenin çoğunlukla bu durumdan olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Bu durumun annelerin doğum eylemi hakkında yeterince bilgili olmamaları ile ilişkili olduğu, ayrıca doğumların evde ve uygunsuz koşullarda, ehil olmayan kişilerce yapıldığı ve bu durumun izleyen kişilerde olumsuz etki yaptığı düşünülmektedir..

Gebe kadının aile ve arkadaşlarının yaşamış olduğu doğum deneyimleri ve bunları ifade ediş biçimleri gebenin doğum eylemi hakkındaki beklentilerini etkileyebilmektedir. Araştırma kapsamında yer alan annelerin doğumla ilgili hikaye dinleme ve bu hikayelerden etkilenme durumları incelendiğinde, kontrol ve deney grubu annelerin büyük bir çoğunluğunun (%85) başkalarından doğumla ilgili hikaye dinledikleri belirlenmiştir.

Doğumla ilgili hikaye dinlemiş olan kontrol grubu annelerin % 82'si, deney grubu annelerin ise %76.5'i dinledikleri hikayelerden olumsuz etkilenmiş ve çok korktuklarını ifade etmişlerdir. Kontrol grubu annelerin %11.8'i olumlu etkilenmiş ve çok duygulandıklarını ve mutlu olduklarını ifade etmişlerdir. Kontrol ve deney grubu anneler doğumla ilgili hikaye dinleme ($X^2 = 1.000$) ve bu hikayelerden etkilenme durumları ($X^2 = 3.837$) yönünden benzer bulunmuştur ($P > 0.05$) (Tablo 5).

Gebe kadının doğum ağrısını hissetmesinde ailesinin ve arkadaşlarının yaşamış olduğu deneyimler de etkili olmaktadır (5,11,35,40). Ağrının algılanışı kişiseldir, subjektiftir ve kişiden kişiye değişmektedir. Doğum ağrısı evrensel bir deneyimdir ve tarif edilmesi, açıklanması da oldukça güçtür. Genel olarak doğum ağrısı çok ağrı verici ve dayanılmaz olarak tanımlanmaktadır (9,24,34). Bu nedenle araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğunun anlatılan hikayelerden olumsuz etkilenmesinin çevresindeki kişilerin doğum olayı hakkında olumsuz görüşlere sahip olmasıyla ilişkili olduğu görüşüdeyiz.

Güler (1982) (26)' in çalışmasında doğum eylemine hazırlanmayan gebelerin %70 'nin, doğum eylemine hazırlanan gebelerin ise % 86.6'sının dinledikleri hikayelerden olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir. Çalışmamızdaki kontrol ve deney grubu annelerin doğum eylemine yönelik hiçbir hazırlığının olmadığı ve anlatılan hikayelerden tamamına yakınının olumsuz olduğu düşünülürse bu durum beklenen bir sonuçtur.

Doğum öncesinde doğum eylemi ile ilgili beklentilerin annenin doğumda yaşadığı olumsuz durumlarla başa çıkmasında etkisi olabilmektedir. Araştırma kapsamında yer alan anneler, doğum eyleminin başında doğuma ilişkin duygularının dağılımı yönünden incelendiğinde kontrol ve deney grubu annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu % 100, deney grubu % 90) “ şiddetli ağrı çekme” ve “ bebeğin sağlığı hakkında endişe duyma” gibi olumsuz duygular ifade etmesi dikkat çekicidir. Kontrol ve deney grubu anneler doğum eyleminin başında doğuma ilişkin hissettikleri duygular yönünden benzer bulunmuştur ($X^2 = 0.526$) ($P > 0.05$) .

Annelerin doğum eyleminin başında “şiddetli ağrı çekme korkusu” “ bebeğin sağlığı hakkında endişe duyması” annelerin doğum eylemine gerçekçi ve yeterli bir şekilde

hazırlanmadıklarını vurgulayan bir bulgu olarak düşünülebilir. Literatürde annelerin doğum öncesi dönemde doğumla ilgili olumsuz düşünce ve inançlardan kurtulmasının kendisine güvenini artıracaklarını, olumlu bir doğum deneyimi geçirmesinde yararlı olacağı bildirilmektedir (21). Hallgren et al (1995) (25), Green (1990, 1993) (23,24) çalışmalarında doğum öncesi beklentilerin annelerin doğumda yaşadıkları deneyimi etkilediğini, önceki hazırlığın gerçek dışı beklentilerini önleyerek doğumun olumlu geçmesine katkısı olduğunu göstermiştir.

Gençalp (1998) (21) 'in çalışmasında doğum eylemini başında annelerin önemli bir bölümünün “ çok şiddetli” ağrı beklentisi içinde olduğu belirlenmiştir. Green 1990 ; 1993 (24)'in çalışmasında annelerin doğumla ilgili önceki görüş ve beklentilerinin doğumda yaşananlarla paralel olduğu gösterilerek, daha önceden anneyi doğum eylemine hazırlamanın ve olumsuz beklentilerinin giderilmesinin önemini vurgulamıştır.

Araştırma kapsamında yer alan anneler, doğum eylemine hazırlanma durumlarına göre incelendiğinde annelerin çoğunluğunun (kontrol grubu % 90 , deney grubu % 100) hamile eğitim programına katılmadıkları belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu % 70 , deney grubu % 80) doğum eylemi hakkında basılı yayın (kitap ve dergi vb.) okumadıkları görülmüştür. Deney ve kontrol grubu anneler hamile eğitim programlarına katılma ($X^2 = 2.105$) ve doğum eylemi hakkında basılı yayın (kitap, dergi vb) okuma ($X^2 = 0.535$) yönünden benzer bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 7). Doğumhanedeki eğitim ve hemşirelik desteğinin hazırlıksız gebelerdeki etkilerini gösterebilmek bakımından her iki grubun benzerliği istenen bir bulgudur.

Güler (1982) (26) 'in çalışmasında doğum eylemine hazırlanmış gebe ile hazırlanmamış gebelerde doğum ile ilgili objektif doğru bilgiler elde etmek üzere kitap okuyanların çok az olduğu bildirilmiştir.

Anneleri gebelikleri süresince solunum egzersizi ve jimnastik yapmama oranı kontrol grubunda % 75 iken, deney grubunun tamamı solunum ve jimnastik egzersizi yapmamıştır. Kontrol grubu annelerin % 25 'inin ($n = 5$) gebelikleri süresince solunum egzersizi ve jimnastik yapmaları dikkat çekicidir. Kontrol grubu anneler solunum ve

jimnastik egzersizlerini genellikle evde kitap ve broşürlerden öğrendikleri ölçüde yapmıştır. Kontrol grubu anneler deney grubu annelere oranla gebeliklerinde daha fazla solunum egzersizi ve jimnastik yapmışlardır ve iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($X^2 = 7.648$) ($P < 0.05$) (Tablo 6).

Türkiye 'de doğum öncesi dönemde doğum eylemine sistematik hazırlanmanın önemi henüz tam anlamıyla kavranmamıştır. Hamile eğitim programları yaygınlaşmadığından gebeler doğum ağrısı ve kontrolü hakkında yeterince bilgili olmadan doğuma gelmektedirler (20,21,26). Araştırma kapsamında yer alan annelerin doğum eylemi hakkında yeterli bir hazırlığın olmamasının bu nedenlere bağlı olduğu kanısındayız. Kontrol grubu annelerin daha fazla solunum egzersizi ve jimnastik yapmaları; bu grupta basılı yayın okuyan, gebe eğitim programlarına katılan annelerin daha fazla olması ile açıklanabilir. Fakat yaptıkları egzersizler sorgulandığında sistematik ve düzenli olmadığı kitap ve broşürlerden öğrendikleri kadarıyla yaptıkları söylenebilir.

Ağrıyla başa çıkmada kullanılan girişimler bireyseldir ve farklılık göstermektedir, ayrıca geçmiş deneyimlerle de ilişkilidir. Araştırma kapsamında yer alan anneler, normal yaşantılarında ağrıyı gidermek için kullandıkları girişimler yönünden incelendiğinde kontrol ve deney grubu annelerin %60 oranında ağrı kesici kullanmayı tercih ettikleri belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu annelerin düşük oranda (kontrol grubu % 20, deney grubu % 12.5) ağrıyan bölgeye masaj yaptıkları belirlenmiştir. Kontrol grubu annelerin %20 'si, deney grubu annelerin %35'i ağrıyla başa çıkmak için hiçbir şey yapmamıştır. Kontrol ve deney grubu anneler normal yaşantılarında deneyimledikleri ağrıyı gidermek için kullandıkları girişimler yönünden benzer bulunmuştur ($X^2 = 2.618$) ($p > 0.05$) (Tablo 7).

Kontrol ve deney grubu annelerin yarısından fazlasının ağrıyı gidermek için ağrı kesici kullanmaları çalışma kapsamında yer alan annelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını düşündürmektedir.

Gebelerin doğuma giderken çevresindeki yakınlarından destek almaları yalnızlık duygusunu gidererek gebeyi sıkıntılı durumlarla başa çıkmada güçlü kılar. Anneler doğum eyleminin başında (doğumhaneye gelene kadar) çevresinden destek alma durumları

yönünden incelendiğinde, kontrol ve deney grubu annelerin tamamının eylemin başında çevresindeki kişilerden destek aldıkları belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu % 85, deney grubu %75) destek aldığı kişi sayısının birden fazla olduğu görülmektedir. Kontrol grubu annelerin % 15, deney grubu annelerin ise % 30 oranında sadece eşlerinden destek aldığı belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu anneler eylemin başında çevresinden destek alma yönünden benzer bulunmuştur ($X^2 = 0.573, P > 0.05$).

Doğum eylemi sırasında kadının çevresinden almış olduğu destek, doğum ağrısının algılanışı üzerinde etkili olmaktadır (5,7,13,22,40). Genellikle Türkiye 'de anneliğe ve çocuk sahibi olmaya verilen önemin ve sosyo - kültürel desteğin fazla olmasının annenin doğum eyleminin başında (doğumhaneye gelene kadar) çevresinden destek almasında etkili olduğu düşüncesindeyiz.

5.2.DİLATASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan gebelerin aktif fazda gösterdikleri duygusal davranışlar ve ifade ettikleri ağrı şiddetine yönelik bulgular tartışılmaktadır. Ayrıca gebelerin doğum sürelerine ve yenidoğan bebeklerin kilolarına ilişkin bulguların tartışılması da bu bölümde yer almıştır.

Özellikle ilk doğumunu yapmak için doğumhaneye gelen anne adaylarının olumsuz beklentilerinin olması ve deneyimsizliğinin de eklenmesiyle eylem sırasında ne yapacağı, ağrıları ile nasıl başa çıkacağı, ne tür işlem ve uygulamalarla karşılaşacağı konusunda hazır olmadıkları, bu nedenle korku endişe gibi olumsuz duygular yaşadıkları bilinmektedir. Annelerin gösterdiği ajitasyondan kendisine zarar verme davranışına kadar değişebilen bazı duygusal tepkilerin doğumdan sonra utanma, suçluluk duyma ve benlik duygusunda azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Bu durum annelerin doğum sonu dönemde duygusal sıkıntı yaşamasına, anne ve bebek sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine de yol açabilir (21). Doğum eyleminde annelerin daha çok ilgiye, saygıya, güvende olmaya ve emosyonel

desteğe gereksinimi olduğundan doğum hemşire ve ebesinin bu tür gereksinimleri karşılamada daha duyarlı olması gerekmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan anneler aktif fazda gösterdikleri duygusal davranışlar yönünden incelendiğinde kontrol grubu annelerde deney grubu annelere oranla “Yüksek sesle ağlama” ($X^2 = 23.438, P < 0.001$), “yüz ifadesinde değişiklik” ($X^2 = 12.539, P < 0.001$), “yakınma” ($X^2 = 12.100, P < 0.001$) ve “çığlık atma” ($X^2 = 12.539, P < 0.001$) davranışları daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. “Korku ifadesi” ($X^2 = 8.533, P < 0.01$), “duyarlılık” ($X^2 = 12.907, P < 0.01$), “herhangi bir şeyi sıkma” ($X^2 = 8.100, P < 0.01$) davranışlarına kontrol grubunda deney grubuna oranla daha sık rastlanılmıştır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur. “Huzursuzluk” ($X^2 = 4.514, P < 0.05$), “avuçlarını sıkma” ($X^2 = 4.103, P < 0.05$) davranışları kontrol grubunda deney grubuna oranla daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “Yalnız kalmaktan kaçınma” ($X^2 = 0.125, P > 0.05$), “davranış kontrolünde güçlük” ($X^2 = 0.278, P > 0.05$), “mahremiyetin azalması” ($X^2 = 0.526, P > 0.05$), “sessiz ağlama” ($X^2 = 1.823, P > 0.05$), “dudak ısırma” ($X^2 = 1.765, P > 0.05$), “kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma” ($X^2 = 0.278, P > 0.05$), “sürekli gezinme” ($X^2 = 0.278, P > 0.05$) davranışları yönünden kontrol ve deney grubu anneler benzer bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırma kapsamında yer alan anneler, doğum eylemine yönelik literatürde belirtilen duygusal tepkilerde bulunmuşlardır. Deney grubu annelerde “yüksek sesle ağlama”, “yüz ifadesinde değişiklik”, “yakınma”, “çığlık atma”, “korku ifadesi”, “duyarlılık”, “herhangi bir şeyi sıkma”, “huzursuzluk”, “avuçlarını sıkma” yönünde davranışlar daha az görülmüştür ve deney grubu anneler bu tür olumsuz duygularla daha iyi başa çıkmışlardır. Gençalp (1998) (21)’in yaptığı çalışmada doğum eylemi sırasında hemşirelik desteği alan annelerde “yalnız kalmaktan kaçınma”, “huzursuzluk”, “yüksek sesle ağlama”, “sessizce ağlama”, “dudak ısırma”, “çığlık atma” yönünde davranışların destek almayan annelere oranla daha az görüldüğü bildirilmiştir. Özellikle huzursuzluk, yüksek sesle ağlama ve çığlık atma gibi davranışların destekleyici hemşirelik bakımı alan grupta az görülmesi, çalışma sonuçlarımızla da benzerlik göstermektedir.

Literatürde ağrı anında annelerin kendisini ifade etmesine fırsat verilmesinin ve bu konuda desteklenmesinin ağrı algısını azalttığı ve bu nedenle annelerin yakınma ve sıkıntılarını ifade eden tepkilerine izin verilerek anneye bu konuda destek ve güvence verilmesi gerektiği belirtilmektedir (14,21). Çalışmamızda deney grubundaki annelere gösterdiği duygusal tepkilerin normal olduğu ifade edilmiş ve anneler duygularını rahatça ifade etmeleri için desteklenmiştir. Bu yüzden doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine (solunum ve tensel uyarılma) yönelik verilen eğitim ve desteğin, doğum eylemine yönelik gösterilen duygusal tepkilerde azalma ve bu olumsuz tepkilerle başa çıkmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Aştı, Yıldız (1994) (3) yaptıkları çalışmada doğum öncesi ağrı odasında ağrısı olan gebelerde hemşirenin sağlayacağı psikolojik destekle birlikte terapötik dokunmanın gebenin anksiyetesini azalttığı bildirilmiştir.

Güler (1997) (26)'in yaptığı çalışmada doğum öncesi hazırlık yapan bir grup anne herhangi bir hazırlığı olmayan grupla karşılaştırılmış ve eylem sırasında hazırlık yapan annelerde anksiyete düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Kızılkaya (1996)(31), Brynten (1993) (10), Kintz (1987)(32) ve Shields (1978)(32) 'in yaptıkları çalışmada doğum eyleminde annelerin, kendilerine verilen emosyonel desteğin en önemli hemşirelik davranışı olduğunu belirttikleri bildirilmiştir.

Hemşirelik desteği alan ve almayan annelerin tamamına yakını ekip üyelerinin direktiflerine uyum göstermiş ve herhangi bir itirazda bulunmamışlardır. Literatürde annelerin doğum eyleminde kendi katkılarının ve annelik rolünün güçlü yönlerini fark etmelerinin doğumu mutlu ve doyumlu bir deneyim olarak yaşamalarını sağladığı belirtilmektedir (21,22,36)

Gençalp (1998) (21)'in çalışmasında doğum eyleminde hemşirelik desteği alan anneler almayan annelere oranla sağlık ekibiyle daha fazla işbirliği yaptığı belirtilmiştir. Çalışmamızda deney ve kontrol grubu annelerin hemen hemen tamamı işbirliği yaptığı için hemşirelik desteğinin etkinliği lehine bir bulgu elde edilememiştir.

Doğum eylemi, her kadın için güç olduğu kadar da güzel bir olaydır. Annelerin doğum eyleminin güzel yönlerini daha fazla yaşayabilmeleri için güç yanlarıyla nasıl başedeceklerini bilmeleri gerekmektedir. Doğum eyleminde annenin desteklenmesinin ağrı algısının azaltılmasında etkili olduğu bilinmektedir. Bu konuyla ilgili girişimler doğum hemşiresinin ve ebesinin fonksiyonlarının başında gelir (34). Doğum hemşiresi ve ebesinin ağrıyla başetmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri etkileri ve sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında anneye destek olmalıdır.

Araştırma kapsamında deney grubunda yer alan annelere latent fazda (dilatasyon 2cm) doğum eylemi, solunum ve tensel uyarılma teknikleri hakkında bilgi verilmiş ve bu teknikler uygulatarak doğru yapıp yapmadığı kontrol edilmiştir. Eylem süresince annenin yanında kalınmış, anne solunum ve tensel uyarılma tekniklerini uygulanması ve pozisyon değişikliği yapması konusunda desteklenmiştir. Ağrı anında annenin eli tutularak rahatlama ve gevşemesi sağlanmıştır. Anneler yaşadıkları duygularını rahatça ifade etmeleri için desteklenmişlerdir. Annelerin yaşadıkları ağrının şiddetini belirlemek için Vizüel Analog Skala (VAS) kullanılmıştır. Araştırma kapsamında yer alan kontrol ve deney grubu annelere, dilatasyon döneminin fazlarına göre Vüsüel Anolog Skala gösterilerek yaşadığı ağrıya hiç ağrı yok "0" , en şiddetli ağrı "10" olacak şekilde kaç puan verdikleri sorularak kendi doğum ağrılarının şiddetini değerlendirmeleri istenmiştir.

Latent fazda annelerin ifade ettikleri ağrının şiddeti deney grubu annelerde (VAS = 1.75) kontrol grubu annelerine oranla (VAS = 3.00) düşük olduğu görülmektedir. Kontrol ve deney grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur (t = 3.38, P < 0.01). Dilatasyon 4cm (kontrol grubu VAS = 6.35, deney grubu VAS = 3.75) (t = 6.22, P < 0.001), 6cm (kontrol grubu VAS = 8.35, deney grubu VAS = 5.80) (t = 7.19, P < 0.001) ve 8cm iken (kontrol grubu VAS = 9.55, deney grubu VAS = 7.85) (t = 5.72, P < 0.001) ifade ettikleri ağrının şiddeti deney grubunda kontrol grubuna oranla oldukça düşüktür. Kontrol ve deney grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Dilatasyon 10cm olduğunda yaşanan ağrının şiddeti deney grubunda (VAS = 9.15) kontrol grubuna oranla (VAS = 10.00) daha düşük olduğu görülmektedir. Kontrol ve deney grupları arasındaki fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur (t = 4.02, P < 0.01) (Tablo 9).

Annelerden, doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alanlar almayan annelere oranla doğum ağrısının şiddetini daha düşük algılamıştır. Özellikle dilatasyon 4 - 6cm (aktif faz) ve 8cm (geçiş fazı)' iken hemşirelik desteği alan annelerde almayanlara oranla doğum ağrısının şiddeti daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular dilatasyon döneminin latent fazında gebelere doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında yapılan eğitimin ve doğum eylemi süresince sunulan hemşirelik desteğinin, doğum ağrısını algılanmasını önemli ölçüde azalttığını göstermektedir. Bu sonuç literatürdeki çalışmalarla da paralellik göstermektedir (21,22,32,34,36,59)

Elde edilen sonuçlar doğum ağrısının akut ve şiddetli seyreden bir deneyim olduğunu göstermektedir. VAS kullanılarak belirlenen doğum ağrısının şiddetinin, dilatasyonun ilerlemesiyle arttığı bulunmuştur. Bonnel ve Bourea (1985) (8), Brown, Cambeel ve Kuttz (1989) (9) ;yaptıkları çalışmada , VAS kullanarak elde ettikleri ağrı şiddetinin dilatasyon döneminin ilk yarısında (2-5cm) düşük , ikinci yarısında (6-10cm) ise yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca doğum eyleminde destek alan annelerin ağrı skorlarının daha az olduğu da bildirilmiştir. Gençalp (1998) (21) 'in doğum eyleminin sonunda VAS kullanarak ağrı şiddetini bir kez ölçtüğü çalışmasında doğum eyleminde hemşirelik desteği alan ve almayan annelerin yaşadıkları ağrı şiddetine yüksek puan verdikleri bildirilmiştir (kontrol grubu VAS = 9.52, deney grubu VAS = 9.76).

Hareket ve pozisyon değişikliği doğum eyleminde annelerin gevşemesine yardımcı olan etkili bir tekniktir. Deney grubu anneler eylem süresince hareket etmeleri ve pozisyonlarını değiştirmeleri konusunda desteklenmişlerdir. Aktif fazda anneler ağrı anında ayakta durma, oturma ya da sol yan tarafa yatma ve geçiş fazında da oturma, sol yan tarafa yatmaları ve çömelmeleri konusunda desteklenmişlerdir. Özellikle geçiş fazında annelerin ağrı anında ayakta kalmak yerine, yatmayı tercih ettikleri görülmüştür. Bu sonuçlara göre dilatasyon evresinin erken dönemlerinde annelerin ayakta kalmayı , ilerleyen dönemlerde ise yatakta kalmayı daha rahatlatıcı bulduklarını düşündürmektedir. Çalışma bulgularımızı destekleyecek şekilde Melzack, Behger ve Lacroix (1991) (43) 'in yaptıkları çalışmada doğum eyleminin latent ve aktif fazda annelerin dik pozisyonda (vertikal) yatay pozisyona (horizontal) oranla kendilerini daha rahat hissettikleri , doğum eyleminin ilerlemesiyle annelerin horizontal pozisyonu vertikal pozisyona tercih ettikleri bildirilmiştir.

Destekleyici hemşirelik uygulamaları doğum eyleminin süresini (dilatasyon, ekspulsiyon ve halas dönemi) azaltmada önemli bir faktördür (21,23,26). Araştırma kapsamında yer alan anneler doğum eyleminin birinci devresinin (dilatasyon dönemi) süresi yönünden incelendiklerinde , kontrol grubu (7.10 saat) ve deney grubu (7.10 saat) annelerin doğum sürelerinin ortalama 7 saat sürdüğü belirlenmiştir. Dilatasyon döneminin süreleri yönünden kontrol ve deney grubu anneler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = 0.00, P > 0.05$) (Tablo 10).

Doğum eyleminin süresini hızlandıran bazı uygulamalar (oksitosin, serviksi gevşeten ve ağrıyı azaltan epidosisin ve dolantin uygulaması ve amniotomi işlemi) vardır. Çalışmamızın yapıldığı hastanede doğum eylemini hızlandıran yöntemler tüm gebelere rutin olarak uygulanmaktadır. Kontrol ve deney grubunda yer alan annelere hastane tedavi protokolu doğrultusunda doğum eylemini hızlandırıcı uygulamalar (oksitosin, epidosisin, dolantin uygulaması ve amniotomi işlemi) yapılmıştır. Doğum eyleminin aktif olarak hızlandırılması literatürde belirtilen dilatasyon evresinin (12.5 saat) kısalmasına neden olmuştur. Annelere doğum eylemini hızlandıran yöntemlerin uygulanması nedeniyle, dilatasyon süreleri kontrol ve deney grubu anneler arasında benzer bulunmuştur. Doğum eylemini hızlandıran farmakolojik yöntemlerin uygulanması nedeniyle destekleyici

hemşirelik uygulamalarının doğum süresine etkisi incelenememiştir. Gençalp (1998) (21) 'in aynı hastanede yaptığı çalışmasında doğum eyleminde hemşirelik desteği alan annelerde dilatasyon döneminin aktif fazı (132 dak), hemşirelik desteği almayan gebelere (180 dak) oranla daha kısa sürdüğü bildirilmiştir.

Güler (1982) (26)'in çalışmasında doğum öncesi doğuma fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlanmış gebelerde doğum eyleminin birinci devresi (dilatasyon) 9.15 saat, hazırlanmamış gebelerde ise 12.6 saat olduğu ve doğum eylemine fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlanan gebelerde doğum eyleminin birinci evresinin, hazırlanmamış gebelere oranla daha kısa sürdüğü bildirilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan anneler, yenidoğan bebeklerinin kilosunu yönünden incelendiklerinde, bebeklerin kilosunun kontrol grubunda 3077gr, deney grubunda ise 3119gr olduğu belirlenmiştir. Yenidoğanın kilosunu yönünden kontrol ve deney grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = 0.326, P > 0.05$) (Tablo 10).

Doğum ağrısının hissedilmesinde etkisi olduğu bilinen yenidoğanın ağırlığı kontrol ve deney gruplarında benzer bulunmuştur. Doğum kanalı ve fetüs arasındaki uyum derecesi doğum ağrısının şiddetinde etkili olabilmektedir. Doğum ağrısının şiddetindeki artış çoğunlukla fetüsün kilosundaki artış ile de ilişkilendirilmektedir (36,52). Melzack ve arkadaşları (1984) (36,52) 'nın çalışmasında fetal ağırlık artışı ile doğum ağrısının şiddetinin artışı arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışmada yenidoğan bebeklerin kilolarının eşit olmasına rağmen deney grubu annelerin daha az ağrı algısına sahip olması verilen eğitimin ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının etkinliğini gösteren bir bulgudur.

Literatürde nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulayabilen ve doğum eylemi süresince desteklenen annelerin farmakolojik yöntemlere daha az gereksinim duyduğu belirtilmektedir (22,26,36). Çalışmamızın gerçekleştirildiği hastanede rutin tedavi uygulamalarının yapılması ve farmakolojik yöntemlerle ilgili sınırlılıkların olması nedenleriyle bu hipotez test edilememiştir.

5.3. DOĞUM SONU GÖRÜŞMEYE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Doğum eyleminden sonra annelerin doğum süreci ve özellikle de doğum ağrısı hakkındaki görüşlerini almak yaşanan deneyimin sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek açısından önemlidir. Bu bölümde annelerin doğum ağrısı, ağrı odası ve doğum eylemi (doğumun 2. evresi) hakkındaki düşünceleri ve doğum sonrasında kendilerini nasıl hissettiklerine ilişkin bulguların tartışması yer almıştır.

Araştırma kapsamında yer alan anneler doğum ağrısı hakkındaki düşünceleri yönünden incelendiklerinde, deney grubu anneler (% 40), kontrol grubu annelere (% 5) oranla doğum ağrısı hakkında daha olumlu düşünceleri belirlenmiştir. Deney grubunda yer alan 8, kontrol grubundan 1 anne doğum ağrısının “ bebek sahibi olmak uğruna güzel bir duygu olduğunu”, “bu dönemi rahat geçirdiğini” ve “ hiç korkmadığını” ifade etmiştir. Kontrol grubu annelerin % 95, deney grubu annelerin % 60 oranında doğum ağrısı hakkında olumsuz düşünceleri olmuştur. Kontrol grubunda yer alan 19 anne ve deney grubunda yer alan 12 anne doğum ağrısının “ çok şiddetli olduğunu”, “çok acı çektiklerini” ifade etmişlerdir. Deney grubu annelerin doğum ağrısı hakkında daha olumlu düşünceleri belirlenmiştir. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 5.161, P < 0.05$) (Tablo 11).

Deney grubu annelerin doğum eylemi hakkında daha olumlu düşüncelerinin olması doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleriyle ilgili verilen eğitim ve hemşirelik desteğinin annelerin doğum ağrısını daha az algılamalarında ve doğum ağrısı ile başa çıkmalarında etkili olduğunu düşündürmektedir

Literatürde doğum eyleminde yaşanan ağrının “ çok ağrılı”, “ acı verici” olduğu belirtilmektedir (6,20,52,45,47). Gençalp (1998) (21) ‘in çalışmasında benzer şekilde doğum eyleminde hemşirelik desteği alan ve hemşirelik desteği almayan annelerin yarısından fazlasının “ doğumun çok zor , acılı olduğunu ifade ettiklerini bildirmiştir. Çalışma

bulgumuzda hemşirelik desteği alan grubun doğum ağrısı hakkında daha olumlu ifadelerde bulunması hemşirelik bakımının önemini vurgulaması açısından sevindirici bir bulgudur.

Annelerin benimsediği ve güvendiği ortamda doğum yapması annelerin daha az stres ve anksiyete yaşamasına ve böylece ağrı zaafı gibi anne psikolojisinde etkilenen sorunların daha az görülmesine neden olacaktır(21). Araştırma kapsamında yer alan anneler, ağrı odası hakkındaki düşünceleri yönünden incelendiklerinde deney grubu annelerin (% 65), kontrol grubu annelere (% 20) oranla daha olumlu izlenimlere sahip olduğu görülmektedir. Deney grubunda yer alan 13 anne ve kontrol grubunda yer alan 4 anne ağrı odasını” iyi”, “olması gerektiği gibi”, “ilginin fazla olduğu” bir yer olarak ifade etmişlerdir. Kontrol grubu annelerin % 80 (16 anne), deney grubu annelerin ise % 35 (7 anne) oranında olumsuz izlenimleri olmuştur ve ağrı odasının “ çok kötü”, “berbat”, bir yer olduğunu ve ayrıca çok kalabalık olduğu için de çok korktuklarını ifade etmişlerdir.

Deney grubu annelerin ağrı odası hakkında daha olumlu izlenimleri olduğu ve iki grup arasındaki bu farkın çok anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2 = 6.547$, $P < 0.0.1$) (Tablo 11).

Deney grubu annelerin ağrı odasında sürekli destekleyici hemşirelik bakım almaları ve doğum ağrısı ile başa çıkma girişimlerinde bulunmalarının ağrı odası hakkında daha olumlu izlenimlere sahip olmaları üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Kontrol ve deney grubu annelerin olumsuz izlenimlerinin ağrı odasının çok kalabalık olmasıyla da ilişkili olduğu düşünülmektedir. Litertürde annelerin, ağrı odasında çok sayıda anne ile birlikte bulunmalarının ve diğer annelerin ağrıya tepkilerini görmelerinin olumsuz etkilenmelerine neden olduğu belirtilmektedir (21,31,34)

Gençalp (1998) (21) ‘in çalışmasında doğum eyleminde hemşirelik desteği alan annelerin almayan annelere oranla ağrı odasını daha az “karmaşık” ve “ dehşet verici” olarak bulmalarına rağmen tüm annelerin ağrı odasında yaşadıklarının çoğunlukla “olumsuz” olduğu bildirilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan anneler, doğum salonunda (doğum eyleminin 2. evresinde) deneyimledikleri duygular yönünden incelendiklerinde doğum salonunda

deneyimlerini olumlu bulanların deney grubunda (% 60), kontrol grubuna (%15) oranla daha fazla olduğu bulunmuştur. Deney grubunda yer alan 12 anne, kontrol grubunda yer alan 3 anne doğum eylemini “çok kolaydı”, “ hiç zor değildi”, “çok çabuk oldu, nasıl geçtiğini anlayamadım”, “ağrılar çok şiddetli değildi” şeklinde ifade etmiştir. Kontrol grubundan 17 anne (% 85), deney grubundan 8 anne (% 40) doğum eyleminin “çok zor olduğunu” ve bu dönemde “ öleceğimi düşündüm” , “bebeğimi kaybetmekten çok korktum” şeklinde düşünceleri olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgular literatürdeki bulgularla da benzerlik göstermektedir (34). Eğitim ve doğum eylemi süresince hemşirelik desteği alan annelerin doğum eylemi hakkında daha olumlu duygulara sahip olduğu ve iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2 = 6.827$, $P < 0.01$) (Tablo 11).

Doğum eyleminin birinci evresinde, annelere doğru ıkınma konusunda bilgi ve hemşirelik desteği vermenin annelerin doğumun ikinci evresini daha rahat geçirmelerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca deney ve kontrol grubu anneler doğumun ikinci evresinin birinci evresine oranla daha az ağırlı olduğunu ifade etmişlerdir. Literatürde doğum eyleminin ikinci aşamasında yaşanan ağrının birinci aşamasına oranla daha düşük olduğu bildirilmiştir (49). Çalışma bulgumuza benzer şekilde Gençalp (1998) (21) ‘in çalışmasında doğum salonunda annelerin büyük bir çoğunluğunun yaşadıkları ağrıyı “beklediklerinden kolay bulduklarını” ifade ettikleri bildirilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu % 80, deney grubu % 100) doğum sonrası kendini mutlu hissettiği belirlenmiştir. Kontrol grubu annelerin % 20’si doğum sonrası kendini mutsuz hissetmiştir. Annelerin doğum sonrası hissettikleri duygular yönünden kontrol ve deney grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($X^2 = 2.500$, $P < 0.05$)

Doğumdan sonra uterus kontraksiyonlarının büyük ölçüde azalması , vagina ve perinede oluşan distansiyonun ortadan kalkması annenin ağrılarının azalmasına ve rahatlmasına neden olmaktadır. Literatürde doğum ağrısının bebeğin doğmasıyla çabucak azaldığı belirtilmiştir (8,22,59).

Deney ve kontrol grubunda yer alan annelerin büyük bir kısmı doğum sonunda “çok rahatladım”, “çocuk sahibi olduğum için çok sevinçliyim”, “kendimi yeniden doğmuş gibi hissediyorum” şeklinde benzer duyguları ifade etmişlerdir. Kontrol grubundan 4 anne ise “çok kötü”, “yorgun” ve “halsiz olduklarını” belirtmişlerdir.

Kömürcü (1992) (34) ‘in çalışmasında doğum sonrası annelerin % 70 ‘inin “her şeye rağmen çocuk sahibi olmanın güzel bir duygu olduğunu” ifade ettikleri bildirilmiştir.

Çalışmamız annelerin doğum ağrısını algılayışlarını azaltmak ve ağrıyla başetmelerinde hemşirelik desteğinin etkinliğini göstermek amacıyla yönelik planlanmıştır. Çalışmamızda elde edilen bulgular, gebelerin hazırlıksız gelmeleri, fiziksel ortamın düzeltilememesi ve bunlara bağlı yaşanan sıkıntılara rağmen doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) ile ilgili annelere verilen eğitim ve hemşirelik desteğinin annelerin daha az ağrı algılamalarında, doğuma daha iyi adapte olmalarında ve daha olumlu doğum deneyimi yaşamalarında etkili olduğunu göstermiştir. Böylelikle destekleyici hemşirelik girişimlerinin doğumhane ünitesinde verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Annelerin doğum eyleminde bakıma va desteğe olan gereksinimleri ve hemşirenin bu gereksinimi karşılamadaki rolüne dikkati çekmek üzere doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

1. Araştırma kapsamında yer alan annelerin çoğunluğunun 15 - 25 yaş grubunda, ortalama 22.5 yaşında oldukları , annelerin ve eşlerinin de çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.
2. Araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu %90, deney grubu % 80) isteyerek gebe kaldığı ve kontrol grubu annelerin % 75'nin, deney grubu annelerin ise tamamının ilk gebeliği olduğu saptanmıştır.
3. Araştırma kapsamında yer alan annelerin tamamının en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı, kontrol ve deney grubu annelerin yarısının (%50) 4 - 8 kez bakım aldığı, kontrol grubu annelerin % 30'nun ve deney grubu annelerin % 45'nin 4'den az bakım aldığı bulgulanmıştır.
4. Araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğu (kontrol grubu % 85, deney grubu % 75) daha önceden hiç doğum görmedikleri, doğum gören 8 annenin bu olaydan olumsuz etkilendikleri ve “ çok kötüydü”, “çok korktum” şeklinde duygularını ifade ettikleri belirlenmiştir.
5. Araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğu (%85) başkalarından doğumla ilgili hikaye dinledikleri ve bu hikayelerden olumsuz etkilendikleri saptanmıştır.
6. Kontrol ve deney grubu annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu % 100, deney grubu %90) doğum eyleminin başında “ şiddetli ağrı çekmekten korkuyorum”,

“bebeğimin sağlığı hakkında endişe duyuyorum” şeklinde doğuma ilişkin olumsuz duygularının olduğu belirlenmiştir.

7. Araştırma kapsamında yer alan annelerin çoğunluğunun hamile eğitim programına katılmadığı ve doğum eylemi hakkında basılı yayın okumadıkları saptanmıştır.
8. Kontrol grubu annelerin %75'i, deney grubu annelerin ise tamamının gebeliklerinde solunum ve fizik egzersizleri yapmadığı, kontrol grubu annelerin %25'nin solunum ve fizik egzersizlerini yaptığı ve iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2 = 7.648$, $P < 0.005$).
9. Kontrol ve deney grubu annelerin yarısından fazlasının (%60) normal yaşantılarında deneyimledikleri ağrıyla başa çıkmakda ağrı kesici kullanmayı tercih ettikleri, düşük oranda (kontrol grubu % 20, deney grubu % 5) da ağrıyan bölgeye masaj yaptıkları belirlenmiştir.
10. Araştırma kapsamında yer alan annelerin tamamının doğum eyleminin başında, doğumhaneye gelene kadar çevresindeki kişilerden destek aldığı ve büyük bir çoğunluğunun destek aldığı kişi sayısının birden fazla olduğu saptanmıştır.

6.1.2 Dilatasyon Dönemine İlişkin Sonuçlar

1. Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alanların almayan annelere oranla doğum eylemi sırasında doğuma yönelik daha az olumsuz duygusal tepkileri olmuş ve bu tür olumsuz duygularla daha iyi başa çıkmışlardır. Araştırma kapsamında yer alan anneler gösterdikleri duygusal davranışlardan;

◆ Kontrol grubu annelerde deney grubu annelere oranla “ Yüksek sesle ağlama” ($X^2 = 23.438$, $P < 0.001$), “yüz ifadesinde değişiklik” ($X^2 = 12.539$, $P < 0.001$), “yakınma” ($X^2 = 12.100$, $P < 0.001$) ve “çığlık atma” ($X^2 = 12.539$, $P < 0.001$) davranışları daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı,

◆ “ Korku ifadesi” ($X^2 = 8.533$, $P < 0.01$), “duyarlılık” ($X^2 = 12.907$, $P < 0.01$), “herhangi bir şeyi sıkma” ($X^2 = 8.100$, $P < 0.01$) davranışlarına kontrol grubunda

deney grubuna oranla daha sık rastlanılmıştır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak çok anlamlı,

- ◆ “Huzursuzluk” ($X^2 = 4.514, P < 0.05$), “avuçlarını sıkma” ($X^2 = 4.103, P < 0.05$) davranışları kontrol grubunda deney grubuna oranla daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı,
- ◆ “ Yalnız kalmaktan kaçınma ” ($X^2 = 0.125, P > 0.05$), “ davranış kontrolünde güçlük ” ($X^2 = 0.278, P > 0.05$), “ mahremiyetin azalması ” ($X^2 = 0.526, P > 0.05$), “ sessiz ağlama ” ($X^2 = 1.823, P > 0.05$), “ dudak ısırma” ($X^2 = 1.765, P > 0.05$), “ kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma ” ($X^2 = 0.278, P > 0.05$), “ sürekli gezinme ” ($X^2 = 0.278, P > 0.05$) davranışları yönünden kontrol ve deney grubu anneler benzer bulunmuştur.

2. Araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğunun (kontrol grubu % 100, deney grubu %95) sağlık ekibiyle işbirliği yaptığı görülmüştür.
3. Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alanların almayan annelere oranla doğum ağrısının şiddetini daha düşük ifade ettikleri belirlenmiştir

- ◆ Latent fazda annelerin ifade ettikleri ağrının şiddeti deney grubu annelerde (VAS = 1.75) kontrol grubu annelerine oranla (VAS = 3.00) düşük olduğu görülmektedir. Kontrol ve deney grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($t = 3.38, P < 0.01$).
- ◆ Dilatasyon 4cm (kontrol grubu VAS = 6.35, deney grubu VAS = 3.75) ($t = 6.22, P < 0.001$), 6cm (kontrol grubu VAS = 8.35, deney grubu VAS = 5.80) ($t = 7.19, P < 0.001$) ve 8cm iken (kontrol grubu VAS = 9.55, deney grubu VAS = 7.85) ($t = 5.72, P < 0.001$) ifade edilen ağrının şiddeti deney grubunda kontrol grubuna oranla oldukça düşüktür. Kontrol ve deney grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur.
- ◆ Dilatasyon 10cm olduğunda ifade edilen ağrının şiddeti deney grubunda (VAS = 9.15) kontrol grubuna oranla (VAS = 10.00) daha düşük olduğu

belirlenmiştir. Kontrol ve deney grupları arasındaki fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($t = 4.02$, $P < 0.01$).

4. Araştırma kapsamında yer alan annelerin doğumun birinci evresinin (dilatasyon 2cm - 10cm) süresinin kontrol ve deney grubu annelerde ortalama 7 saat 10 dak. sürdüğü belirlenmiştir .
5. Araştırma kapsamında yer alan annelerin yenidoğan bebeklerinin kilosunun benzer olduğu (kontrol grubu 3077gr, deney grubu 3119gr) saptanmıştır.

6.1.3. Doğum Sonu Görüşmeye İlişkin Sonuçlar

1. Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alanların (% 40) almayan annelere (%5) oranla doğum ağrısı hakkında daha olumlu düşünceleri olduğu belirlenmiştir. ($X^2 = 5.161$, $P < 0.05$). Deney ve kontrol grubu annelerin doğum ağrısı hakkında “ bebek sahibi olmak uğruna güzel bir duygu olduğu”, “ bu dönemi rahat geçirdikleri” ve “hiç korkmadıkları” şeklinde olumlu düşünceleri, “ağrılar çok şiddetliydi” ve “ çok korktum” şeklinde olumsuz düşünceleri olduğu görülmüştür.
2. Ağrı odası hakkında deney grubu annelerin (%65), kontrol grubu annelerden (%20) daha olumlu izlenimlere sahip olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 6.547$, $P < 0.01$). Deney ve kontrol grubu annelerin ağrı odası hakkında “iyi”, “ olması gerektiği gibi” ve “ ilginin fazla olduğu” bir yer olduğu şeklinde olumlu izlenimleri olduğu, “ çok kötü”, “çok kalabalık”, “ berbat” bir yer olduğu yönünde de olumsuz izlenimleri olduğu görülmüştür.
3. Doğum salonunda deneyimlediklerini olumlu bulanların deney grubunda (%60), kontrol grubuna (%15) oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 6.827$, $P < 0.01$). Deney ve kontrol grubu annelerin doğum salonunda deneyimlediklerini “ çok kolaydı”, “hiç zor değildi”, “ çok çabuk geçti”, “ağrılar çok şiddetli değildi” şeklinde olumlu, “ çok zordu”, “öleceğimi düşündüm” ve “ bebeğimi kaybetmekten çok korktum” şeklinde olumsuz yönde ifade ettikleri görülmüştür.
4. Araştırma kapsamında yer alan annelerin büyük bir çoğunluğunun (deney grubu % 100 , kontrol grubu % 80) doğum sonrası kendilerini mutlu hissettikleri belirlenmiştir

6.2.ÖNERİLER

Doğum öncesi dönemde doğuma fiziksel ve psikolojik yönden hazırlanan gebelerin doğum eylemine daha iyi adapte olduğu ve sıkıntı verici durumlarla daha fazla başa çıkabildikleri bilinmektedir. Çalışmada elde edilen bulgular, doğum eyleminin latent fazında doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında verilen eğitim ve hemşirelik desteğinin gebenin doğum ağrısını daha az algılaması ve daha doyurucu bir doğum deneyimi yaşamasında etkili olduğunu göstermiştir. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

1. Gebelerin doğum öncesi dönemde doğum eylemine hazırlanmalarını sağlamak için ilgili kuruluşlarda doğuma hazırlık programlarının yaygınlaştırılması,
2. Doğuma hazırlık programlarının uygulanmasında hizmet verecek sağlık ekibinin bu konuda yetiştirilmesi,
3. Gebe izlemlerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarında izlem sırasında gebelerin doğum eylemi hakkında bilgilendirilmesi, endişe ve korkularının giderilmesi,
4. Doğumhanede hizmet veren sağlık ekibinin, doğum eyleminde gebenin fizyolojik ve psikolojik gereksinimleri ve bu gereksinimlerinin karşılanmasında bilgili ve becerili olmaları,
5. Doğumhanede çalışan sağlık ekibine, doğum ağrısı ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
6. Doğumhanede çalışan sağlık ekibinin özellikle de ebe ve hemşirenin yeterli bakımı verebilecek sayı ve nitelikte olmasına özen gösterilmesi,
7. Doğumhanede ağrı odasının düzgün, temiz ve tek kişilik olması,

önerilerinde bulunabiliriz.

7.ÖZET

Araştırma annelerin doğum eyleminde bakım ve desteğe olan gereksinimleri ve hemşirenin bu gereksinimi karşılamadaki rolüne dikkati çekmek üzere doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini SSK Bakırköy Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine 01-01-2000, 01-09-2000 tarihleri arasında başvuran, gönüllülük esas alınarak olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen, 38 - 42. gebelik haftasında olan, yüksek riskli olmayan, normal spontan doğum yapması beklenen, primipar gebeler oluşturmuştur. 20 deney , 20 kontrol grubu olmak üzere 40 vaka ile çalışılmıştır.

Araştırmada veriler; gebe kadınların *demografik, obstetrik* özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirilen *Tanıtıcı Bilgi Formu*, ağrının *şiddetini* tanımlamada kullanılan *Vizüel Analog Skala*, ayrıca *İzlem Formu, Gözlem Formu ve Doğum Sonrası Görüşme Formu* ile elde edilmiştir. Doğum eyleminin başında (latent faz) deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerle birebir görüşülerek *Tanıtıcı Bilgi Formu* doldurulmuştur. Deney grubunda yer alan gebelere doğum eylemi, tensel uyarılma ve solunum teknikleri hakkında eğitim verilmiş ve doğum eylemi süresince gebenin yanında kalınmıştır. Solunum ve tensel uyarılma (kendisinin uygulayacağı ve hemşirenin destekleyeceği masajlar) tekniklerini uygulaması, pozisyon değişikliği yapması ve gevşemesi konusunda gebe desteklenmiştir. Kontrol grubu gebeler doğumhanede yapılan rutin işlemler dahilinde izleme bırakılmış, eğitim ve destekleyici hemşirelik bakımı verilmemiştir. Doğum eylemi süresince dilatasyon 2cm, 4cm, 6cm, 8cm ve 10cm olduğunda deney ve kontrol grubu gebelerden Vizüel Analog Skala (VAS) üzerinde hissettikleri ağrının şiddetini sözel olarak ifade etmeleri istenmiş ve alınan ifadeler *İzlem Formuna* kaydedilmiştir. Dilatasyon döneminin aktif fazında kontrol ve deney grubu gebeler gözlenerek *Gözlem Formu* ve doğum sonu annelerle birebir görüşülerek de *Doğum Sonu Görüşme Formu* doldurulmuştur.

Tanıtcı özellikler, dilatasyon dönemi ve doğum sonu görüşmeye ilişkin bulgular; yüzdeler ortalaması, Ki kare (Chi - Square), Fisher Exact testleri ile değerlendirilmiştir. Aynı zamanda dilatasyon dönemi bulgularının değerlendirilmesinde bağımsız grublarda t testi de kullanılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda yapılan istatistiksel incelemede;

- Annelerin tanıtcı özellikleri, gebelik öyküsü, doğuma ilişkin hazırlık, doğuma ilişkin düşünce ve beklentiler yönünden aralarında önemli bir farklılık olmadığı saptanmıştır
- Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alan annelerin almayan annelere oranla doğum eyleminde doğuma yönelik olumsuz duygusal tepkilerinin daha az olduğu ve bu tür olumsuz duygularla daha iyi başa çıktıkları, doğum ağrısının şiddetini daha düşük ifade ettikleri, doğum ağrısı ve doğum eylemi hakkında daha olumlu düşündükleri belirlenmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular, doğum öncesi herhangi bir hazırlığı olmayan gebelere doğum eyleminin latent fazında doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında verilen eğitim ve hemşirelik desteğinin gebelerin doğum ağrısını daha az algılaması, doğuma daha iyi adapte olması ve daha doyurucu bir doğum deneyimi yaşamalarında etkili olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler : Ağrı yönetimi, destekleyici hemşirelik bakımı, doğum ağrısı, doğum deneyimi, Vizüel Analog Skala

SUMMARY

The study was planned experimentally to determine the care and support needs of the mother during labor and to give attention to the role of the nurse in meeting these needs by investigation the effects of the breathing and skin stimulation technics used during labor on the labor pain perception of the pregnant woman.

The universe of the study is formed of 38 to 42 weeks primipar pregnant women, not being under high risk, who were expected to delivery normal spontanously and were chosen by sampling without probability method by willing being the criteria from women who attended to SSK Bakırköy Maternity and Child Hospital between 01-01-2000, 01-09-2000. 40 women were studied by 20 being experiment and 20 being control groups.

The data were collected by **Informative Knowledge Form** which was developed to determine the demographic, obstetric characteristics of pregnant women, **Visual Analog Scale** Which was used for the definition of the strength of the pain, **Impression Form**, **Observation Form** and **Interview After Birth Form**. At the beginning of the labor (latent phase) informative knowledge form were filled by one to one conservation with the pregnant women in experiment and control groups. To the pregnant women in experiment group education on labor, skin stimulation, breathing technics were given and they were accompanied during the labor . Pregnant women were supported for the application of breathing and skin stimulation (massages which could be applied by them and could be supported by the nurse) technics, changing of position and relaxing. The pregnant women in the control group were observed in the routine of the hospital and were not given labor education and supportive nurse care. During labor at 2cm, 4cm, 6cm, 8cm and 10cm dilatation, pregnant women in the experiment and control groups were asked to tell the strength of their pain by words on the Visual Analog Scale and the statements were saved on the Impression Form. At the active phase of dilatation Observation Form was filled by the observation of pregnant women at control and experiment groups and Interview After Birth Form was filled by one to one conservation with the mothers after birth.

The findings for informative characteristics, dilatation period and conservation after birth were determined by percentage mean, Chi-Square, Fisher Exact tests. At the same time in determination of the findings of dilatation period t-test was used in independent groups.

In the statistical investigation towards the hypothesis of the study ;

- For the informative characteristics, pregnancy history, preparation for birth, thought and expectation of birth, significant difference was observed.
- It was determined that the mothers who received education and nurse support on the labor and nonfarmacologic pain control methods (breathing and skin stimulation) had less negative emotional reactions towards labor during labor and deal with these kind of negative thoughts better, described labor pain strength lower, had better thoughts of labor pain and labor process than mothers not receiving education and nurse support.

The results of the study showed that the education and nurse support on labor and nonfarmacologic pain control methods (breathing and skin stimulation) given to the pregnant women who did not have any preparation before birth at the latent phase of labor was effective on the less feeling of labor pain, better adaptation for labor and a more satisfactory labor experimentation of pregnant women.

Key Words : Pain management, supportive nursing care, labor pain, labor experience, Visual Analog Scale (VAS)

KAYNAKLAR

1. Aktur R. Sağlık Bilimlerinde Tez Yapma Rehberi. Songül Yayınevi Ankara, 1996; 83-101
2. Algier L. Ağrının yaygın olmayan ifadelerle hafifletilmesi. *Türk Hemşireler Dergisi* 1987; 37 (4): 23-27
3. Aştı N, Yıldız A . Travay Odasında Doğum Ağrısı Çeken Gebelere Terapötik Dokunmanın, Gebelerin Ağrı Algısı ve Durumluk Anksiyete Üzerine Etkisi. Düzenleyen: S. Özkan. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. 1994; 265-271.
4. Atasu T, Türkmenoğlu İ. Pratik Doğum Bilgisi. Alfa Basım Evi, İstanbul, 1994.
5. Auvershine M A, Enriquerk M G. Maternaty Nursing. Wadsworth Health Sciences Davison, California, 1985; 315-321.
6. Bobak J M, Jensen M D. Essentials of Maternity Nursing The Nurs and The Childbearing Family. 2.ed. The C.V. Mosby Company, Toronto, 1987; 365-368.
7. Bonica J J. The Manegement of Pain. 2.ed. Lea & Febiger, Philadelphia - London, 1990; 1326-1333.
8. Bonnel AM, Boureau F. Labor Pain assessment: Validity of a behaviorel index PAİN 1985; 22 (?): 81-90.
9. Brown S T, Campbell D, Kurts A. Characteristics of labor pain at two stages of cervikal dilation. *PAİN* 1989; 38 (3): 289-295.
10. Bryanton J, Frasey D H, Sullivan P. Women's perceptions of nursing support during labor. *JOGNN* 1994; 23 (8): 638-644.
11. Bulut A, Gökçay G, Neyzi O, Uzel N. Anne ve Çocuk Sağlığı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1994
12. Carroll D, Bowsher D. Pain Management and Nursing Care. Butterwort - Heiremenn Ltd. Greet Britain, 1993 ; 5 13.
13. Chapman LL. Expectant fathers' roles during labor and birth. *JOGNN* 1992; 21 (2): 114-119.
14. Copeland D B, Douglas D. Comunication strategies for the intrapartum nurse. *JOGNN* 1999; 28 (6): 579-585

- 15.Coşkun A, İnanç N, Okumuş H, Taşkın L, Ekizler H, Pasinlioğlu T. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El kitabı. Ed. : A. Coşkun. Birlik Ofset, 1996; 71-100
- 16.Coşkun A, Karanisoğlu H. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Web - Ofset, Eskişehir, 1992; 280-300.
- 17.Dağlar G, Güler H. Doğum anında ebelerin annelere verdikleri bakımın belirlenmesi ve annelere göre bu bakımın değerlendirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Erzurum, 1999; 208-212.
- 18._____ Doğum Öncesi Eğitim. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi. İstanbul, 2000; 57-70.
- 19.Ekizler H. Ağrının obstetrik ve jinekolojik açıdan değerlendirilmesi. **Hemşirelik Bülteni** 1998; 3 (2): 53-60.
- 20.Erdoğan E. Doğal yolla doğuma hemşire nasıl yardım edebilir ? **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 1985 ; 1(1): 57-60.
- 21.Gençalp N S. Doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1998.
- 22.Gorrie T N, Mc Kinney E S, Murray S S. Foundation of Maternal Newborn Nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1994; 362-369.
- 23.Green J M. Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: A Prospective Study of 825. **BIRTH** 1990; 17 (?).
- 24.Green J M. Expectations and experiences of pain in labor: Findings From a Large Prospective Study. **BIRTH** 1993; 20 (2): 65-72.
- 25.Hallgran A, et al. Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth **Midwifery** 1995; 11 (3).
- 26.Güler K. Doğuma fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlanmış gebelerle, hazırlanmamış olanların antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerdeki anksiyete farklılıklarının araştırılması, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 1982.
- 27.Hapidou EG, De Catanzaro D. Responsiveness to laboratory pain in women as a function of age and childbirth pain experience. **PAIN** 1992; 48 (2): 177-181.
- 28.Herman A J, et.al. Preparation For Childbirth : A Family Approach. Ed. M. Harvey. 2.ed. Baptist Memorial Hospital, Indianapolis, 1986 ; 32-56.
- 29.İnanç N. Mutlu doğuma yardım çerçevesinde gebe, doğum yapmakta olan ve doğum yapmış annelerin gebelik ve doğuma ilişkin görüşlerinin incelenmesi. **Türk Hemşireler Dergisi** 1990; 3 (39): 37-42

- 30.Kanan N. Preoperatif eğitimim postoperatif ağrı algılamasına olan etkisi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 1985.
- 31.Kızılkaya N. Kadının doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına İlişkin görüşleri. **Perinatoloji Dergisi** 1997 ; 5 (3-4): 213-216.
- 32.Kintz D L. Nursing support in labor. **JOGNN** 1987; (?) 126-130.
- 33.Kocaman G. Ağrı, Hemşirelik Yaklaşımları. Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 1994; 31-89
- 34.Kömürcü N. İlk doğumunu yapan annelerin kendi doğum eylemlerine ilişkin duygu ve düşünceleri. Ed. A.: Kavaklı, A Coşkun, S Savaşer. I. Ana ve Çocuk Sağlığı, **Hemşirelik Sempozyumu**, İstanbul, 1992; 263- 268.
- 35.Lowe N K. Maternal confidence in coping with labor- a self- efficacy concept. **JOGNN** 1991; 20 (6): 457-462.
- 36.Lowe N K. The pain and discomfort of labor and birth. **JOGNN** 1996; 25 (1): 82-93.
- 37._____Managing Pain. **Women's Health Watch** 1999; 6 (5): 4-5.
- 38.Mackey M C, Lock S E. Women's expectations of the labor and delivery nurse. **JOGNN** 1989; (?): 505-512
- 39.Mackey M C, Stepan M E F. Women's evaluation of their labor and delivery nurses. **JOGNN** 1994; 23 (5): 413-420.
- 40.Madi B C, Sandall J, Bennett R. Effects of female relative in labor. **BIRTH** 1999; 26 (suppl): 9-10.
- 41.Mandevilla L K, Troiano N H. High- Risk & Critical Care İntrapartum Nursing. 2. ed. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1999; 420-423.
- 42.Mayberey L J, Wood S H, Strange L B. Managing second - stage labor. **Lifelines** 2000; 3 (6): 28-33.
- 43.Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. **Journal of Pain and Symptom Management**. 1991; 6 (8): 476-480.
- 44.Nichols F H, Zwelling E. Maternal Newborn Nursing Teory and Practice. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997; 830-840.
- 45._____Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etitleri Enstitüsü, Meeswadhs -Macro İnterretionel, Ankara, 1999.

- 46.Olds S B, Londa M L, Ladewing P A, Davidson S V. Obstetrik Nursing. Addison-Wesley Publishing Company, California, 1980; 515-549.
- 47.Ösken S. Psikiyatrik Tıp : Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roch Müsahazaları Sanayi A. Ş. İstanbul, 1993; 200-220.
- 48.Pritchard J A, Mac Donald P C, Gant N F. Williams Doğum Bilgisi. Çeviren : İ Yılmaz, V Aydemir. Güneş Kitabevi, Ankara, 1989; 415-435.
- 49.Reeder S İ, Martin L L. Maternaty Nursing, Family Newborn and Women's Health Care. 16. ed. J.B. Lippincott Company , Philadelphia, 1997; 498-510.
- 50.Roberts J. Asecond look at the sacond stage of labor. JOGNN 1996; 25 (5): 415-421.
- 51.Scott J R, Disaia P, Hammond C B, Spellacy N N. Danfort Obstetrik ve Jinekoloji. Çeviren: R Erez, J.B. Lippincott (Yüce Yayın A.Ş.) , Philadelphia, 1997; 129-147.
- 52.Sheiner E K, Sheiner E, Vardi I S, Mazor M, Katz M. Ethnic differences influence care giver's estimetes of pain during labor. PAIN 1990; 81 (3): 299-305.
- 53.Sittner B, Hudson D B, Grossman C C, Johansson F G. Adolescents' perceptions of pain during labor. Clinical Nursing Research 1998; 7 (1): 82-93.
- 54.Stillerman E. Mother Massage, A Handbook for Relievin the Discomfors of Pregnancy. A Delta Book Published, New Yorg, 1992; 79-95.
- 55.Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1990.
- 56.Symenski M E. Maternaty Nursing Family, Newborn and Women's Health Care. 7.ed. J.B Lippincott Company, New York, 1992; 48-60.
- 57.Şenocak M. Biyoistatistik. Dilek Ofset, İstanbul, 1997.
- 58.Şenocak M. Özel Biyoistatistik Epidemiyolojide Sayısal Çözümleme. Çağlayan Kitabevi, İstanbul, 1992.
- 59.Taşkın L.Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 1997; 230-257.
- 60.Nurdan T. İnnatal dönem ve bakım yöntemleri. II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezunuyet Sonrası Eğitim Kursu, Antalya, 1998.
- 61.Topbaşı G. Migrenli hastaların ağrı algısı, anksiyete ve beden imajı doyum düzeyinin hemşirelik bakım planına rehber olacak şekilde değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri iç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.

- 62.Üstkan H. Ağrı yönetimi ile ilgili hemşirelerin bilgi ve inançlarının değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 1999.
- 63.Walker N C, O'Brien B. The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes **Clinical Nursing Research** 1999; 8 (2): 119-133.
- 64.Wall P D, Melzack R. Textbook of Pain. Harcourt Publishers Limited, St. Louse, Sydney-Toronto, 1999; 664-671.
- 65.Winnerton T. Alternatif remedies during labor.**Nursing Times** 1991; 87 (9): 64-65.
- 66.Wuitchik M, Bakal D, Lipshite J. Relationships between pain, cognitive activity and epidural analgezia during labor.**PAIN** 1990; 41(2): 125-132.



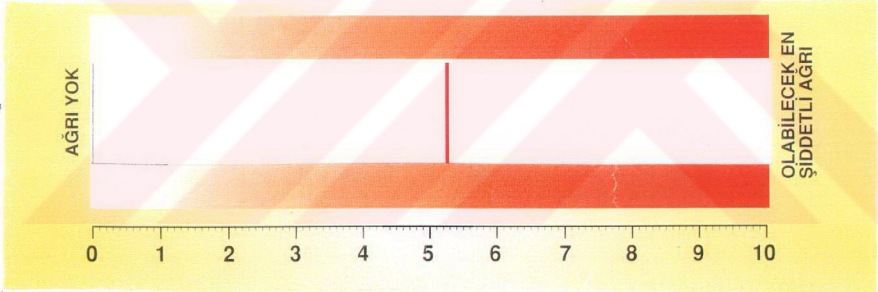
TANITICI BİLGİ FORMU

EK 1

Değişken No	Satır No	Sorular
X ₁	1-2	Adı Soyadı: Protokol No : Adresi ve Telefon No :
X ₂	3	1- Yaşı :..... () 15-24 yaş () 25-34 yaş () 35 yaş ve üstü
X ₃	4	2- Eğitim durumu :.....(yıl) () İlköğretim () Ortaöğretim () Yükseköğretim
X ₄	5	3- Eşinin eğitim durumu :.....(yıl) () İlköğretim () Ortaöğretim () Yükseköğretim
X ₅	6	4- İsteyerekmi gebe kaldınız ? () Evet () Hayır
X ₆	7	5- Gebelik Sayısı () 1 () 2 () 3 () 4 ve üstü
X ₇	8	6- Gebeliğinizde kontrol için doktora gittiniz mi? () Evet () Hayır
X ₈	9	7- Cevabınız evet ise ne kadar sıklıkla gittiniz ? () 4'den az () 4 - 8 kez () 8'den fazla
X ₉	10	8- Daha önceden doğum yapan birini gördünüz mü ? () Evet () Hayır
X ₁₀	11-12	9- Cevabınız evet ise ne hissettiniz ?
X ₁₁	13	10- Başkalarından doğumla ilgili hikayeler dinlediniz mi ? () Evet () Hayır
X ₁₂	14-15	11- Bunlardan nasıl etkilendiniz ?

Değişken	Satır	Sorular
X ₁₃	16-17	12- Şu anki duygularınız nedir ? <input type="checkbox"/> Şiddetli ağrı çekme korkusu <input type="checkbox"/> Yırtılma - yaralanma korkusu <input type="checkbox"/> Ölüm korkusu <input type="checkbox"/> Kanama korkusu <input type="checkbox"/> Bebeğin sağlığı hakkında endişe <input type="checkbox"/> Bebeğin cinsiyeti ile ilgili endişe <input type="checkbox"/> Diğer
X ₁₄	18	13- Doğumla ilgili kitap veya dergi okudunuz mu ? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
X ₁₅	19	14- Hamile eğitim programlarına katıldınız mı ? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
X ₁₆	20	15- Gebeliğinizde solunum egzersizleri ve jimnastik yaptınız mı ? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
X ₁₇	21-22	16-Normal yaşantınızda ağrınız olduğunda ağrınızı gidermek için ne tür girişimlerde bulunursunuz ? <input type="checkbox"/> Hiçbir şey yapmam <input type="checkbox"/> Ağrı kesici alırım <input type="checkbox"/> Ağrıyan bölgeye masaj yaparım <input type="checkbox"/> Solunum egzersizi yaparım <input type="checkbox"/> Gevşemeye çalışırım <input type="checkbox"/> Hayal kurarım <input type="checkbox"/> Sıcak uygulama yaparım <input type="checkbox"/> Diğer
X ₁₈	23	17-Doğum ağrılarınız başladığında doğumhaneye gelene kadar çevrenizdeki kişilerden destek aldınız mı ? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
X ₁₉	24-25	18- Cevabınız evet ise destek aldığınız kişiler <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Kız kardeş <input type="checkbox"/> Kaynana <input type="checkbox"/> Görümce <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Diğer

Vizüel Analog Skala (VAS), ağrılı hastalarda ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. Tanılama hastanın sözel ifadelerini içeren subjektif veriler doğrultusunda yapılmaktadır. Araştırmada kullandığımız VAS; kartondan yapılmış, üzerinde 0'den 10 'a kadar sayıların yer aldığı bir cetvel ve cetvelin üst tarafında beyazdan (0) koyu kırmızıya (10) doğru değişen renk göstergesinden oluşmaktadır Ayrıca cetvelin iç tarafında ifade edilen sayısal değerler cetvel üzerinde gösterimesini sağlayan hareketli bir karton da yer almaktadır.(Şekil 14). Ağrı şiddeti "0 - 10" arasında değişen rakamlarla ifade edilmekte, ağrının olmaması " 0 ", en şiddetli ağrı " 10 " rakamı ile belirlenmektedir. Bu yöntemde kişiye iki uç nokta olduğu ve bu noktalar arasında herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu açıklanmaktadır.



Şekil 14 : Vizüel Analog Skala

Çalışmamızda Deney ve kontrol gruplarında dilatasyon 2cm, 4cm, 6cm, 8cm, 10cm, olduğunda VAS kullanılarak ağrının şiddeti sözel olarak belirlenmiştir.

İZLEM FORMU

EK 3

Protokol No :

Tarih :

Doğum Eyleminin süresi :

Bebeğin cinsiyeti ve kilosunu :

Saat	Doğum Eyleminin Fazı	Dilatasyon	VAS	Uygulamalar

GÖZLEM FORMU

EK 4

Gebenin Doğum Eylemi Süresince Gösterdiği Duygusal Davranışlar	Gözlendi	Gözlenmedi
<ul style="list-style-type: none">• Heyecanlı görünüm• Korku ifadesi• Yalnız kalmaktan kaçınma• Duyarlılık• Huzursuzluk• Davranış kontrolünde güçlük• İletişimden kaçınma• Mahremiyetin azalması• Yüksek sesle ağlama• Sessizce ağlama• Yüz ifadesinde değişiklik• Avuçlarını sıkma• Herhangi bir şeyi sıkma• Dudak ısırma• Yakınma• Çığlık atma• Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma• Sürekli gezinme• Çevresindeki kişileri suçlama		

Annenin Ekip Üyeleri İle İşbirliği Yapma Durumu:

DOĞUM SONRASI GÖRÜŞME FORMU EK 5

1- Ağrı ile ilgili düşünceler,

.....
.....

2- Ağrı odasına ilişkin düşünceler,

.....
.....

3- Doğum eylemine ilişkin düşünceler,

.....
.....

4- Şu anda kendisini nasıl hissediyorsunuz ?

.....
.....



Resim 1 : Gebeyi Doğum Eylemi Hakkında Bilgilendirme



Resim 2: Gebeyi Solunum Teknikleri Hakkında Bilgilendirme



Resim 3 : Gebeye Masaj Tekniklerinden Eflorajı Gösterme ve Uygulatma



Resim 4 : Gebeye Solunum, Masaj Tekniklerini Aynı Anda Uygulatma



Resim 5: Gebenin Sakrum Bölgesine Basınç Uygulama



Resim 6 : Gebenin Abdominal Solunum (Üfleme) Yapmasını Destekleme

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ