



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNTRAPARTUM DÖNEMDE KANITA DAYALI
UYGULAMALAR DOĞRULTUSUNDA SUNULAN
DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMININ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN: ESRA ÇEVİK
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. EMRE YANIKKEREM

MANİSA-2021



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNTRAPARTUM DÖNEMDE KANITA DAYALI
UYGULAMALAR DOĞRULTUSUNDA SUNULAN
DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMININ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN: ESRA ÇEVİK
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. EMRE YANIKKEREM

TEZ SINAV JÜRİSİ
Prof. Dr. EMRE YANIKKEREM
Doç. Dr. EMİNE GERÇEK ÖTER
Doç. Dr. DİLEK ERGİN
Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM DEMİREL BOZKURT
Dr. Öğr. Üyesi AYTÜL HADIMLI

MANİSA-

BEYAN

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

ESRA ÇEVİK

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bana yol gösteren, destekleyen vizyoner kimliği ve akademik başarıları ile rol model olan yolumu aydınlatan değerli danışmanım Prof. Dr. Emre YANIKKEREM' e

Tez izlem sürecinde değerli katkıları ve motive edici yaklaşımları için tez izlem komitesinde ve tez jürisinde yer alan değerli hocalarım Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER' e ve Doç. Dr. Dilek ERGİN' e

Değerli öneri ve katkıları için tez jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi Özlem DEMİREL BOZKURT' a ve Dr. Öğr. Üyesi Aytül HADIMLI' ya

Doktora eğitimim boyunca sabır ve sevgisiyle yanımda olan bilgi ve tecrübesiyle destek olan eşim Celalettin ÇEVİK' e ve tez verilerini toplama sürecinde ve yazım sürecinde görüşemediğimiz günlerde sabreden, anlayışlı olan kıymetlimiz canım oğlum Egemen ÇEVİK' e

Her zaman yanımda olan ve desteğini bir an olsun esirgemeyen canım babam Varol BAKIR ve annem Zeynep BAKIR' a

Zorlu pandemi koşullarında özveri ile çalışan, veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen tüm doğum ünitesi ekibine ismini tek tek yazamadığım tüm ebe arkadaşlara ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere çok teşekkür ederim.

Esra ÇEVİK
Balıkesir/2021

KISALTMALAR

ACNM	American College of Nurse-Midwives - Amerikan Ebeler-Hemşireler Derneği
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists - Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği
AWHONN	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses - Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials- Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar
CIMS	Coalition for Improving Maternal Services- Annelik Hizmetlerini İyileştirme Koalisyonu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IASP	International Association for the Study of Pain- Uluslararası Ağrı Derneği
NICE	National Institute for Health and Care Excellence – İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
OECD	The Organisation for Economic Cooperation and Development- Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü
SMFM	Society for Maternal Fetal Medicine- Amerikan Maternal Fetal Tıp Derneği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VAS	Vizüel Analog Skala

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO DİZİNİ	ix
ŞEKİL DİZİNİ	xiii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	11
4.1 İNTRAPARTUM DÖNEM	11
4.2 DOĞUM EYLEMİNİN EVRELERİ	11
4.2.1 Doğum Eyleminin Birinci Evresi	12
4.2.2 Doğum Eyleminin İkinci Evresi	15
4.2.3 Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi	17
4.2.4 Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi	17
4.3 İNTRAPARTUM DÖNEMDE AĞRI	18
4.3.1 Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi	21
4.3.2 İntrapartum Dönemde Ağrıyı Azaltıcı Stratejiler	22
4.4 İNTRAPARTUM DÖNEMDE KAYGI	26
4.5 İNTRAPARTUM DÖNEMDE ANNE MEMNUNİYETİ	33
4.6 İNTRAPARTUM DÖNEMDE RUTİN HEMŞİRELİK BAKIMI	37
4.7 İNTRAPARTUM DÖNEMDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR DOĞRULTUSUNDA DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMI	38
4.8 İNTRAPARTUM DÖNEMDE DESTEKLEYİCİ BAKIM TÜRLERİ	45
4.9 DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMI ve ETKİLERİ	53
4.9.1 Latent Fazda Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımı	53
4.9.2 Aktif Fazda Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımı	58

4.9.3 Geçiş Fazında Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımı	59
4.10 İNTRAPARTUM DÖNEMDE DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMININ DOĞUM EYLEMİNE ANNE VE BEBEK SAĞLIĞINA ETKİLERİ	62
4.10.1 İntrapartum Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Eylemine Etkisi	62
4.10.2 İntrapartum Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımının Anne Sağlığı Üzerine Etkisi	63
4.10.3 İntrapartum Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımının Bebek Sağlığına Etkisi	64
4.10.4 İntrapartum Dönemde Destekleyici Bakım ile ilgili Yapılan Araştırmalar	64
5. GEREÇ VE YÖNTEM	68
5.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ	68
5.2 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRE	68
5.3 ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	68
5.3.1 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	71
5.3.2 Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	71
5.3.3 Deney ve Kontrol Gruplarının Belirlenmesi	71
5.4 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	72
5.5 BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	72
5.6 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	73
5.6.1 Deney ve Kontrol Grubu için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	73
5.6.2 Gebenin Tanıtıcı Özellikleri Formu	73
5.6.3 Durumluk Kaygı Ölçeği	74
5.6.4 Vizüel Analog Skala (VAS)	74
5.6.5 Ağrı Diyagramı	75
5.6.6 Doğum Eylemi Değerlendirme Formu	76
5.6.7 Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu	76
5.6.8 Rutin Bakım Değerlendirme Formu	76
5.7 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	77
5.7.1 Veri Toplama Süreci	77
5.7.1.1 Birinci İzlem	77

5.7.1.2 İkinci İzlem	81
5.7.1.3 Üçüncü İzlem	83
5.7.1.4 Dördüncü İzlem	85
5.7.1.5 Beşinci İzlem	86
5.7.1.6 Deney Grubuna Sunulan Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamalarında Yer Alan Masajın Uygulanması	88
5.7.1.7 Deney Grubuna Sunulan Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamalarında Yer Alan Nefes Egzersizleri	89
5.7.2 Süre ve Olanaklar	91
5.8 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	93
5.9 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	94
5.10 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	94
6. BULGULAR	95
6.1 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	95
6.2 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİ OLAN DİLATASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN BULGULAR	106
6.3 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN LATENT, AKTİF, GEÇİŞ FAZLARINDA DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ, VİZÜEL ANALOG SKALA PUAN ORTALAMALARI ve AĞRI DİYAGRAMI KULLANILARAK BELİRLENEN AĞRI BÖLGESİNE İLİŞKİN BULGULAR	118
6.4 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	136
7. TARTIŞMA	147
7.1 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	147
7.2 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİ OLAN DİLATASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	156

7.3 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN LATENT, AKTİF, GEÇİŞ FAZLARINDA DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ, VİZÜEL ANALOG SKALA PUAN ORTALAMALARI VE AĞRI DİYAGRAMI KULLANILARAK BELİRLENEN AĞRI BÖLGESİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	159
7.4 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA	165
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	171
8.1 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR	171
8.2 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİ OLAN DİLATASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN SONUÇLAR	173
8.3 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN LATENT, AKTİF, GEÇİŞ FAZLARINDA DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ, VİZÜEL ANALOG SKALA PUAN ORTALAMALARI VE AĞRI DİYAGRAMI KULLANILARAK BELİRLENEN AĞRI BÖLGESİNE İLİŞKİN SONUÇLAR	174
8.4 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR	176
8.5 ÖNERİLER	178
9. KAYNAKLAR	180
10. EKLER	201
EK I. DENEY GRUBUNDAKİ GEBELERİN GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	201
EK II. KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	203
EK III. GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ SORU FORMU	205
EK IV. DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ	208
EK V. VİZÜEL ANALOG SKALA VE AĞRI DİYAGRAMI	209
EK VI. DOĞUM EYLEMİ DEĞERLENDİRME FORMU	215

EK VII. DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME FORMU (Deney Grubu İçin)	216
EK VIII. DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME FORMU (Kontrol Grubu İçin)	218
EK IX. RUTİN BAKIM DEĞERLENDİRME FORMU	219
EK X. DURUMLUK KAYGI ÖLÇEK İZNİ	220
EK XI. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENTİTÜSÜ TEZ KONUSU ONAYI	221
EK XII. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL İZNİ	222
EK XIII. BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA KOMİSYONU İZNİ	223
11. ÖZGEÇMİŞ	224
12. DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	225

TABLO DİZİNİ

Tablo 1.	Destekleyici Bakım Değerlendirme Rehberi	43
Tablo 2.	Fiziksel Destek Kategorileri ve Uygulamalar	47
Tablo 3.	Duygusal Destek Kategorileri ve Uygulamalar	49
Tablo 4.	Eğitim/Bilgilendirme Desteği Kategorileri ve Uygulamalar	50
Tablo 5.	Savunuculuk Desteği Kategorileri ve Uygulamalar	51
Tablo 6.	Latent Fazda Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	79
Tablo 7.	Aktif Fazda Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	81
Tablo 8.	Geçiş Fazında Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	83
Tablo 9.	Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	85
Tablo 10.	Doğum Sonu Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	86
Tablo 11.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	96
Tablo 12.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	98
Tablo 13.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	99
Tablo 14.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Öncesi Hazırlık Sınıfına Katılma Durumlarına Göre Dağılımı	101
Tablo 15.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Öncesi Kontrole Gitme Sayısı Ortalamalarına Göre Dağılımı	101
Tablo 16.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	102
Tablo 17.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Normal Yaşantılarında Menstrual Ağrı ile Baş Etmede Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı	103
Tablo 18.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eylemi Sürecinde Deneyimleyecekleri Ağrıyı Rahatlatacağını Düşündükleri Yöntemlerin Dağılımı	104

Tablo 19.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Latent Fazda Dilatasyon ve Efasman Durumlarına Göre Dağılımı	106
Tablo 20.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Latent Fazda Sistolik Kan Basıncı, Diastolik Kan Basıncı, Nabız, Çocuk Kalp Sesine İlişkin Bulgular	107
Tablo 21.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Aktif Fazda Dilatasyon ve Efasman Durumlarına Göre Dağılımı	108
Tablo 22.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Aktif Fazda Sistolik Kan Basıncı, Diastolik Kan Basıncı, Nabız ve Çocuk Kalp Sesine Göre Dağılımı	108
Tablo 23.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Geçiş Fazında Dilatasyon ve Efasman Durumlarına Göre Dağılımı	109
Tablo 24.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Geçiş Fazında Sistolik Kan Basıncı, Diastolik Kan Basıncı, Nabız, Çocuk Kalp Sesine Göre Dağılımı	110
Tablo 25.	Deney ve Kontrol Grubunda olan Gebelere Latent Fazda Rutin Bakım Uygulamalarının Yapılma Durumuna Göre Dağılımı	111
Tablo 26.	Deney ve Kontrol Grubunda olan Gebelere Aktif Fazda Rutin Bakım Uygulamalarının Yapılma Durumuna Göre Dağılımı	114
Tablo 27.	Deney ve Kontrol Grubunda olan Gebelere Geçiş Fazında Rutin Bakım Uygulamalarının Yapılma Durumuna Göre Dağılımı	116
Tablo 28.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminin Latent, Aktif ve Geçiş Fazında Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	118
Tablo 29.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Değerlendirmesine Göre Dağılımı	120
Tablo 30.	Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı	

Ölçeği Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlere Göre Dağılımı	122
Tablo 31. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası Vizüel Analog Skala Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	126
Tablo 32. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eylemi Fazlarına göre Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası VAS Puan Ortalamalarının Grup İçi Değerlendirilmesine Göre Dağılımı	128
Tablo 33. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası VAS Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlere Göre Dağılımı	130
Tablo 34. Deney ve Kontrol Grubunda Olan Gebelerin Ağrı Diyagramına Göre Ağrının Lokalize Olduğu Bölgelerin Dağılımı	134
Tablo 35. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğuma İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	136
Tablo 36. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Gebelik Haftası, Bebeklerin Boyu, Kilosu ve Apgar Skoru Ortalamalarına Göre Dağılımı	138
Tablo 37. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Süresi ve Doğum Zorluk Algısı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	139
Tablo 38. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğuma İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı	140
Tablo 39. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Bir Sonraki Doğumu Normal Doğum ile Yapmak İsteme ve İstememe Nedenlerine Göre Dağılımı	142
Tablo 40. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Normal Doğumu Çevresindekilere Önerme ve Önermeme Nedenlerine Göre Dağılımı	143

Tablo 41. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Aldıkları Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	144
Tablo 42. Deney Grubundaki Gebelerin Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Üzerine Etkisi Hakkında Düşüncelerine Göre Dağılımı	144
Tablo 43. Deney Grubundaki Gebelerin Destekleyici Hemşirelik Bakımı Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımı	145



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1.	Antepartum, İntrapartum, Postpartum Dönem Çizelgesi	11
Şekil 2.	Doğumun Evreleri	12
Şekil 3.	Friedman Eğrisi	13
Şekil 4.	Doğum Ağrısının İletimi	22
Şekil 5.	Destekleyici Bakım	41
Şekil 6.	Destekleyici Bakım Bölümünün Doldurulmuş Örneği	42
Şekil 7.	İntrapartum Dönemde Önerilen Pozisyonlar	45
Şekil 8.	İntrapartum Dönemde Destekleyici Bakım Türleri	46
Şekil 9.	Erken Doğum Salonu Triyaj Süreci	54
Şekil 10.	CONSORT Akış Diyagramı	70
Şekil 11.	Ağrı Diyagramı	75
Şekil 12.	Birinci İzlem (Latent Faz) Veri Toplama Aşamaları	80
Şekil 13.	İkinci İzlem (Aktif Faz) Veri Toplama Aşamaları	82
Şekil 14.	Üçüncü İzlem (Geçiş Fazı) Veri Toplama Aşamaları	84
Şekil 15.	Doğum ve Kontrol Gruplarında Veri Toplama Aşamaları	87
Şekil 16.	Sakruma Masaj Uygulaması	88
Şekil 17.	Araştırmanın Zamanlaması	92
Şekil 18.	Deney Grubunda Olan Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları	124
Şekil 19.	Kontrol Grubunda Olan Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları	125
Şekil 20.	Deney Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası VAS Puan Ortalamaları	132
Şekil 21.	Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Rutin Bakımı Öncesi ve Sonrası VAS Puan Ortalamaları	133

Başlık: İntrapartum Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda Sunulan Destekleyici Hemşirelik Bakımının Etkisinin İncelenmesi

Öğrencinin Adı: Esra ÇEVİK

Danışman: Prof. Dr. Emre YANIKKEREM

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Araştırma, intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Randomize kontrollü ve deneysel olarak yürütülen bu çalışma, Eylül 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Balıkesir ilinde bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini (deney=52, kontrol=52) 104 gebe oluşturmuştur. Deney ve kontrol grupları gebelerin yaş grubu, eğitim durumu, beden kitle indeksi, doğum ve gebelik sayısı ile doğum öncesi hazırlık sınıflarına katılma durumu göz önüne alınarak eşleştirilmiştir. İntrapartum dönemde deney grubunda gebelere destekleyici hemşirelik bakımı kontrol grubunda olan gebelere rutin hemşirelik bakımı verilmiştir. Verilerin toplanmasında gebenin tanıtıcı özellikleri soru formu, Durumluk Kaygı Ölçeği, Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS) ve ağrı diyagramı doğum eylemi ve doğum sonu değerlendirme formu kullanılmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. İntrapartum dönemde doğum ünitesine başvuruda deney ve kontrol grubundaki kadınların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubundaki gebelerin latent, aktif ve geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği ve VAS puan ortalamaları kontrol grubundaki gebelere göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,000$).

Sonuçlar: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının algılanan doğum ağrısı, durumluk kaygı düzeyleri, doğum süresi, doğumun zorluk algısı, ikinci derece laserasyonda azalma, yenidoğanın birinci ve beşinci dakika Apgar puanlarına ve doğum sonrası memnuniyetine etkisi olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Anahtar kelimeler: İntrapartum dönem, destekleyici hemşirelik bakımı, durumluk kaygı.

Title: Investigation of the Effect of Supporting Nursing Care Provided in Line with Evidence-Based Practices during Intrapartum Period

Student name: Esra ÇEVİK

Thesis Advisor: Prof. Emre YANIKKEREM

Department: Nursing

2. ABSTRACT

Aim: The aim of the research was to examine the effect of supportive nursing care provided in line with evidence-based practices during the intrapartum period.

Materials and Methods: This randomized-controlled and experimental study was carried out in a public hospital in the province of Balıkesir, from September 2021 to February 2021. The sample of the study (experimental: 52, control: 52) consisted of 104 pregnant women. Experimental and control groups were matched considering the age group, education level, body mass index, number of births and pregnancies, and participation in prenatal preparation classes. During the intrapartum period, the pregnant women in the experimental group were given supportive nursing care and the pregnant women in the control group were given routine nursing care. The descriptive characteristics of the pregnant questionnaire, the State Anxiety Scale, the Visual Comparison Scale (VAS), and the pain diagram, labor and postpartum evaluation form were used to collect the data.

Results: No statistically significant difference was found in terms of sociodemographic and obstetric characteristics of pregnant women in the experimental and control groups. There was no statistical difference between the State Anxiety Scale mean scores of the women in the experimental and control groups at admission to the delivery unit during the intrapartum period ($p>0.05$). State Anxiety Scale and VAS score averages of the pregnant women in the experimental group before and after supportive nursing care in the latent, active and transitional phase were found to be statistically significantly lower than the pregnant women in the control group ($p<0.001$).

Conclusions: Supportive nursing care provided in the intrapartum period in line with evidence-based practices has been found to have an effect on perceived labor pain, state anxiety levels, duration of labor, perceived difficulty in labor, decrease in second-degree laceration, first and fifth minute Apgar scores of the newborn, and postpartum satisfaction ($p<0.05$).

Keywords: Intrapartum period, supportive nursing care, state anxiety.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum süreci olarak tanımlanan intrapartum dönemde verilen bakım; doğumun birinci, ikinci, üçüncü evreleri ile doğum sonrası anne ve yenidoğana yönelik acil girişimleri ve bakımı içermektedir (National Institute for Health and Care Excellence 2017; World Health Organization 2018; Smith ve ark. 2018). Dünya Sağlık Örgütü pozitif doğum deneyimi intrapartum bakım rehberinde; doğumun birinci evresinin tanımlanmasında latent ve aktif faz tanımlarının kullanılmasını önermektedir (Hofmeyr ve ark. 2021). Latent faz; dilatasyon evresinin ilk aşaması olup, ağırlı uterus kontraksiyonları, bir dereceye kadar servikal efasman, daha yavaş ve 5 cm'ye kadar ilerleyen servikal dilatasyonu içeren dönem olarak tanımlanmaktadır. Aktif faz ise; düzenli ağırlı uterus kontraksiyonları, önemli derecede servikal efasman, daha hızlı ve 5 cm'den 10 cm açıklığa (tam dilatasyon) ulaşan servikal dilatasyon olarak tanımlanmaktadır. Doğumun ikinci evresi; servikal dilatasyonun tam olması ile bebeğin doğumu arasındaki zaman periyodudur (World Health Organization 2018; Ondeck 2019; Polnaszek ve Cahill 2020; Hofmeyr ve ark. 2021; Wright ve ark. 2021). Doğumun üçüncü evresi ise doğumdan hemen sonra yenidoğanın ve kadının bakımını içermektedir (World Health Organization 2018; Ondeck, 2019; Hofmeyr ve ark. 2021).

Doğum eyleminin gerçekleştiği intrapartum dönem anne ve fetus sağlığı açısından oldukça önemli bir süreçtir (World Health Organization 2018; Kaya ve Demirel 2018, Smith ve ark. 2018; Muslu ve Yanikkerem 2020). Dünya Sağlık Örgütü intrapartum dönemde uygulanacak bakımın; bütüncül, kadın merkezli, insan haklarına ve kanıta dayalı olarak yapılmasının önemini belirtmektedir. Bununla birlikte; doğum eyleminin anne ve bebek için güvenli olarak gerçekleşmesini sağlamanın yanında kadınlar ve ailelerinin olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarının sağlanması ve buna yönelik girişimlerde bulunmanın çok önemli olduğunu vurgulamıştır (World Health Organization 2018).

Son yıllarda intrapartum dönemde doğumun fizyolojik sürecini başlatmak, hızlandırmak, düzenlemek, izlemek ve sonlandırmak için bir dizi uygulama örneklerinde artış olduğu (World Health Organization 2018), doğum sürecinde artan müdahaleler ve medikalizasyon uygulamalarının kadınların doğum yapma yeteneğini

zayıflattığı ve doğum deneyimini olumsuz yönde etkilediği belirtilen bir diğer konudur (World Health Organization 2018; American College of Obstetricians and Gynecologists 2019).

İntrapartum dönemde kadın doğum uzmanı, ebeler, hemşireler, doğum yapacak kadınlar ve onları doğumda destekleyen kişilerin iş birliği içinde olmasının önemli olduğu ve minimum müdahale uygulanan doğumlar sonrasında kadınların yaşadıkları doğum deneyimlerinden memnuniyet düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (Bohren ve ark. 2017; Jisha ve Sreeja 2021). İntrapartum dönemde bakım sunan hemşirelerin, doğum eyleminin ilerlemesini değerlendirerek ailelere ve kadınlara süreçle ilgili bilgi verme, destekleme ve yapılan uygulamaları kaydetme gibi yükümlülükleri bulunmaktadır (Barrett ve ark. 2010). Kanıtlar doğum yapacak olan kadına düzenli ve kaliteli hemşirelik bakımı sunmanın önemli olduğunu, bununla birlikte doula gibi destek personeli tarafından sağlanan sürekli bire bir duygusal desteğin doğum yapan kadınlar için olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Hodnett ve ark. 2013; Kozhimannil ve ark. 2013; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2018; American College of Obstetricians and Gynecologists 2019).

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) intrapartum dönemde kanıta dayalı çalışmaları temel alarak doğumun kendiliğinden başlamasını, doğum eylemi boyunca hareket özgürlüğü olmasını, doğumda kadına duygusal ve fiziksel destek verilmesini, gereksiz müdahaleden kaçınılmasını, doğumda sırtüstü pozisyonlar yerine diğer pozisyonların desteklenmesini, doğum sonrasında anne ve bebeğin bir arada kalmasını önermektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists 2019).

Kanıta dayalı uygulamalar intrapartum dönemde bakımın kalitesini artırmak için etkili bir strateji olarak kabul edilmektedir. Kanıta dayalı uygulama kavramı kişilere kaliteli sağlık hizmeti verebilmek için bakım ortamlarında uygun kaynak, hasta tercihleri, klinik uzman görüşü ve bilimsel çalışmalardan elde edilmiş en iyi klinik kanıtların ışığında en iyi sunulacak hizmeti kapsamaktır (Serçekuş ve İşbir 2012; Copur ve ark. 2015; Uzel ve Yanikkerem 2018).

Gebelik ve doğum hizmetlerinde gerçekleşen uygulamaları kanıta dayalı olarak standardize etmek amacıyla 1997 yılında “Anne Dostu Doğum İnisiyatifi” (Mother Friendly Birth Initiative) ve “Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu” (Coalition for Improving Maternal Services: CIMS) kurulmuştur. Doğum ile ilgili örgütler, doğum uzmanları ve hizmet alanlarının da bulunduğu bu koalisyonun çalışmaları

sonucunda gebelik hizmetlerinin standardını kanıta dayalı olarak geliştirmek, perinatal komplikasyonları önlemek amacıyla “Mother Friendly-Anne Dostu” sağlık kuruluşları oluşturulmaya başlanmıştır (Hotelling 2007; Ak ve ark. 2018; Erbaydar 2021).

Birleşmiş Milletler üye ÷lkeleri tarafından anne ve bebek sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi için Binyıl Kalkınma Hedeflerini takip eden ve 2030 yılına kadar sürececek olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kabul edilmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında Türkiye’de öncelikle anne ve bebek sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, korunması, erişilebilir, nitelikli, maliyeti etkin ve sürdürülebilir sağlık hizmet sunumunun sağlanması, sağlık hizmetine ilişkin fiziki altyapının nitelik ve nicelik açısından güçlendirilmesi hedeflenmektedir. Dünyadaki gelişmelerin yansıması sonucunda Türkiye’de 2010 yılından itibaren Anne Dostu Hastane Programı uygulanmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2018; Erbaydar 2021). Antepartum ve postpartum dönemde izlemler ile bütün doğumların hastane ortamında güvenli koşullarda gerçekleştirilmesini sağlamak, anne ve bebek ölümlerini azaltmak amacıyla “Misafir Anne Projesi” başlatılmıştır (Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Türkiye 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu 2019; şimşek ve Çakmak 2019). Anne sağlığının korunması ve doğum hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla yapılan bu programlar ile doğumun ideal koşullarda, en az müdahale ile normal olarak gerçekleşmesinin sağlanması hedeflenmektedir. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yenilenen hastanelerde tek kişilik odada doğum yapma imkânı sağlanmaktadır. Anne sağlığı hizmetlerinde sağlanan niceliksel gelişmeler yanında hizmetlerin niteliğinin geliştirilmesine de gereksinim duyulmuştur. Hizmet niteliğinin artırılması için “Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri” oluşturulmuş ve sağlık kuruluşlarına bu kriterler bildirilmiştir. Kriterleri sağlayan kuruluşlara “Anne Dostu Hastane Unvanı” verilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2018; Ak ve ark. 2018; Serhatlıoğlu ve Karahan 2018). Tüm anne adaylarının güvenli ve kaliteli gebelik ve doğum hizmeti almasının önemli olduğu, gebelik öncesi, intrapartum ve doğum sonrası dönemde kadına gerekli olan danışmanlık hizmetlerinin sunulması kanıta dayalı olarak geliştirilen anne dostu hastane kriterleri arasında yer almaktadır. Bakanlık mevzuatları ile belirlenen standartlara uygun olarak sağlık hizmeti sunan kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetlerinin olması bu kriterler arasında belirtilmiştir. Bununla birlikte kadınların mahremiyet gereksinimlerine özen gösterilmesi, kanıt temelli olmayan girişimlerin rutin olarak uygulanmaması, kadınların hijyen ve konfor standartlarının sağlanması, doğum hizmetlerinin anne ve bebek odaklı olması, acil

obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulması bu kriterler arasındadır. Anne dostu hastane kriterleri arasında doğum hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimlerin planlanıp uygulanması, hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik desteğin optimum düzeyde olması, verilen hizmetlerle ilgili kayıtların tutulması ve düzenli aralıklarla analizlerinin yapıp hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılması bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2018; Ak ve ark. 2018).

Anne bebek sağlığının sürdürülmesi açısından diğer önemli bir nokta da sezaryen oranlarındaki artıştır. Dünya Sağlık Örgütü 1985 yılından beri ideal sezaryen oranını %10-15 olarak belirtmiş olsa da (World Health Organization 2015; Serçekuş ve İşbir 2012; Sayın ve ark. 2018; Ak ve ark. 2018; Azimirad 2020; Bayrı Bingöl ve ark. 2020), Dünyada ve Türkiye’de sezaryen ile doğum oranlarında yıllara göre artış görülmektedir (Fuglenes ve ark. 2012; Serçekuş ve İşbir 2012; Erdoğan ve ark. 2017; Ak ve ark. 2018; Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018). Amerika Birleşik Devletleri’nde sezaryen oranı 2005 yılında %30,2 iken, 2018 yılında %31,9’dur (Centers for Disease Control and Prevention 2020). Türkiye’de sezaryen oranı 2002 yılında %21,1 iken, 2019 yılında %54,4’e ulaşmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre Türkiye’de sezaryen oranı 1993 yılında %7 iken, 1998 yılında %14’e, 2003 yılında %21’e, 2008 yılında %37’ye, 2013 yılında %48’e, 2018 yılında %52’ye ulaşmıştır. Türkiye’de yıllara göre sezaryen oranları artan bir seyir izlemekle birlikte günümüzde yukarıda belirtilen istatistiklerde görüldüğü gibi doğumların yarısından fazlası sezaryen ile gerçekleşmektedir. Sezaryen doğumlarda beş sene öncesine göre %4’lük bir artış bulunmaktadır (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018).

Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü-The Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)’nin “Sağlık Bakım Faaliyetleri” 2019 raporuna göre; sezaryen doğum oranları Kuzey ülkelerinde oldukça düşük olup Finlandiya’da %16,5, İsveç’te %16,6, Norveç’te %16,0, İzlanda ve Hollanda’da %16,2 olduğu belirtilmektedir. Türkiye (%53,1), Mısır (%51,8), Meksika (%48,7), Şili (%47,7), Amerika (%32,8) ve Çin (%36,2) en yüksek sezaryen doğum oranlarına sahip ülkelerin başında yer almaktadır. Bu ülkelerde yaklaşık olarak iki canlı doğumdan biri sezaryen ile gerçekleşmektedir (The Organisation for Economic Cooperation and Development 2019). Dünya Sağlık Örgütü, sezaryen doğumun değerlendirilmesi, izlenmesi ve diğer kurumlardaki sezaryen hızları ile zaman içinde kıyaslama

yapabilmek için Robson sınıflamasını uluslararası standart olarak önermektedir (World Health Organization 2015).

Dünya çapında artış eğiliminde olan sezaryen oranlarının (Singh ve ark. 2020) nedenlerine baktığımızda; ilk doğumların ileri yaşlarda yapılması (Azimirad 2020; Peydayesh ve ark. 2021), elektronik fetal izlemin yaygın kullanılması, çoğu vakada anormal/güven vermeyen fetal kalp trasesinin saptanması (Sayın ve ark. 2018; Peydayesh ve ark. 2021), makat prezentasyonlu vakalarda sezaryen ile doğumun daha yaygın kullanılması, müdahaleli doğumların (forseps ve vakumun) sezaryene göre daha az kullanılması, indüksiyon oranlarının artmasıyla beraber özellikle nulliparlarda doğum indüksiyonu ve sezaryen doğumun artması, obezite prevalansının yükselmesi ve preeklampatik gebelerde doğum indüksiyonunun azalmasıdır. Bununla birlikte, sezaryen doğum sonrası vajinal doğumun tercih edilmemesi (Peydayesh ve ark. 2021), vajinal doğum ile ilişkili pelvik taban hasarının arttığının düşünülmesi, tıbbi gerekçeyle doğurtulması gereken preterm doğumların artması (Sayın ve ark. 2018), daha az fetal yaralanma olasılığı gibi nedenlerle elektif sezaryen doğumların artması (Sayın ve ark. 2018; Singh ve ark. 2020), vajinal doğum ve operatif doğum ile ilgili medikolegal problemlerin varlığı sezaryen doğum oranlarını arttırmaktadır (Sayın ve ark. 2018). Doğum sırasında kadının yaşadığı anksiyete (Kobayashi ve ark. 2017; Wolf ve ark. 2019), kaygı ve yalnızlık (Kobayashi ve ark. 2017) oksitosinin etkisini azaltan katekolamin düzeylerini arttırmakta bu da doğumun ilerleyişini (Kobayashi ve ark. 2017; Wolf ve ark. 2019) fetüs sağlığını olumsuz etkilemekte ve sezaryen oranlarında artışa neden olmaktadır (Wolf ve ark. 2019; Workie ve ark. 2021). Aynı zamanda sezaryen doğum oranlarındaki artış, annelerin doğum sırasındaki korkularından (Azimirad 2020; Çevik ve Karaduman 2020) inançlarından, (Çevik ve Karaduman 2020), annenin yaşı ve sosyoekonomik durumundan (Fuglenes ve ark. 2012), önceki doğumlarında yaşadıkları olumsuz deneyimlerden (Erdoğan ve ark. 2017) kaynaklanabildiği gibi; annenin yeterli sosyal destek alamaması, doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması (Şahin 2009; Ak ve ark. 2018; Çevik ve Karaduman 2020), yeterli duygusal destek alamaması ve hastane ortamında olma gibi faktörlerden de kaynaklanmaktadır (Gallo ve ark. 2013).

Sezaryen oranlarındaki artışın sağlık kuruluşlarına ilişkin nedenleri incelendiğinde; kadınların normal doğum hakkında yeterince bilgilendirilmemesi (Şahin 2009; Fuglenes ve ark. 2012; Ak ve ark. 2018; Sütü ve ark. 2021), uygun olmayan doğumhane koşulları, doğumhaneden ve doğumda yeterli destek

görememekten korkulması, doğumu yaptıracak personele güvenmeme (Şahin 2009; Fuglenes ve ark. 2012; Ak ve ark. 2018) ve hekimin risk almamak için sezaryen doğuma yönlendirmesi gibi faktörlerin sezaryen oranını artıran önemli etkenler olduğu dikkati çekmektedir (Şahin 2009; Fuglenes ve ark. 2012; Ak ve ark. 2018; Sütü ve ark. 2021).

Sezaryen doğum oranlarını azaltmak için ebelerin (n=112) görüşlerinin sorulduğu bir çalışmada; ebeler gebelere farkındalık eğitimi verilmesi, hekimlere yasal yaptırım uygulanması, normal doğum için hekim desteğinin artırılması, medya desteğinin sağlanması (olumsuz doğum hikayeleri yayınlamama, teşvik edici reklamların yapılması) ve ebelik eğitim programlarının güncellenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Sütü ve ark. 2021).

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Amerikan Maternal Fetal Tıp Derneği - Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Amerikan Ebeler-Hemşireler Derneği-American College of Nurse-Midwives (ACNM), Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği-Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) gibi pek çok dernek vajinal doğumun desteklenmesi ve primer sezaryen oranın azaltılması gerektiğini belirtmektedir (Gams ve ark. 2019).

American College of Nurse Midwives Healthy Birth Initiative tarafından 2015 yılında Primer Sezaryen Doğumları Azaltma Projesi yürütölmeye başlanmıştır. Bu projede, nullipar, term, tekil, verteks ve düşük riskli gebelerde sezaryen doğum oranını azaltmak fizyolojik doğum eylemini sürdürmek amaçlanmaktadır. Bunun için aralıklı oskültasyon, dik doğum pozisyonların desteklemesi, latent fazda başvuran gebeler için erken doğum salonu ve bire bir doğum desteği sağlanması gibi gebenin konforuna yönelik uygulamalar kullanılmaktadır (Paul ve ark. 2017; Gams ve ark. 2019). 2015 yılında nullipar, term, tekil, verteks gebelerde sezaryen oranı %29,3 iken bu proje ile 2016 yılında primer sezaryen oranı %10 azalarak %26,1'e inmiş, 2017'de bu oranın %25,3'e düşüröldüğü belirtilmiştir (Gams ve ark. 2019).

Sezaryen doğumun kan kaybı, ağrı, enfeksiyon ve venöz tromboz gibi kısa vadeli komplikasyonlarının yanı sıra sonraki gebeliklerde ve doğumlarda anormal plasantasyon, mükerrer sezaryen gereksinimi ve histerektomi riski dahil uzun vadeli etkileri olduğu bilinmektedir (Lagrew ve ark. 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nin Health People 2030 hedefleri arasında gebelik öncesi, sırası ve sonrasında kadın sağlığını iyileştirmek amacıyla düşük risk grubunda olan kadınlarda primer sezaryen

oranın azaltılması yer almaktadır. Bununla birlikte 2030 hedefleri arasında; gebelik öncesi ideal kiloya sahip kadın oranının artırılması, maternal ve fetal ölümlerin azaltılması, yeterli doğum öncesi bakım alma oranının artırılması, gebelerin alkol, sigara ve uyuşturucudan uzak tutulmasının sağlanması, preterm doğumların azaltılması, postpartum depresyon taraması yaptıran kadın oranının artırılması, bir önceki doğumdan sonra 18 ay içinde gerçekleşen gebelik oranının, istenmeyen gebelik oranının ve adolesan gebeliklerin azaltılması, gebelikte tetanoz aşısı olan kadın oranının ve gebelik öncesi folik asit takviyesi alan kadın oranının artırılması yer almaktadır (<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/pregnancy-and-childbirth>. Erişim tarihi: 15 Ağustos 2021).

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği de primer sezaryen doğumların azaltılmasını ve vajinal doğumların desteklenmesini önermektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists 2018). Primer sezaryen oranlarının azaltılması ve vajinal doğumların desteklenebilmesi için hastanelerde;

- Doğum eyleminin kendiliğinden başlamasına ve ilerlemesine izin verilip teşvik edilmesi
- Tıbbi endikasyon olmadan yapılan sezaryen doğumların olası risklerinin bilinmesi
- Kadınlara bakım verilen süreç boyunca normal doğum hakkında eğitim verilmesi, bilgilendirilmiş onamının alınması ve karar alma süreçlerine ailenin katılımının sağlanması
- Vajinal doğum olasılığını en üst düzeye çıkaran ve doğumun ilerlemesini teşvik eden yöntemlerden olan doğum desteği, ağrı yönetimi (hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan) gibi uygulamalar hakkında kadının bilgilendirilmesi
- Vajinal doğum olasılığını en üst düzeye çıkaran uygulamaların yer aldığı doğum yönergelerinin kullanılması ve doğum sırasında kadınlara sürekli destek sağlanması gerektiğini belirtmektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için sağlık personeline intrapartum bakım önerileri ise şunlardır:

1. İntrapartum dönemde saygılı annelik bakımı kapsamında tüm kadınların onurlarını, mahremiyetlerini koruyan, doğum sırasında bilinçli seçimler yapma imkânı tanıyan,

zararlı ve kötü muamelenin olmadığı ve kadına sürekli desteğin sağlandığı bir bakım sunulmalıdır.

2. İntrapartum dönemde bakım veren sağlık çalışanı tarafından basit ve kültürel olarak kabul edilebilir yöntemler kullanarak anne ile etkili iletişim kurulmalıdır.

3. Doğum eylemi boyunca kadınların kendi seçtikleri bir doğum arkadaşının kendilerine refakat etmesi önerilmektedir.

4. Kadınların antepartum, intrapartum ve postpartum dönemde sürekli olarak desteklendiği sürekli ebelik bakım modelinin kullanılması önerilmektedir (World Health Organization 2018).

Normal doğum oranını artırmak için, kadınların kendilerini güvende ve rahat hissetmelerini sağlamak gerekmektedir. Bu bağlamda kadının normal doğum yapabileceğine yönelik inancını artıran, doğum hakkında bilgilendirme ve doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini (nefes egzersizleri, derin gevşeme gibi) içeren eğitim programlarının sunulması önerilmektedir. Gebelik döneminde alınan eğitimler kadınların doğum korkusunu azaltarak doğum yapabileceğine olan inancını artırmakta, doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini kullanmasını ve daha rahat bir doğum yapmasını sağlamakta bu da annenin doğumdan memnuniyetini artırmaktadır (Kömürcü 2014; Ak ve ark. 2018; Taşkın 2020).

Son yıllarda anne bebek sağlığının geliştirilmesi ve sağlık düzeyi göstergelerinin iyileştirilmesi için intrapartum dönemde bakım hizmetlerine odaklanılmasının önemli olduğu (Şenoğlu ve Karaçam 2021) ve bu dönemde destekleyici bakımın önemi birçok uluslararası, ulusal dernek ve araştırmacılar tarafından vurgulanmaktadır (Kobayashi ve ark. 2017; Sağlık Bakanlığı 2018; World Health Organization 2018; Mete ve Çiçek 2018; American College of Obstetricians and Gynecologists 2019; Gams ve ark. 2019; Bayrı Bingöl ve ark. 2020; World Health Organization 2020; Çiçek ve Mete 2021; Kakaşçı ve ark. 2021). Anne ve bebek sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğu bilinen destekleyici bakıma yönelik literatür incelendiğinde daha çok fiziksel destek boyutu açısından ele alındığı görülmektedir (Mortazavi ve ark. 2012; Gallo ve ark. 2013; Akbarzadeh ve ark. 2016; Bayrı Bingöl ve ark. 2020; Çevik ve Karaduman 2020; Desmawati ve ark. 2020).

Bu çalışmanın amacı intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının etkisini incelemektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 İNTRAPARTUM DÖNEM

Doğum eyleminin gerçekleştiği intrapartum dönem anne ve fetus sağlığı açısından oldukça önemli bir dönemdir (Kömürcü 2014; World Health Organization 2018; Kaya ve Demirel 2018; Smith ve ark. 2018; Uzel ve Yanikkerem 2018; Çevik ve Yanikkerem 2021). Dünya Sağlık Örgütü intrapartum dönemde uygulanacak bakımın; bütüncül, kadın merkezli, insan haklarına ve kanıta dayalı olarak yapılması gerektiğini belirtmektedir. Doğum eyleminin anne ve bebek için sadece güvenli olarak gerçekleşmesini sağlamak değil, aynı zamanda kadınlar ve aileleri için olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarını sağlamak ve buna yönelik girişimlerde bulunmak önemlidir (World Health Organization 2018). Şekil 1’de antepartum, intrapartum, postpartum dönem çizelgesi sunulmuştur.

Konsepsiyon	Antepartum	İntrapartum	Postpartum
	~40 hafta	Doğum (Labor and Delivery)	

Şekil 1. Antepartum, İntrapartum, Postpartum Dönem Çizelgesi

Kaynak:<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/glossary/intrapartum> (Erişim tarihi: 21 Ağustos 2021).

4.2 DOĞUM EYLEMİNİN EVRELERİ

Doğumun eyleminin birinci evresi düzenli uterus kasılmaları ile başlayıp serviksin tamamen açılmasıyla sona ermektedir. Doğumun ikinci evresi serviksin tam açık olması ile başlamakta ve bebeğin doğumu ile sona ermektedir. Doğumun üçüncü evresi bebeğin doğumundan hemen sonra başlamakta ve bu dönem plasenta ve zarların doğumu ile sona ermektedir (Kömürcü 2014; Begley ve ark 2019; Erenel ve Vural 2020). Doğumun dördüncü evresi ise plasantanın doğmasından sonraki ilk dört saatlik periyodu kapsamaktadır (Kömürcü 2014; Erenel ve Vural 2020; Taşkın 2020). Doğumun evreleri Şekil 2’de gösterilmiştir.

Doğumun I. Evresi (Dilatasyon Evresi)			Doğumun II. Evresi (Ekspulsiyon Evresi)	Doğumun III. Evresi (Halas Evresi)	Doğumun IV. Evresi (Kanama Kontrol Evresi)
Latent Faz	Aktif Faz	Geçiş Fazı	Bebeğin doğumu	Plasentanın doğumu	Erken Postpartum Dönem

Şekil 2. Doğumun Evreleri

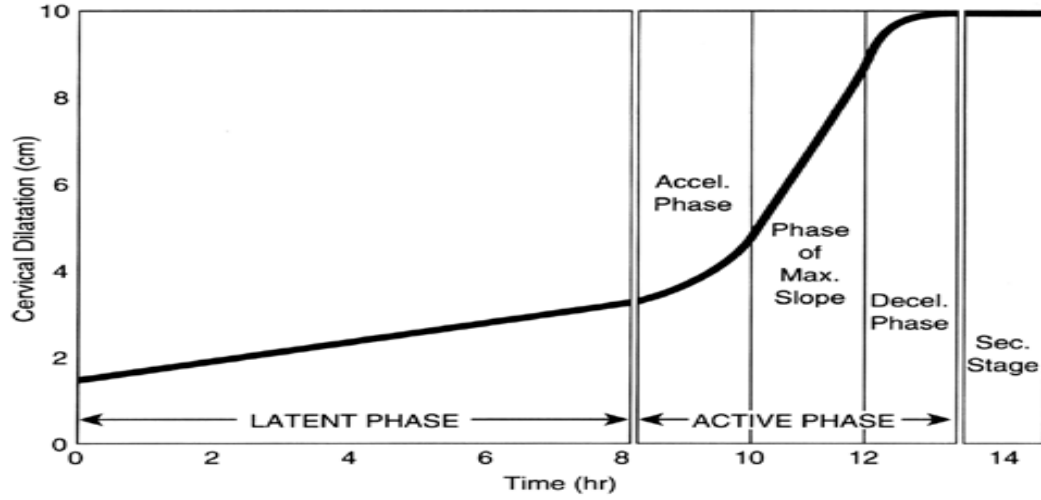
Kaynak: <https://doctorlib.info/gynecology/williams-obstetrics/21.html> Erişim tarihi: 10 Temmuz 2021)

4.2.1 Doğum Eyleminin Birinci Evresi

Düzenli uterin kontraksiyonlar ile başlayan doğum eyleminin birinci evresi servikal dilatasyon ve efasmanın tamamlanmasıyla sona ermektedir (Taşkın 2020; Sethi ve Barnabas 2017; Kahrs ve Eggebo 2021; Gill ve ark. 2021). Bu dönemde uterotropinler (prostaglandin ve oksitosin) ve kortikotropin releasing hormon tarafından uterus kasılmaları uyarılarak güçlü ve ağırlı uterus kontraksiyonları oluşmaktadır. Her gebeye göre değişiklik göstermesinin yanı sıra doğumun birinci evresi doğumun en uzun evresidir (Çiçek ve ark. 2012; Taşkın 2020).

Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılından önce dört santimetre servikal dilatasyon olduğunda aktif faz başlangıcı olarak tanımlarken, 2018 yılında beş santimetre servikal dilatasyon olarak güncellemiştir (World Health Organization 2018; World Health Organization 2020; Kahrs ve Eggebo 2021). Doğumun birinci evresinin fazları ve kullanılan servikal dilatasyon sınırları literatürde farklılık göstermektedir (National Institute for Health and Care Excellence 2017; World Health Organization 2018; Alhafez ve Berghella 2020; Çoşkun 2021; Gill ve ark. 2021; Kahrs ve Eggebo 2021).

Friedman eğrisine göre doğumun birinci evresi primigravidalar için 20 saat, multigravidalar için ise 14 saatin üzerine çıkmışsa doğum eyleminin uzadığından söz edilmektedir. Primigravidalarda serviks saatte 1,2 cm'den, multigravidalarda ise saatte 1,5 cm'den daha az açılma olur ise uzamış aktif fazdan bahsedilmektedir (Kahrs ve Eggebo 2021). Friedman eğrisi Şekil 3'te gösterilmiştir (Harrington 2008).



Şekil 3. Friedman eğrisi (nullipar kadınlar için doğum eylemi ortalama dilatasyon eğrisi).

Kaynak: Harrington L. Normal Labor and Delivery. The Global of Women's Medicine. 2008; 1(1): 101-127.

Bilindiği gibi serviksin %85-90'ı bağ dokusundan oluşmaktadır. Bu bağ dokusu matriksini penetre eden ince bir düz kas tabakası ile sarılıdır (%10-15). Bağ dokusu proteoglycanlardan oluşan jel formundaki zemin maddesi içerisine gömülmüş ağ tarzındaki kollajen ve elastin liflerinden oluşmaktadır. Kollajen lifleri nispeten sert olan çubuk şeklinde yapılar oluşturmakta ve bu yapılar servikse gerilme gücü vermektedir. Gelişi güzel dağılmış olan elastik lifler servikal dokuya elastisite vermektedirler. Elastin, serviksin doğumda gerilmesinden ve postpartum süreçte de normal şekline dönüşmesinden sorumludur (Çiçek ve ark. 2012).

Servikal olgunlaşmanın hormonal kontrolü östrojen, progesteron, relaksin ve prostaglandinler (PGE_2 , $PGF_{2\alpha}$) tarafından sağlanmaktadır. Progesteron kollajen yıkımını inhibe eder. Östrojen/progesteron oranının değişmesi kollajenaz aktivitesini artırır ve kollajen yıkımı hızlanır (Çiçek ve ark. 2012).

Myometriyum kaslarının kasılması ile birlikte efasman ortaya çıkmaktadır. Kontraksiyonların etkisi ile internal osun yakınında bulunan kas lifleri uterusun alt segmentine doğru çekilmektedir. Bu çekilme işlemi sonucunda serviks yavaş yavaş uterusun alt segmentinin bir parçası haline gelmekte ve uzunluğu kaybolmaktadır. Efasman, vajinal muayene (Rathfisch 2015; Sevil ve Ertem 2016) veya ultrason ile değerlendirilmektedir (Kahrs ve Eggebo 2021). Efasman yüzde ile ifade edilmekte

(Rathfisch 2015; Sevil ve Ertem 2016) ve efasman %50-60 olduğundan söz edildiğinde serviksin yarısı silinmektedir (Taşkın 2020).

Serviksin efasmanından sonra dilatasyon başlamaktadır. Myometrial kontraksiyonlar servikte yavaş ve devamlı bir çekilmeye neden olmaktadır. Böylece serviks gerilmekte ve giderek artan bir servikal açıklık meydana gelmektedir (Çiçek ve ark. 2012). Bu servikal açıklığın oluşmasında myometrial kasların kontraksiyonunun yanı sıra fetüsün prezente olan kısmının yaptığı bası ve intraamniyotik hidrolik basıncın etkisi vardır. Servikal kanal dilatasyon ile 1 cm'den 10 cm' ye kadar açılmaktadır (Rathfisch 2015; Sevil ve Ertem 2016; Taşkın 2020).

Uterin kontraksiyonlar latent fazda oluşmaya başlamakta ve sıklığı, süresi, şiddeti doğum eylemi ilerledikçe artmaktadır. Kasılmalar 10-20 dakikada bir 15-20 saniye süren orta derece kontraksiyonlar ile başlamaktadır. Uterus kontraksiyonları intrauterin basınç 20 mm Hg'yı aştığında abdominal olarak palpe edilebilmektedir. Uterus kontraksiyonlarının şiddeti 25 mm Hg ve üzerinde olduğunda gebe ağrı hissetmektedir (Çiçek ve ark 2012). Kadın bu fazda düzenli kontraksiyonların varlığı ve doğumun başlamış olması nedeniyle endişeli olmasına rağmen duygularını ifade edebilmektedir. Bununla birlikte bu faz kadının kendi hakkında konuşmaya istekli olduğu, verilen eğitimi algıladığı ve soruları cevaplamaya istekli olduğu bir dönemdir (Rathfisch 2015; Sevil ve Ertem 2016; Taşkın 2020).

Serviksin 3-4 cm'den 8 cm'e kadar dilate olduğu dönem aktif fazdır. Bu fazda orta şiddetli olan kontraksiyonların süresi ve sıklığı artmaktadır. Aktif fazda kontraksiyonların şiddeti 50 mm Hg'nin üzerinde seyretmektedir (Çiçek ve ark 2012). Artan kontraksiyonlar kadında endişeyi arttırırken doğumda kontrolü kaybedeceği korkusu bu dönemde yaygın yaşanmaktadır. Bu nedenle kadınların baş etme mekanizmalarını kullanmak için desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır (Sevil ve Ertem 2016; Taşkın 2020).

Servikal dilatasyonun tamamlandığı geçiş fazında bir iki dakikada bir gelen 60-90 saniye süren kontraksiyonlar vardır. Bu fazın nulliparlarda üç saatten, multiparlarda ise bir saatten uzun sürmemesi beklenir. Bu fazda kadında terleme, konuşulanları anlamada güçlük, yorgunluk, hiperventilasyon, kontraksiyon sırasında öfke yaşama, bulantı-kusma görülmekle birlikte rektum üzerinde hissedilen baskıda artma yaşanmaktadır (Sevil ve Ertem 2016; Taşkın 2020).

4.2.2 Doğum Eyleminin İkinci Evresi

Doğum eyleminin ikinci evresi servikal açılmanın tamamlanmasıyla ile başlayan ve bebeğin doğumu ile sona eren periyoddur (Koyucu ve Demirci 2016; Sevil ve Ertem 2016; Polnazsek ve Cahill 2020; Taşkın 2020; Wright ve ark. 2021). Doğumun ikinci evresi primigravidalarda 1-2 saat, multiparlarda 1-30 dakika arasında sürmektedir. İki saatten uzun sürmesi anormal doğum habercisidir (Çiçek ve ark. 2012; Rathfisch 2015; Taşkın 2020). Bu evrede önde gelen fetal kısım iskial spinaları geçip aşağıya indikçe pelvik taban sinir pleksusları uyarılmakta ve böylece fergüson refleksi oluşmaktadır (Çiçek ve ark. 2012; Çoşkun 2021). İkinmayla beraber önde gelen fetüs kısmının servikse basısı ile fergüson refleksi uyarılarak oksitosin salınımı ve dolayısıyla kontraksiyonların şiddeti artmaktadır. Fetal baş inişine devam ederken perine yassılaşmaya ve öne doğru hareket etmeye başlamakta ve bu sırada en önemli gerilme levator ani kası liflerinde görülmektedir (Çiçek ve ark. 2012; Kömürcü 2014; Taşkın 2020).

Bu süreçte primer olarak bebeği doğurtan kişinin konfor ve emniyeti için tercih edilen litotomi pozisyonunun doğumda fizyolojik bir avantajı bulunmamakta ve kadının ıkınma çabalarını olumsuz etkileyebilmektedir. Travayın ilk döneminde oturma, ayakta durma, çömelme, diz çöker pozisyonda durma karın ön duvarını gevşetmektedir. Bu hareketler fundusun öne doğru gelmesini kolaylaştırarak fetüs başının pelvise yönelmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda lateral rekümbet pozisyon anne kan damarlarına olan baskıyı önleyerek uterin perfüzyon ve oksijenizasyonu artırmaktadır. Ekspulsiyon aşamasında çömelme pozisyonu angajmanı ve fetüs başının dessensusunu kolaylaştırarak pelvis çaplarının artmasını sağlamaktadır (Çiçek ve ark. 2012; Çoşkun 2021). Oturur ve yarı oturur pozisyonların da benzer avantajları olmakla birlikte annenin rahatı dikkate alınmalıdır (Çiçek ve ark. 2012; Polnazsek ve Cahill 2020). Bununla birlikte dik pozisyonların anormal fetal kalp hızı paterni görülme olasılığını artırdığı, epizyotomi ve operatif vajinal doğum oranını azalttığı belirtilmektedir (Gupta ve ark. 2017; Ondeck 2019; Polnazsek ve Cahill 2020). Bunun yanı sıra dik pozisyonların 500 ml' den fazla kan kaybı ve ikinci derece perineal yırtık görülme riskini artırdığını gösteren kanıtlar da bulunmaktadır. Literatürde kadınların rahat ettikleri pozisyonda doğum yapmaya teşvik edilmeleri gerektiği belirtilmektedir (Başgöl ve Beji 2015; American College of Obstetricians and Gynecologists 2017; Polnazsek ve Cahill 2020; Wright ve ark. 2021).

Bu dönemde mesane boş olmalı, ıkınma için kollum tam açık olmalı, su kesesi açılmış olmalı ve baş pelvis tabanına kadar inmiş olmalıdır. Aksi halde gebenin erken ıkınması başın iç rotasyonunu engelleyerek derinde transver duruş ve spontan serviks yırtıkları meydana gelebilmektedir (Çiçek ve ark. 2012). Servikal dilatasyon tam olduğunda ve kadın ıkınma hissi geldiğini belirttiğinde supine pozisyonu dışında tercih ettiği bir pozisyonda spontan ıkınması sağlanmalıdır (Çoşkun 2021; Wright ve ark. 2021). Erken membran rüptüründe tam açılmamış olan kollum ve yumuşak kısımlar baş üzerine adeta bir halka gibi oturarak, kafa derisi venlerinde bir bası oluşturmaktadır. Venöz staz ve hiperemi sonucunda deri altında serum infiltrasyonu gelişmektedir. Fetüs saçlı derisi bu halkanın içinden vajinaya doğru doğum tümseği olarak adlandırılan kaput suksadenum oluşmasına neden olabilir. Başın çıkış sırasında perinenin korunması çok önemlidir. Avuca alınan steril bir ped ile perinenin ani gerilmesi, başın süratli çıkışını önleyerek perinenin yırtılmasını engellemektedir. Perinenin korunmasının esas amacı başın çıkışını yavaşlatmaktır. Perine renginin solmaya başlaması yırtılacağının belirtisidir (Çiçek ve ark. 2012). Fetal önde gelen kısım her kontraksiyonda vulvadaki bası ile perine 5 cm kalınlıktan 2,4 mm'lik bir inceliğe inmekte anüs gerilip uzamaktadır (Sevil ve Ertem 2016).

Fetüsün önde gelen kısmının doğumu sırasında vulvar açıklık yırtılabilir. İkinci dereceden fazla yırtılma ihtimali olan, anal sfinkter yaralanma riski olan kadınlarda ve fetal distress varlığında doğumu hızlandırmak için epizyotomi uygulaması yapılabilir. Literatürde rutin epizyotomi uygulaması yapılmaması gerektiği, bu evrede perineye sıcak uygulama yapılmasının üçüncü ve dördüncü derece laserasyonların oluşmasının önleyebileceği belirtilmektedir (Wright ve ark. 2021).

Başın doğumu sırasında gebe ıkındırılmamalı, derin nefes alıp vermesi sağlanmalıdır. Bu sırada amniotik sıvı aspirasyonunu önlemek için bebeğin nazofarinksini temizlenmeli, dış rotasyonunu yapmış olan baş iki el ile parietal kemikler ve yanaklar üzerinden yakalanmalıdır. Ön omuz simfizisin altından görününceye kadar baş perineye doğru itilmeli, daha sonra arka omuz perineden doğuncaya kadar baş simfizise kadar kaldırmalıdır. Omuzların doğumundan sonra hafif traksiyon yapılarak gövde, kalça ve alt ekstremiteler kolaylıkla doğurtulur (Çiçek ve ark. 2012; Sevil ve Ertem 2016; Taşkın 2020). Göbek kordonu fetal abdomenden 5-10 cm uzaktan iki klemple sıkıştırılarak kesilir. Daha sonra abdomenden 3 cm uzağa kordon klembi uygulanır (Çiçek ve ark. 2012).

Doğumun ikinci evresinde kadına ve refakatçisine süreç hakkında bilgi verilmeli, sürece aktif katılımı sağlanmalıdır. Saygılı bakım anlayışına uygun olarak, doğumun ikinci evresinde kadının ve refakatçisinin bireysel gereksinimleri dikkate alınarak sunulan bakım bireyselleştirilmelidir (Mukamurigo ve ark. 2017; Kaçar ve Yazıcı 2020; Wright ve ark. 2021).

COVID-19 pandemisi sırasında doğumun ikinci aşamasının farklı şekilde yönetilmesi gerektiğine dair bir kanıt yoktur. İntrapartum dönemde ulusal yönergelere uygun olarak uygun kişisel koruyucu ekipmanların giyilmesi ve refakatçi sayısında bazı kısıtlamaların olması COVID-19 bulaşını azaltabilir (Wright ve ark. 2021).

4.2.3 Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi

Halas (kurtulma) dönemi olarak da bilinen doğumun üçüncü evresi plasentanın atıldığı dönemdir (Çiçek ve ark. 2012; Kömürcü 2014; Sethi ve Barnabas 2017; Gill ve ark. 2021). Bebek doğduğu andan itibaren başlayan bu dönem plasenta ve fetal membranların doğumu ile sona ermektedir (Çiçek ve ark. 2012; Sethi ve Barnabas 2017; National Institute for Health and Care Excellence 2017; Taşkın 2020). Doğumun üçüncü evresinin 30 dakikadan uzun sürmesi durumunda müdahale edilmelidir (Kömürcü 2014; Gill ve ark. 2021). Fetüsün doğumundan sonra uterusu kalan amnion sıvısı kanla karışmış halde dışarı atılır. Kadın bir iki dakika rahatlık hissederse de bir iki dakika sonra uterusun kontraksiyonların yeniden başlaması ile tekrar ağrı duyar. Kontraksiyonların başlaması ile birlikte umblikus hizasında küre şeklinde olan uterus disk şeklini alarak umblikus altına inmektedir. Plasenta 10-15 dakika içerisinde uterusu ayrılmaktadır. Plasenta uterusu atıldıktan sonra uterus yeniden umblikus hizasına yükselerek küre şeklini almaktadır (Sevil ve Ertem 2016; Taşkın 2020). Plasentada kotiledon ya da lob kaybı olup olmadığı ve annenin vulvası laserasyon açısından değerlendirilmelidir. Epizyotomi yapılmış ise bu evrenin sonunda tamiri yapılmaktadır (Kömürcü 2014).

4.2.4 Doğum Eylemin Dördüncü Evresi

Doğumun dördüncü evresi iyileşme evresi olup doğum sonrası bir iki saatlik dönemi kapsamaktadır (Kömürcü 2014; Sethi ve Barnabas 2017). Puerperal

hemostazın ve uterus involüsyonun olduğu bu evre de puerperal kanamayı önlemek için uterus kasılmaktadır. Bununla birlikte laktasyonun başladığı bu dönemde oksitosin ve endothelin-1 önemli görev üstlenmektedir (Çiçek ve ark. 2012). Bu evrede uterus abdomenin orta hattında kontrakte olarak kalmakta ve fundus genellikle simfizis pubis ile umblikus arasında yer almaktadır. Bu evrede kadın kendini susamış ve aç hissedebilir. Fiziksel yorgunluğa bağlı üşüme ve titreme hissedebilir (Sevil ve Ertem 2016; Taşkın 2020). Doğumun dördüncü evresinde emzirme sağlanmalı ve doğum sonu kanama kontrolü yapılmalı ve kadının gereksinimlerine odaklanan bir bakım sunulmalıdır (Taşkın 2020; Çoşkun 2021).

4.3 İNTRAPARTUM DÖNEMDE AĞRI

Uluslararası Ağrı Derneği- International Association for the Study of Pain (IASP) ağrıyı, gerçek veya olası doku hasarı ile ilişkili, yaşam deneyimleri aracılığıyla öğrenilen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen hoş olmayan kişisel bir deneyim olarak tanımlamaktadır (International Association for the Study of Pain <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain> Erişim tarihi: 18 Ağustos 2021).

Doğum doğal ve fizyolojik bir olay olmasına karşın çoğu kadında ağrıya neden olmaktadır (Kömürcü 2014). Doğum ağrısı bilinen en şiddetli ağrı olmakla birlikte ağrının algılanması ve ağrıya verilen yanıt kadından kadına farklılık göstermektedir (Ertem ve Sevil 2005; Kömürcü 2014; Sayın Ağ 2015; Sethi ve Barnabas 2017; Erenel ve Vural 2020). Bu nedenle intrapartum dönemde her kadının bireysel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Ertem ve Sevil 2005; Sayın Ağ 2015; Getu ve ark. 2020).

Doğum ağrısına neden olan faktörler; fiziksel, fizyolojik, psikolojik, biyokimyasal, motivasyonel, emosyonel, (Ertem ve Sevil 2005; Pirdel ve Pirdel 2009; Sayın Ağ 2015), kültürel (Sayın Ağ 2015) ve çevresel faktörler olarak sayılabilir (Pirdel ve Pirdel 2009; Kömürcü 2014; Sayın Ağ 2015; Akbarzadeh ve ark. 2016; Getu ve ark. 2020).

Doğum ağrısında etkili olan fiziksel faktörler arasında yaş, doğum sayısı, gebenin fiziksel durumu, doğum kanalı ve bebeğin ölçüleri yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda emosyonel ve psikolojik faktörlerin fiziksel faktörler kadar etkili olduğu belirtilmiştir (Kömür 2014; Getu ve ark 2020). Bu nedenle intrapartum dönemde

gebenin ağrısının giderilmesi kadar kadının doğuma hazırlanması ve doğum konusunda yeterince bilgilendirilmesi de önemlidir (Kömürcü 2014).

Doğum ağrısında etkili olan fizyolojik faktörler uterin hipoksi, servikal gerginlik ve serviksin sinir ganglionlarına basısı, kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği, servikal dilatasyonun derecesi, perinal gerginlik, indüksiyon uygulanması gibi faktörleri içermektedir (Çiçek ve ark. 2012; Kömürcü 2014).

İntrapartum dönemde kadının sağlık çalışanları ya da diğer kişiler ile olumlu veya olumsuz iletişim içinde olması (Pirdel ve Pirdel 2009) ve destekleyici bakım almaması ağrıyı etkileyen psikolojik ve emosyonel faktörlerdendir (Pirdel ve Pirdel 2009; Sayın Ağ 2015). Doğum eylemi sırasında ağrıyı etkileyen bu faktörler içinde en önemlisinin anksiyete olduğu vurgulanmaktadır. Aşırı anksiyete, kortikal düzeyde noniseptive uyaran algılamasının artmasına neden olan emosyonel bir durumdur. Anksiyete, kas spazmı ve vazokonstriksiyon visseral rahatsızlıklara yol açarak ağrıyı artıran maddelerin salınmasını artırmaktadır (Ertem ve Sevil 2005; Kömürcü 2014). Bununla birlikte anksiyete ve stres hiperventilasyonla oksijen ihtiyacını artırarak, annede uteroplasental kan akımı azalmakta ve metabolik asidoz ortaya çıkmaktadır. Bu da fetal oksijenasyonu bozan bir durumdur (Sayın Ağ 2015).

Doğum ağrısına neden olan çevresel faktörler ise gürültü, ışık, sıcaklık düzeylerinin normal sınırlarda olmamasıdır. Bunun yanında kısıtlı hareket alanının olması, kadının alışık olmadığı bir ortamda olması ve tıbbi cihazların varlığı da çevresel faktörler içerisinde (Pirdel ve Pirdel 2009). İntrapartum dönemde çevresel faktörlerden etkilenim bireysel olarak farklılık göstermektedir (Getu ve ark. 2020). Çevresel faktörlerin etkisiyle doğum sırasında aşırı kaygı oluşması katekolaminlerin salgılanmasını artırmakta, pelvik kan akımını azaltmakta ve kas gerginliğini artırarak şiddetli ağrıya neden olmaktadır (Pirdel ve Pirdel 2009; Kömürcü 2014).

Doğum ağrısı, amniyotomi, fetüsün büyüklüğü ve pozisyonu, annenin psikolojisi, doğumun süresi, epidural analjezi süresi ve dozu, oksitosin veya misoprostol kullanımı ile ilgili olabileceği gibi doğum pozisyonu, doğum sayısı ve pelvik yapı gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bununla birlikte; yalnızlık hissi, geçmiş doğum deneyimleri, çözülmemeyen psikolojik sorunlar, kadının yaşadığı stres ağrının şiddetini etkilemektedir (Erenel ve Vural 2020).

Doğum sırasında yaşanan stres ve anksiyete sempatik sinir sistemini aktive ederek kadının plazma katekolamin, kortizol ve glukojen konsantrasyonunu yükseltmektedir (Akbarzadeh ve ark. 2016; Erenel ve Vural 2020). Yaşanan anksiyete ve korku kas

tonüsünü artırmakta, beyine ve kaslara giden kan akımını azaltmaktadır. Periferik vazokonstriksiyon sebebiyle plasental kan akımı azalmakta ve fetüsün sağlığı olumsuz etkilenmektedir. İntrapartum dönemde yaşanan korku ve anksiyete pelvik kasların gerilmesine sebep olarak uterusun itici gücüne ve gebenin bebeği itme gücüne karşı bir direnç oluşturmaktadır. Anksiyeteye bağlı olarak pelvik kaslarda oluşan gerilimin uzaması kadının ağrısı daha fazla hissetmesine, genel yorgunluğa ve kadının ağrı ile baş etme gücünün azalmasına sebep olmaktadır (Erenel ve Vural 2020). Hipofiz bezi tarafından salgılanan doğal opioid olan endorfin periferik sistemi etkileyerek ağrının hissedilmesini azaltmaktadır. Endorfin seviyesi arttıkça kadının ağrıya karşı direnci artarak kaygısı azalmaktadır (Kömürcü 2014).

Doğumun birinci evresinde yaşanan ağrı; serviksin dilatasyonuna, kontraksiyon sırasında uterusu oluşturan hipoksiye, uterusun alt segmentinin gerilmesine ve komşu dokulara olan baskıya bağlı olarak gelişmektedir. Uterustan kaynaklanan ağrılar 10. 11. ve 12. toraksik sinirden kaynaklanmaktadır. Bu ağrı karın duvarının alt bölgesinde, lumbal bölgede ve sakrum üzerinde hissedilmektedir (Kömürcü 2014; Sayın Ağ 2015; Erenel ve Vural 2020).

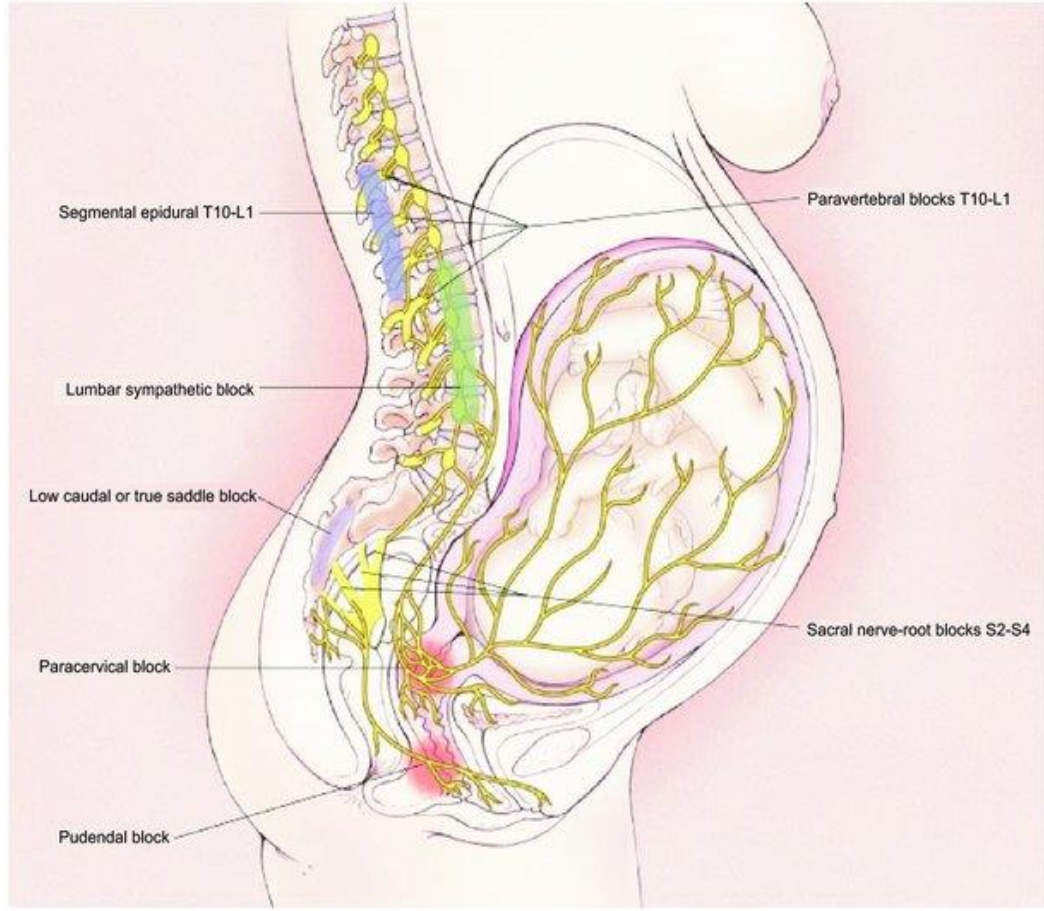
Doğum eylemin ikinci evresinde yaşanan ağrı uterus hipoksisi, vajen ve perinenin genişlemesi, dilatasyon sırasında serviksin gerilmesi, fetüsün perineye olan basısı ve çevre dokularda dilatasyon nedeniyle oluşmaktadır (Çiçek ve ark 2012; Sayın Ağ 2012; Erenel ve Vural 2020). Eylemin üçüncü evresinde ise ağrı uterus kontraksiyonları ve plasentanın atılması sırasında oluşan servikal dilatasyona bağlı olarak gelişebilmektedir (Erenel ve Vural 2020).

Kadınların doğum ağrılarıyla baş etmelerine yardımcı olmak için birçok farmakolojik ve farmakolojik olmayan teknik kullanılabilir (Pirdel ve Pirdel 2009; Chaillet ve ark. 2014; Kömürcü 2014; Erdoğan ve ark. 2017; Çevik ve Karaduman 2020; Çevik ve Yanikkerem 2021). Gelişmiş ülkelerin birçoğunda, doğum sırasında ağrının giderilmesi, intrapartum bakımın rutin bir parçası olarak kabul edilmekte ve kadınlar seçtikleri ağrı kesici yönteme erişebilmektedirler (Getu ve ark. 2020). İntrapartum dönemde kullanılan ağrı kontrol yöntemlerinin basit, güvenilir, anne ve fütüse zarar vermeyen özellikte olması gerekmektedir (Erenel ve Vural 2020; Getu ve ark. 2020; Çevik ve Yanikkerem 2021).

4.3.1 Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi

Doğumun birinci evresinde meydana gelen ağrı primer olarak uterus kontraksiyonları ve serviksin dilatasyonuna bağlı olarak meydana gelmektedir. Uterin kontraksiyonlar ile birlikte gerilen serviks ve uterin segmentler bu ağrıyı oluşturmaktadır. Serviks ve uterustan kaynaklanan ağrılı uyaranlar afferent lifler ve eşlik eden sempatik sinir lifleri ile birlikte, lomber sempatik zinciri izleyerek T10-T11-T12-L1 spinal sinirlerin arka kökleri ile spinal korda girerler. Fetal prezente olan kısmın inişi ile lumbosakral pleksusa bası nedeniyle sırtta, bacaklarda ve kalçalarda ağrı hissedilmektedir. Kontraksiyonlar sırasında myometriumu besleyen arterlerin kasılması sonucu uterin iskemi meydana gelmektedir. Latent fazda ağrı impulsları T10. ve T12. sinir segmentleri arasında alt toraksik ve üst lumbar sempatik sinirler vasıtasıyla iletilmektedir. Servikal dilatasyon ve uterus iskemisi nedeniyle ağrı abdomenin alt kısmına lokalize olmaktadır. Ağrı uterus kaynaklı olduğunda karın duvarına dağılmaktadır. Lumbosakral ve gluteal alanda görülen ağrı ise yansıyan ağrı olarak belirtilmektedir (Kömürcü 2014; Sethi ve Barnabas 2017). Kontraksiyonların bu yollar ile oluşturduğu ağrı bu dört segmentin inerve ettiği cilde girer. Doğum eyleminin erken döneminde sadece T11-T12 etkilendiği halde kontraksiyonların şiddeti arttığında ağrı T10-L1’de gözlenmektedir. Bu dönemdeki ağrı belden sırtta ve bacaklara doğru yayılmakta ve giderek şiddetlenen visseral bir ağrı şeklini almaktadır (Ertem ve Sevil 2005).

Birinci evrenin geç dönemi ve ikinci evredeki ağrı ise perineal dokunun gerginliğini kaybetmesi, pelvik tabanın çekilmesi, kasılma sırasındaki uteroservikal desteğin azalması ve yumuşak dokuda meydana gelen yırtılmadan kaynaklanmaktadır. Bu evredeki ağrılar pudental sinirlerin dalları aracılığıyla S2 ve S4 spinal sinir segmentleri arasında taşınmaktadır (Ertem ve Sevil 2005; Sethi ve Barnabas 2017; Workie ve ark. 2021). Bu dallar dorsal, libial sinir, klitoral sinir ve inferior hemoroid sinirleridir. Bu evredeki ağrılar iyi lokalize edilen ve keskin nitelikte somatik ağrılardır (Ertem ve Sevil 2005; Sethi ve Barnabas 2017). Şekil 4’te doğum ağrısının iletimi gösterilmiştir.



Şekil 4. Doğum Ağrısının İletimi

Kaynak: Wong CA. Advances in labor analgesia. International Journal of Women's Health. 2009; (1): 139-150.

4.3.2 İntrapartum Dönemde Ağrıyı Azaltıcı Stratejiler

Doğum ağrısı ile başa çıkmada giderek yaygınlaşan farmakolojik olmayan ağrı kontrol yöntemleri, kadınların herhangi bir ilaç kullanmadan tamamen gevşemelerini sağlamak ve ağrıyı en düşük seviyede algılamaları için önerilen yöntemlerdir (Kömürcü 2014; Çevik ve Karaduman 2020). Literatürde farmakolojik olmayan müdahalelerin anne ve yenidoğan için zararsız olduğu (Gallo ve ark. 2013; Chaillet ve ark. 2014; Kömürcü 2014; Akbarzadeh ve ark. 2016; Erdoğan ve ark. 2017), doğum sürecini yavaşlatmadığı, yan etkileri veya alerji riskleri olmadığı, algılanan doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu ve kadına kontrol hissi verdiği belirtilmektedir (Chaillet ve ark. 2014; Kömürcü 2014; Erdoğan ve ark. 2017; Topçu ve Dişsiz 2018). Ağrının azaltılması, kortikoid, plazma noradrenalin, pirüvat ve laktat düzeyinin

artmasını önlemekte, metabolik asidozu ve maternal oksijen tüketimini engellemektedir. Ayrıca hiperventilasyon, hipokapni oluşumu engellenerek gebede tetani olasılığını önlemektedir (Sayın Ağ 2015). Ağrıyı hafifletmeye yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar kadınların memnuniyetini, doğumda yeterlilik ve kontrol hissini artırırken, obstetrik müdahale ihtiyacını azaltmaktadır (Hodnett ve ark. 2012; Kömürcü 2014; Sayın Ağ 2015).

Etkili ve tatmin edici ağrı yönetimi için bireyselleştirilmiş stratejiler önerilmektedir (Sayın Ağ 2015; Smith ve ark. 2018; Workie ve ark. 2021). Ağrı yönetiminde iki paradigmadan söz edilebilir; bunlar “ağrıyla çalışma (working with pain)” ve “ağrıyı azaltma (pain relief)” dır. Ağrıyla çalışma paradigması; doğumda kadınlara destek ve cesaret vererek suda bekletme, rahat pozisyon sağlama gibi doğum ağrısı ile başa çıkmak için yardım tekniklerinin kullanımını içermektedir. Ağrıyı azaltma paradigmasında ise, kadınların doğumda acı çekmemesi için kadınlara çeşitli farmakolojik ağrı kesici seçeneklerin sunulması gerektiğini savunmaktadır (Smith ve ark. 2018).

Ağrıyı azaltmak için kullanılan farmakolojik olmayan ve destekleyici yöntemler ebelik ve hemşirelik uygulamalarının bir parçasıdır (Sethi ve Barnabas 2017; Smith ve ark. 2018; Çevik ve Karaduman 2020; Getu ve ark 2020). Masaj, doğum ağrısını hafifletmek için kullanılan en eski dokunsal stimülasyon yöntemidir. Masaj, sağlığın iyileştirilmesi gibi sistemik amaçlar için vücudun yumuşak dokuları üzerinde yapılan manuel bir işlemdir (Kömürcü 2014; Sethi ve Barnabas 2017; Smith ve ark. 2018; Çevik ve Karaduman 2020). Masaj ağrının şiddetini azaltma, spazmları gevşetme ve doğum sırasında genel rahatlama sağlamaktadır (Sethi ve Barnabas 2017; Smith ve ark. 2018; Taşkın 2020). Vücudun yumuşak dokularını manipüle etmeyi içeren masaj sağlık çalışanları veya eş tarafından yapılabilir (Smith ve ark. 2018). Masaj terapisi doğumun ilk aşamasında uygulanan farmakolojik tedaviyi azaltarak kadının ağrıyı daha az hissetmesine yardımcı olabilir (Kömürcü 2014; Sethi ve Barnabas 2017; World Health Organization 2018; Çevik ve Karaduman 2020). Doğum eylemi sırasında kadının kontraksiyon aralarında istirahat etmek ve gevşemek için desteklenmeye gereksinimi vardır (Taşkın 2020). İntrapartum dönemde masaj yapılan kadınların ağrı, stres ve kaygı düzeyleri daha düşük olmakla birlikte daha olumlu yüz ifadeleri sergilediği ve daha az depresif semptomlar görüldüğü belirtilmektedir (Gallo ve ark. 2013). Bununla birlikte dokunma ve masaj gibi tensel uyarılma stratejilerinin

kullanılması kadının önemsenme, güven, sevgi gibi pozitif mesajlar almasını sağlamakta ve izolasyon duygusunu ortadan kaldırmaktadır (Kömürcü 2014).

Brezilya’da randomize kontrollü olarak yapılan 23 müdahale, 23 kontrol grubu olmak üzere 46 kişi ile yürütülen bir çalışmada müdahale grubundaki gebelere 4-5 cm servikal dilatasyondayken hipogastrik plexus ve pudendal sinirin yoluna karşılık gelen T10 ve S4 arasına 30 dakika masaj uygulanmıştır. Müdahale öncesi bir vücut diyagramı kullanılmış, müdahale grubunun %83’ü ve kontrol grubunun %70’i ağrılarının suprapubik ve lomber bölgelerde bulunduğunu belirtmiştir. Müdahale grubunda doğum süresi ortalaması kontrol grubundan 1,1 saat daha uzun bulunmuştur. Ağrı kesici uygulaması için ortalama süre müdahale grubunda 2,6 saat ve kontrol grubunda ise 1,9 saat olarak bulunmuştur. Yenidoğanların antropometrik ölçümleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ağrı şiddeti ise müdahale grubunda başlangıçta 69 ± 15 mm, kontrol grubunda 69 ± 17 mm iken; 30 dakika masaj sonrası ağrı şiddeti sırasıyla 52 ± 20 mm ve 72 ± 15 mm olarak ölçülmüştür (Gallo ve ark. 2013).

İntrapartum dönemde nonfarmakolojik yöntemlerden olan manuel metotlar arasında sıcak uygulama, refleksoloji, osteopati, shiatsu ve sıfır dengeleme (zero balancing), akupunktur, zihin-beden teknikleri, hipnoz ve aromaterapi gibi tamamlayıcı yöntemler yer almaktadır (Smith ve ark. 2018). Batı teorisine (Western Theory) göre, akupresür uygulamasının vazodilatasyonu sağlayarak kan akışını düzenlediği, adrenalin ve noradrenalin salınımını azaltıp vazodilatasyonu sağlayarak oksitosin ve endorfinin salgılanmasını arttırdığı belirtilmektedir (Mollart ve ark. 2015). Böylece uterus kasılmalarının verimliliği artmakta ve doğum süresi kısalmaktadır (Türkmen ve Turfan 2020).

İran’da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubundaki gebelere (n=50) en az 30 dakika boyunca karın altı, üst uyluk, sakral bölge, omuz ve bacak masajı uygulanmış, kontrol grubundaki gebelere (n=50) rutin hemşirelik bakımı verilmiştir. Her iki grup için partogram diyagramı kullanılarak doğumun birinci ve ikinci evrelerinin süreleri belirlenmiştir. Masaj terapisi uygulanan grupta doğumun birinci ve ikinci evresinin daha kısa olduğu bulunmuştur. Deney grubunda birinci ve beşinci dakikalardaki Apgar skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (Bolbol-Haghighi ve ark. 2016).

Hindistan’da doğumun birinci aşamasında sırt masajı uygulanarak masaj öncesi ve sonrası gebelerin (n=40) ağrı puanları değerlendirilmiş, masaj öncesi ağrı puan

ortalaması $5,8 \pm 1,3$, masaj sonrası $3,7 \pm 1,0$ bulunmuştur. Bu çalışmada gebelerin yaşı, eğitimi, mesleği, gebelik ve kürtaj öyküsü ile ağrı skorları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmazken, gebelik sayısı ile ağrı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Primigravidalarda masaj öncesi ağrı skoru $6,0 \pm 1,3$ ve masaj sonrası ağrı skoru $4,5 \pm 1,0$ iken, multigravidalarda masaj öncesi $5,6 \pm 1,3$ ve masaj sonrası $3,4 \pm 0,9$ olarak saptanmıştır (Sethi ve Barnabas 2017).

İran’da vajinal doğum yapmış 300 primipar ve 300 multipar kadın ile yapılmış bir çalışmada primipar ve multipar kadınların ağrı algısı ile doğum sırasında algılanan çevresel stresörler incelenmiştir. Çalışmada primipar ve multipar kadınların doğumu ağrılı bir deneyim olarak gördükleri (Vizüel Analog Skala puan ≥ 8) vurgulanmıştır. Primipar kadınlar kalabalık doğum odasının ve hareket kısıtlılığının ağrılarını ve streslerini artırdığını belirtirken; multipar kadınlar doğum ünitesinde gürültünün ve oral sıvı alımı kısıtlamasının ağrı ve stres düzeylerini artırdığını belirtmiştir. Ağrı ve çevresel faktörlerden kaynaklanan doğum stresi arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu bu çalışmada belirtilmiştir (Pirdel ve Pirdel 2009).

Balıkesir’de yapılan randomize kontrollü tek kör çalışmada, deney grubundaki kişilere (n=30) SP6 noktasına akupresür uygulanmıştır. Doğumun ilk evresinin ortalama süresi deney grubunda kontrol grubuna göre daha kısa olduğu belirlenmiştir (deney grubu: $4,9 \pm 0,9$ saat, kontrol grubu: $5,5 \pm 0,7$ saat). Deney grubunda aktif fazda algılanan ağrı seviyesi daha düşük bulunmuştur (Sayısal Derecelendirme Ölçeği puan ortalamaları deney grubu: $7,2 \pm 0,9$ ve kontrol grubu: $7,7 \pm 0,7$). Deney grubunda olan kadınların akupresürü diğer kadınlara tavsiye ettiği bildirilmiştir (Türkmen ve Turfan 2020).

İstanbul’da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubundaki gebeler (n=30) latent, aktif ve geçiş fazında rutin bakım uygulamaları yanı sıra sol lateral pozisyona alınarak efloraj (15 dakika) ve vibrasyon teknikleriyle (15 dakika) hekimin gözetiminde sakral bölgeye 30 dakika boyunca masaj uygulanmıştır. Deney grubuna masaj sonrası aktif fazda ve kontrol grubuna aktif fazda STAI FORM TX - I Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanarak kaygı düzeyi değerlendirilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılara Vizüel Analog Skala (VAS) latent, aktif ve geçiş fazlarında bir kez, deney grubuna VAS bu fazlarla birlikte masajdan sonra her aşamada tekrar uygulanmıştır. VAS puan ortalaması deney grubunda latent fazda $3,6 \pm 1,4$, aktif fazda $7,0 \pm 1,5$ ve geçiş fazında $8,8 \pm 1,8$ ’dir. Kontrol grubunun latent ($4,7 \pm 1,4$), aktif ($8,4 \pm 1,2$) ve geçiş fazı ($9,7 \pm 0,5$) VAS puan ortalaması deney grubuna göre istatistiksel

anlamli olarak yu'kse'k bulunmu'stur. Durumluk Kaygı O'l'çe'ęi puan ortalamaları; kontrol grubunda $39,5 \pm 4,2$, deney grubunda $28,0 \pm 3,0$ bulunmu'stur. Bu çalışmada kadınlara doğum sırasında uygulanan sakral masajın doğum ağrısını azalttığı, endişe ve kaygı d'zeylerini d'uşurduğu, kadınların doğum s'u'recinden memnuniyet duydukları, uygulanan masajın kadınların doğum algısını olumlu etkilediği ve fetal yan etkilerin g'oru'lmediği belirtilmiştir (evik ve Karaduman 2020).

Manisa'da alt sırt b'olgesine yapılan masaj uygulamasının doğum s'u'resi ve algılanan doğum ağrısına etkisini incelemek amacıyla yapılan randomize kontroll'u bir çalışmada 62 gebe (masaj grubu:31, kontrol grubu:31) araştırmanın o'rneklemine oluşturmu'stur. İlk masaj uygulaması latent fazın bitiminde (servikal açıklık 3-4 cm), ikinci masaj uygulaması aktif fazda (servikal açıklık 5-7 cm), uu'nc'u masaj uygulaması geçiş fazında (servikal açıklık 8-10 cm) kontraksiyonlar başladığında 30 dakika s'u're ile uygulanmıştır. Masajın sonunda kontraksiyonlar sırasında yaşanan en şiddetli ağrı VAS ile u kere değerlendirilmiştir. İkinci VAS puan ortalaması masaj ve kontrol grubu gebelerde sırası ile $6,6 \pm 1,6$ ve $8,8 \pm 1,0$ olarak bulunmu'stur. Uu'nc'u VAS puan ortalaması kontrol grubu gebelerde masaj grubu gebelere g'ore istatistiksel anlamli olarak y'u'ksektir (sırasıyla $9,2 \pm 2,4$ ve $6,7 \pm 2,7$). Çalışmada ortalama doğum s'u'resinin masaj grubundaki gebelerde $24,6 \pm 12,7$ kontrol grubundaki gebelerde $31,7 \pm 20,9$ dakika olduğu belirtilmiştir (Erdoğan ve ark. 2017).

4.4 İNTRAPARTUM D'ONEMDE KAYGI

T'u'rk Dil Kuruma g'ore kaygı "k'otu bir şey olacakmış d'uşu'ncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu" olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 18 Ağustos 2021). Başka bir ifade ile kaygı yaşamı tehdit eden ya da tehdit olarak algılanan korku ve endişe duygusudur (Kaplan ve ark. 2007; Paul ve ark. 2017).

Kaygı durumunda ortaya çıkan fizyolojik tepkiler; kan basıncı, nabız ve solunum sayısında artma, uyku bozukluğu, titreme, huzursuzluk, kusma, ishal veya kabızlık, sık idrara çıkma, aşırı terleme, g'oz bebeklerinde b'u'y'u'me, endişeli ve uzgun g'oru'nme, çok konuşma, ağlama, meraklılık, baş ağrısı, g'ogu's ağrısı, dudak kuruması, kavrama zorluğu, iştah kaybı, o'fke, suçluluk ve depresyondur (O'ner ve Le Compte 1985; B'oru 2016).

Durumluk kaygı, kişinin benliğini ya da çıkarlarını tehdit eden durumlarda ortaya çıkan ve tehdit unsurunun yok olması sonucunda ortadan kalkan bireyin içinde bulunduğu subjektif bir duygu durumu olarak tanımlanmaktadır (Kaplan ve ark. 2007; Börü 2016; Özdemir ve ark. 2018). Durumluk kaygı kişide tedirginlik, gerginlik, duyarlılık ve korku gibi etkilere neden olmaktadır. Durumluk kaygı düzeyi bireyin içinde bulunduğu mevcut stresli durumu tehdit edici olarak algıladığında yüksek iken, içinde bulunduğu durumu tehdit edici olarak algılamadığında düşüktür (Öner ve Le Compte 1985; Börü 2016; Özdemir ve ark. 2018).

Sürekli kaygı ise objektif kriterlere göre nötr olan durumların kişi tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucunda meydana gelen mutsuzluk ve hoşnutsuzluk durumudur (Börü 2016). Kişi tarafından tehdit edici olarak görülen durumlara gösterilen tepkilerin derinliği ve sıklığı artarak belirli periyotlarla devam etmektedir. Bu kaygı türü bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte kişilik özelliği olarak da karşımıza çıkmaktadır (Özdemir ve ark. 2018)

Doğum eylemi pek çok kadın için korku ve kaygı yaratabilmektedir (Adams ve ark. 2012; Jisha ve Sreeja 2021). Antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerde kadınların yaşadığı kaygı, içinde bulunduğu süreci olumsuz yönde etkilemektedir (Kaplan ve ark. 2007; Floris ve ark. 2017). Literatürde kadınların %5-20'sinin doğumdan korktuğu belirtilmekle birlikte (Adams ve ark. 2012; Badaoui ve ark. 2019), doğum korkusu pek çok faktör ile ilişkilendirilmektedir. Bunlar genç anne yaşı, gebelik sayısı, gebeliğin planlı olmama durumu, primipar olma, planlanan doğum şekli, önceden var olan psikolojik sorunlar, doğum öncesi eğitim almama durumu (Floris ve ark. 2017; Özdemir ve ark. 2018; Badaoui ve ark. 2019), sosyal destek eksikliği (Floris ve ark. 2017; Paul ve ark. 2017; Özdemir ve ark. 2018; Badaoui ve ark. 2019; Uçtu ve Akan 2021), istismar ve kötü obstetrik olay öyküsüdür (Floris ve ark. 2017; Özdemir ve ark. 2018; Badaoui ve ark. 2019). Bunun yanı sıra doğum odası, oda içerisindeki tıbbi ekipmanlar, sağlık personeli tarafından tıbbi terminolojinin sık kullanılması, tıbbi müdahaleler, kadının tanımadığı kişilerle aynı ortamda olması korku ve kaygıya neden olabilmektedir (Jisha ve Sreeja ve ark. 2021). Norveç'te doğum korkusu ile doğum süresi arasındaki ilişkiyi belirlemek için 32 hafta ve üzeri 2206 gebenin retrospektif incelendiği bir çalışmada doğum korkusu olan kadınların (%7,5), doğum korkusu olmayan kadınlara göre doğum eyleminin 1 saat 32 dakika daha fazla sürdüğü bulunmuştur (Adams ve ark. 2012).

Genel olarak oksitosin salınımı ile ilişkili olan doğum ve emzirme gibi durumlar çevresel faktörlerden etkilenmektedir (Pirdel ve Pirdel 2009). İntrapartum dönemde çoğu kadının tanıdık olmayan bir ortamda olması ve hastanenin kalabalık odalarına girdiklerinde doğum eyleminin yavaşladığı hatta durduğu gözlenmiştir. Hastane ortamı kadında kaygı oluştursa da hastanenin güvenli olduğuna inandıkları için kadınlar hastanelerde doğum yapmayı tercih etmektedir. Doğum yapan bir kadın kendini güvende ve korunmuş hissetmediğinde katekolamin seviyeleri yükselmektedir (Pirdel ve Pirdel 2009; Adams ve ark. 2012; Floris ve ark. 2017). Kaygı ve korku, katekolaminlerin plazma konsantrasyonlarını artırmaktadır. Yüksek plazma katekolamin konsantrasyonu hem zayıflamış uterin kontraksiyonları hem de uzun süreli doğum eylemi ile ilişkilendirilmektedir (Pirdel ve Pirdel 2009; Adams ve ark. 2012; Piliai 2021). Aynı zamanda intrapartum dönemde aşırı kaygı, katekolaminlerin salgılanmasının artması sonucu pelvik kan akımının azalması ve kas gerginliğinin artması nedeniyle şiddetli ağrıya neden olan bir faktör olarak belirtilmektedir (Pirdel ve Pirdel 2009; Adams ve ark. 2012; Floris ve ark. 2015; Muslu ve Yanikkerem 2020). Bunun yanı sıra uterin kontraksiyonların aktive olmasını sağlayan düzenli ve etkili olarak ilerlemesinde etkin rol oynayan oksitosin hormonu kaygı ve stres durumunda azalırken adrenalin düzeyi artmaktadır. Artan adrenalin düzeyi ve azalan oksitosin nedeniyle kadının doğumu ağrılı veya travmatik olarak anlamlandırmasına ve medikal müdahale gerektiren bir durum haline gelmesine neden olmaktadır (Uçtu ve Akan 2021). Kadının kaygı düzeyindeki artış sezaryen oranlarının artmasına, preterm eyleme, düşük doğum ağırlıklı yenidoğana ve olumsuz doğum deneyiminde artışlara neden olmaktadır (Badaoui ve ark. 2019; Muslu ve Yanikkerem 2020; Piliai 2021). Literatürde özellikle primigravida kadınların doğumla ilgili daha fazla korku yaşadıkları ve multigravida kadınlara göre daha olumsuz gebelik sonuçlarına sahip olduğu belirtilmektedir (Kabakian-Khasholian ve Portela 2017; Muslu ve Yanikkerem 2020; Pillia 2021; Jisha ve Sreeja 2021).

İntrapartum dönemde kadınların hareketlerinin kısıtlanması durumunda kaygı ve ağrı düzeyleri artmaktadır (Pirdel ve Pirdel 2009). Bu nedenle bu dönemde hareket serbestliğinin sağlanması kadının kontrol duygusunu artırırken, ağrı kesici ihtiyacını ve kaygı düzeyini azaltmakta, doğum süresi üzerinde olumlu etkisi olmaktadır (Pirdel ve Pirdel 2009; Kömürcü 2014). Kaygıyı artıran bir diğer faktör ise mahremiyete dikkat edilmemesidir (Jisha ve Sreeja 2021). Kadınların doğum yaptıkları fiziksel ortam, yaşadıkları korku ve kaygıyı artırabilmektedir. Fiziksel olarak hoş, temiz, sıcak,

güzel kokulu ve estetik açıdan hoş bir ortam, özellikle doğumun uzun sürdüğü durumlarda kadınların rahatlamasına yardımcı olabilmektedir. Hastaneler, genellikle stres veya acı yaşanan garip ve çekici olmayan yerler olarak algılanmakta ve doğum yaparken de bu duyguların hissedilmesi olasıdır. Doğum odasının medikal bir ortam görüntüsü olmadan konforlu hale getirilmesi annelerin daha rahat olmaları ve daha kolay doğum yapmaları açısından önemlidir (Pirdel ve Pirdel 2009). Gürültü, odanın sıcaklığı, ışık ve gözlenme hissi insan neokorteksini uyaran faktörlerdendir. Beta endorfin stres veya ağrı olduğunda beyin tarafından salınan endorfin hormonlarından biridir. Bu nedenle, rahatsız edici gürültü beyni uyarak ve oksitosini azaltıp, doğumu yavaşlatabilen beta-endorfinleri serbest bırakabilmektedir (Pirdel ve Pirdel 2009; Coşkun 2021). Doğum ağrısı ve kaygının uzun süreli emosyonel etkileri bulunmakta ve bu durum annenin ruh sağlığını, anne bebek ilişkisini olumsuz etkileyerek emzirmeyi geciktirebilmektedir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde yüksek kaygı düzeyleri gözlenmektedir. Doğum öncesi kaygı, doğum sonrası kaygı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Floris ve ark. 2017).

Kadınların intrapartum süreç ile baş etmesi sağlık halini sürdürmesi ve olumlu doğum deneyimi kazanması için doğum sürecinde gebenin desteklenmesi oldukça önemlidir (Adams ve ark. 2012; Kömürcü 2014; World Health Organization 2020; Uçtu ve Akan 2021). İntrapartum dönemde kadınların sosyal destek alması ve cesaretlendirilmesi önemli bir faktör olmakla birlikte sosyal destek, eş, arkadaş veya aile üyelerinden birini içermektedir. İntrapartum dönemde sürekli destek doğum ortamlarının iyileştirilmesi, kadına kendi seçtiği bir refakatçi ile tatmin edici bir doğum ortamı sunulması ve fizyolojik doğumun desteklenmesi anne stresini en aza indirerek doğum eylemi sırasında kaygıyı azaltabilmektedir (Jisha ve Sreeja 2021, Uçtu ve Akan 2021). Bu nedenle intrapartum dönemde ağrının etkin kontrolünün sağlanması ve kaygının azaltılması önemli konulardan biridir (Floris ve ark. 2017; Badaoui ve ark. 2019; Hekmatzadeh ve ark. 2020).

Gebelikte kültürel faktörlerin kaygı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla 250 Türk ve 264 İspanyol gebe ile yürütülen bir çalışmada 10-12. gebelik haftasında olan gebelere antenatal izlem sırasında Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Türk gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması $47,1 \pm 2,9$, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ise $49,6 \pm 4,2$ 'dir. İspanyol gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması $46,3 \pm 5,8$, Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $44,5 \pm 4,2$ 'dir. Türk gebelerin hem Durumluk hem de Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması İspanyol

gebelere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İspanyol gebelerin %25,1'i, Türk gebelerin %38,8'i geniş ailede yaşadığını ifade etmiştir. Türk gebelerin %54'ü, İspanyol gebelerin %11,6'sı eş desteği almadığını belirtmiştir. Geniş ailede yaşayan gebelerde kaygı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmayan gebelerde, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda, plansız gebeliklerde hem durumluk ve hem de sürekli kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur (Gonzalez-Mesa ve ark. 2019).

İran'da dereotu tohumu çayının kaygı düzeyi üzerine etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada deney grubunda aktif fazda olan 50 gebeye 10 gr dereotu tohumu 100 ml suda 10 dakika kaynatılarak verilmiştir. Diğer gruba 1000 ml Ringer solüsyon içine 10 IU oksitosin intravenöz olarak verilmiş ve infüzyon hızı 5 damla ile başlamıştır. Latent, aktif ve geçiş fazı doğum süreleri oksitosin grubuna göre dereotu tohumu çayı içen grupta daha kısa bulunmuştur. Dereotu tohumu çayı alan grupta birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü saat sonunda oksitosin grubuna göre dilatasyon ve silinme durumunun daha iyi olduğu belirtilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması dereotu tohumu çayı alan grupta kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Hekmatzadeh ve ark. 2020).

İsviçre'de 79 primipar ile doğum şeklinin, ağrı düzeylerinin ve analjezik yöntem kullanımının hastaneye başvuruda ve doğum sonrasında kaygı ve memnuniyet düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada hastaneye başvurudan iki saat sonra gebelerin durumluk kaygı düzeyine bakılmış ve doğumdan dört ay sonra durumluk kaygı düzeyleri tekrar değerlendirilmiştir. Katılımcıların %49,4'ü spontan vajinal doğum, %30,4'ü destekli vajinal ve %20,2'si sezaryen ile doğum yapmıştır. Doğumdan önce Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $36,7 \pm 10,7$ iken doğumdan sonra Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $32,1 \pm 9,7$ olarak bulunmuştur. Doğum sonrası kaygı, sağlık durumu, ağrı derecesi ve depresyon ile ilişkilendirilirken bebek beslenmesi (emzirme, emzirme ve formül süt veya sadece formül süt ile besleme) ile kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmada doğum deneyiminden memnuniyetin kadının doğumdan beklentileri ve doğum şeklini etkilediği ancak ağrı ile ilişki olmadığı bulunmuştur (Floris ve ark. 2017).

Hindistan'da yapılan yarı deneysel bir çalışmada primipar kadınların refakatçilerine verilen eğitimin kaygı düzeyi, anne memnuniyeti ve doğum sonucu üzerine etkisi incelenmiştir. Deney grubunda 17 kadının refakatçisine doğumun aşamaları, belirtileri, fiziksel destek ve konfor önlemleri (yürüme, oral sıvı yönetimi,

mesane bakımı, bağırsak bakımı), ambulasyon, genel hijyen, pozisyon alma, sırt masajı, dokunma ve nefes alma, duygusal destek (sürekli var olma ve güvence ve övgü verme), enstrümental destek (ihtiyaçlara yardımcı olma) hakkında eğitim verilmiş ve 30 dakikalık sırt masajı ve nefes egzersizi içeren bir video izletilmiştir. Deney grubundaki refakatçilere anne/kayınvalide/kız kardeş gibi yakın bir kadın akraba olanlar dahil edilmiş ve hem deney hem de kontrol grubundaki refakatçilerin doğumun birinci ve dördüncü evrelerinde kadının yanında olmasına izin verilmiştir. Kontrol grubundaki 17 refakatçiye herhangi bir eğitim verilmemiştir. Deney grubundaki primiparların %76,4'ünün ve kontrol grubundakilerin %35,2'sinin orta düzeyde kaygıya sahip olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların %21,0'ı şiddetli kaygıya sahip iken kontrol grubundaki kadınların %58,8'inin şiddetli ve %5,8'inin aşırı kaygıya sahip olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların %70,5'inin doğum süresi 4-7 saat arasında iken kontrol grubundaki kadınların %70,5'inin doğum süresi 7-12 saat arasındadır. Deney grubundaki kadınların kaygı düzeyi puan ortalamasının ($23,6 \pm 5,9$) kontrol grubundaki gebelere ($28,5 \pm 7,1$) göre düşük olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin bebeklerinin Apgar skor puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Jisha ve Sreeja 2021).

İtalya'da COVID-19 öncesi ve sonrası gebelerin (n=200) doğum ile ilgili kaygılarını belirlemek için yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemisi nedeniyle kadınların doğumla ilgili beklentileri ve endişelerinin önemli ölçüde değiştiği bulunmuştur. Çalışmada COVID-19'dan önce korku, neşe, mutluluk, paylaşım ve dinginlik ile ilişkilendirilen doğum, COVID-19 sonrası kısıtlama, üzüntü, yalnızlık, acı, endişe ve yetersizlik ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir. Araştırmada tek kelime frekans analizi kullanılarak COVID-19'dan önce ve sonra kadınların doğum beklentilerini tanımlamak için en yaygın olarak kullandıkları kelimenin korku olduğu saptanmıştır. Kadınların %80'inden fazlası COVID-19 döneminde kendi sağlıklarından çok yaşlı akrabalarının, eşlerinin ve bebeklerinin sağlığı ile ilgili kaygı yaşadıklarını belirtmiştir (Ravaldi ve ark. 2021).

Gaziantep'te yapılan kesitsel bir çalışmada doğum ünitesine başvuran 97 gebenin doğum ünitesine kabulde ve doğum sonrası birinci günde Durumluk Kaygı Ölçeği ile kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmada gebelerin %69,1'i multigravidadır. Doğum ünitesine başvuruda kadınların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $53,4 \pm 9,6$ (min:30,0 maks:70), postpartum birinci günde Durumluk Kaygı Ölçeği puan

ortalaması $41,7 \pm 8,2$ 'dir (min=23,0 maks=58). Doğum öncesi kaygı düzeyi geliri giderine eşit olanlarda, primigravidalarda, gebeliği istemeyenlerde, doğuma ilişkin bilgi almayanlarda ve doğumda yanında destekleyen kişi bulunmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Kaplan ve ark. 2007).

İzmir'de vajinal doğum yapan 100 ve sezaryen doğum yapan 100 kadının antepartum ve postpartum dönemde durumluk kaygı düzeyinin karşılaştırıldığı bir çalışmada kadınların doğumhaneye kabulünde ve postpartum birinci günde kaygı düzeyleri Durumluk Kaygı Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Vajinal doğum yapan kadınların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması antenatal dönemde ve postpartum birinci günde sırasıyla $48,9 \pm 11,6$ ve $29,2 \pm 7,2$ saptanmıştır. Sezaryen doğum yapan kadınların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması antenatal dönemde ve postpartum birinci günde sırasıyla $46,7 \pm 12,3$ ve $30,4 \pm 7,9$ 'dur. İki grubun doğum şekline göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmaya katılan tüm gebelerin (n=200) doğum şekline bakılmaksızın Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması antepartum dönemde $47,8 \pm 11,9$ ve postpartum dönemde $29,7 \pm 7,6$ olup; antepartum durumluk kaygı puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Dönmez ve ark. 2014).

Kırşehir'de gebelik sayısı ve doğum yapma şeklinin antepartum ve postpartum durumluk ve sürekli kaygı düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, doğum yapmak için hastaneye gelen 97 gebenin doğumdan önce ve doğumdan sonra sürekli ve durumluk kaygı düzeylerine bakılmıştır. Birinci gebeliği olan 34 gebenin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $56,6 \pm 9,0$ iken ikinci gebeliği olan 62 gebenin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $50,4 \pm 9,0$ olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Vajinal doğum yapan katılımcıların antepartum dönemdeki Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $51,3 \pm 61,0$ sezaryen doğum yapan katılımcıların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $50,1 \pm 61,0$ olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sezaryen doğum yapan katılımcıların antepartum dönemdeki Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması $45,9 \pm 61,0$ vajinal doğum yapan katılımcıların Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması $44,0 \pm 61,0$ 'dır. Postpartum dönemde sezaryen ile doğum yapan katılımcıların Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması $46,7 \pm 60,0$ vajinal doğum yapan katılımcıların ise $42,8 \pm 60,0$ olarak bulunmuştur (Özdemir ve ark. 2018).

Tekirdağ'da latent fazda kadınların sosyal destek algısı, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla 245 gebede yürütülen çalışmada kadınların Durumluk

Kaygı Ölçeği puan ortalaması $38,3 \pm 6,4$ ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması $42,2 \pm 4,8$ olarak bulunmuştur. Algılanan eş desteği sürekli kaygı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Algılanan eş desteğinin çok iyi olduğunu belirten kadınlarda (%56,3) Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $37,6 \pm 6,5$ olarak saptanmıştır. Eş desteğini çok iyi algılayan kadınların eş desteğini iyi, orta, kötü, çok kötü olarak belirten kadınlara göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Uçtu ve Akan 2021).

Antenatal dönemde gebenin önemli destekleyicisi olan ebe ve hemşireler gebe ve ailesiyle yakın ilişki kurarak antepartum, intrapartum ve postpartum döneme ilişkin gebenin ve yakınlarının kaygılarını öğrenmeli ve bu konuda gerekli eğitim ve destek sağlanmalıdır (Kaplan ve ark. 2007; Raval di ve ark. 2021).

4.5 İNTRAPARTUM DÖNEMDE ANNE MEMNUNİYETİ

Türk Dil Kurumuna göre memnuniyet “memnun olma, sevinç duyma, sevinme” anlamında gelmektedir (Türk Dil Kurumu <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 20 Ağustos 2021). Doğumda anne memnuniyeti ise kompleks psikolojik bir yanıt olarak tanımlanmak ile birlikte bakımın kalitesini gösteren temel ölçütlerden biri olduğu belirtilmektedir (Serhatlıoğlu ve Karahan 2018). Annenin doğum deneyimlerini olumlu veya olumsuz değerlendirmesi kişisel, kurumsal ve çevresel birçok faktöre bağlıdır (Özcan ve Arslan 2015; Serhatlıoğlu ve Karahan 2018; Raval di ve ark. 2021). Anne memnuniyetini sağlayan temel faktör kadının beklentilerinin karşılanması (Bilgin ve ark. 2018), yeterince bilgilendirilmesi, etkili iletişim kurulması ve duygusal destek sağlanmasıdır (Özcan ve Arslan 2015; Mocumbi ve ark 2019; Muslu ve Yanikkerem 2020). Anne memnuniyetini sosyodemografik özellikler, doğum hizmetlerinin organizasyonu, kadının beklentileri, doğum öncesi hazırlık sınıfına katılma durumu, doğum planı, doğum hizmeti veren personel ile iletişimi (Kömürcü 2014; Mukamurigo ve ark 2017; Bilgin ve ark. 2018), mahremiyete saygı gösterilme durumu, uygulanan tıbbi tedavi ve girişimler, emosyonel destek alma durumu, kadının kararlara katılım durumu, doğum üzerindeki kontrol duygusu, doğum pozisyonu, bebekle tanışma süreci, gerekli bilgilendirmenin yapılması (Kömürcü 2014; Bilgin ve ark. 2018; Muslu ve Yanikkerem 2020), sürekli destekleyici bakımın sağlanması ve kadının motivasyonu etkilemektedir (Hodnett ve ark. 2013; Serhatlıoğlu ve Karahan

2018; Bilgin ve ark. 2018). Annelerin memnuniyetini etkileyen faktörler arasında hastanenin fiziki özellikleri, temizlik ve hijyenin düzenli sağlanması, refakatçi için oda içerisinde uygun alan, dinlenme ve bekleme yerlerinin olması, hastane yemeklerinin niteliği gibi çevresel faktörler de bulunmaktadır (Serhatlıoğlu ve Karahan 2018).

Afrika’da doğum yapmış 921 kadın ile yürütülen bir çalışmada kadınların %77,5’i doğum deneyimlerinin iyi olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada kadınların doğumdan memnuniyetini etkileyen faktörler; personele güven duyma, yeterli bilgi alma, saygı görme, yeterince ağrı kesici alma, personelden destek alma, emzirme konusunda yardım alma ve doğumdan sonra tensel temasın sağlanması olarak bulunmuştur (Mukamurigo ve ark 2017).

İsveç’te yapılan bir çalışmada kadınların doğum hakkında yeterli bilgi sahibi olmasının doğum memnuniyetiyle yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. İntrapartum dönemde doğum hizmeti sunan sağlık profesyonellerine güven duyma, doğum eylemi sırasında yeterli bilgilendirilme, saygılı bakım alma, sağlık personelinin yeterli destek alma gibi faktörler kadınların doğum memnuniyetini ve doğumdan sonra bebeğiyle erken ten tene temasını olumlu etkilediği tespit edilmiştir (Hildingsson ve ark. 2013).

İngiltere, Kanada, İskoçya ve Amerika’da yapılan beş çalışmanın dahil edildiği erken doğumda nulliparlara uygulanan desteğin etkilerini inceleyen bir meta analizde, destekleyici yöntemlerin kullanımının sezaryen veya müdahaleli doğum oranında azalma ile ilişkili olduğu ve epidural analjezi kullanımının anne memnuniyeti üzerine olumlu etkileri olduğu bulunmuştur. Anne memnuniyetinin doğumun yapıldığı ortam, kültür ve sağlık sistemleri gibi nedenlere bağlı olarak da değişebileceği belirtilmektedir (Kobayashi ve ark. 2017).

Mozambik’te bir yıl içinde doğum yapmış kadınların doğum sırasındaki bakımdan memnuniyetini belirlemek amacıyla yapılan 3778 kadının dahil edildiği bir çalışmada kadınların %95,8’i spontan vajinal, %0,5’i yardımlı vajinal ve %3,7’sinin sezaryen doğum yapmıştır. Doğumların %55,5’inde refakatçi olduğu ve %46,3’ünde kayınvalidenin refakat ettiği saptanmıştır. Kadınların %92,5’i alınan hizmetten memnun olup, kadınların %94,2’si aynı sağlık kuruluşunda bir aile üyesine doğum yapmasını tavsiye etmiştir. Çalışmada genel olarak yüksek memnuniyet puanlarına rağmen, annelerin %49,8’i emzirme için aldıkları destekten memnuniyetsizliklerini dile getirmişlerdir. Bakımda saygı ve mahremiyet açısından kadınların %93,0’ı memnun kaldığını belirtmiş, annelerin %6,3’ü saygısızlık veya aşağılama ve %1,7’si

fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Bakım sürecinde olumsuz deneyimler (saygısızlık veya aşağılanma, fiziksel istismar, yardıma ihtiyaç duyduğu anda yanında olmama veya gayri resmi ödeme istenmesi gibi) yaşayan anneler, bu tür deneyimleri yaşamayanlara göre daha düşük düzeyde memnuniyet bildirmiştir. Bununla birlikte çalışmada sağlık kuruluşuna 2,5 km'den daha yakın mesafede yaşama, sağlık kuruluşuna ulaşım aracı olması, sağlık kurumlarında doğum yapma, 12 saatten az sürede doğum yapma ve refakatçi bulunması durumu ile annelerin memnuniyeti arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur (Mocumbi ve ark. 2019).

Antalya'da gebelerin doğum eyleminde aldıkları bakım ile doğum algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan postpartum 24-48 saat içerisinde olan 259 kadın ile yürütülen çalışmada kadınların yaş ortalaması $30,2 \pm 6,9$ 'dur (min=18-maks=45). Araştırmada kadınların %51,4'ünün multipar, %67,6'sının istenen gebeliğe sahip olduğu, %20,5'inin doğuma hazırlık eğitimi aldığı, %59,1'inin vajinal doğum, %33,6'sının sezaryen ve %7,3'ünün sezaryen sonrası vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir. Doğum ünitesinde sunulan destekleyici bakım uygulamaları değerlendirildiğinde, gebelerin %3,9'una masaj uygulaması yapıldığı, %37,1'inin aktif hareket ettiği, %15,4'ünün oral beslenmesini sürdürdüğü, %35,5'inin ağrı sırasında nefes egzersizi yaptığı ve %45,2'sinin doğum sonrası bebekle ten tene temasının sağlandığı bulunmuştur. Antepartum dönemde doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların doğum eyleminde daha olumlu deneyimler yaşadıkları saptanmıştır. Normal doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapan kadınlara göre doğumu daha olumlu algıladıkları, doğumdan memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Boz ve ark. 2019).

Van'da kadınların doğumdan memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla normal doğum yapan 300 ve sezaryen doğum yapan 300 lohusa ile yürütülen bir çalışmada lohusaların yaş ortalaması normal doğum yapanlarda $26,4 \pm 5,7$ sezaryen doğum yapanlarda $25,5 \pm 4,5$ 'tir. Normal doğumda lavman yapılmayan, mahremiyetine dikkat edilen kadınların memnuniyet puanları yüksek iken, doğum sürecinde verilen kararlara aktif katılım sağlanmayan ve doğum süreci ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmayan kadınların memnuniyet puanları istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Sezaryen doğum yapan kadınlarda normal doğum yapanlara göre sağlık ekibini algılayışı, kararlara katılımı, bilgilendirme ve hastane olanaklarından memnuniyetlerinin istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Özcan ve Arslan 2015).

Bolu’da primipar ve multipar 387 kadının doğumdan memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yürütülen bir çalışmada, kadınların yaş ortalaması $28,3\pm5,1$ bulunmuştur. Kadınların %68,7’sinin multipar olduğu, %50,4’ünün normal doğum yaptığı, %33,1’inin planlı sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. Kadınların doğuma ilişkin memnuniyetlerinin iyi düzeyde olduğu ($7,4\pm3,0$); normal doğum yapanların doğum memnuniyetlerinin planlı veya acil sezaryen ile doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu; çalışmayanların, sosyal güvencesi olanların ve multipar kadınların doğum memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada normal doğum yapan kadınların %89,2’sinin bir sonraki doğumlarını normal doğum ile yapmak istedikleri, sezaryen ile doğum yapan kadınların %76,6’sının sezaryen ile doğum yapmak istedikleri bulunmuştur (Bilgin ve ark. 2018).

İstanbul’da vajinal doğum yapan 131 kadın ve sezaryen doğum yapan 94 kadın ile mahremiyet algılarının memnuniyetlerine etkisini belirlemek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmada vajinal doğumdan memnun olmama nedenleri arasında en önemli faktörün mahremiyet olduğu ve mahremiyetin korunmasının anne memnuniyetini artıran bir faktör olduğu vurgulanmıştır (Orman ve Demirci 2019).

Kadınların anne ve bebek sağlığının korunması için intrapartum dönemde olumlu doğum deneyimi yaşamaları için desteklenmesi önemlidir (Mukamurigo ve ark. 2017; Bilgin ve ark. 2018; Muslu ve Yanikkerem 2020). Literatürde olumsuz doğum deneyimi yaşayan kadınların memnuniyet düzeylerinin azaldığı, doğum sonrası depresyon, doğum korkusu, travma sonrası stres bozukluğu (Mukamurigo ve ark. 2017), anne bebek bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları, sezaryen isteği, kürtaj olma oranında artış, cinsel disfonksiyon, bebek ihmal ve istismarı görülme riskinin arttığı belirtilmiştir (Serhatlıoğlu ve Karahan 2018). Bu nedenle doğum hizmetlerinde yer alan tüm sağlık çalışanlarının doğumda memnuniyeti etkileyen faktörleri, etkili iletişim becerileri, doğum desteği, ilaçsız ağrıyla baş etme yöntemleri gibi konularda bilgi sahibi olması ve bilgilerinin hizmet içi eğitimlerle güncellenmesi önem taşımaktadır. Bununla birlikte kurumun memnuniyet sonuçlarını düzenli olarak çalışanlarla paylaşılması ve geri bildirim olanağının sağlanması önemlidir (Serhatlıoğlu ve Karahan 2018).

4.6 İNTRAPARTUM DÖNEMDE RUTİN HEMŞİRELİK BAKIMI

Doğum için hastaneye başvuran kadının ilk değerlendirmesi hastaneye kabul değerlendirmesi olarak adlandırılmakta ve hastaneye kabul için kontraksiyonların yeterli olması ve servikal dilatasyonun 2 cm ve üzerinde olması gerekmektedir. Muayene sonucunda gebe bu kriterleri taşıyor ve herhangi bir riskli durumu yok ise doğumun başında olduğu düşünülerek eve dönüp beklemesi, kontraksiyonları sıklaştığında hastaneye başvurması istenmektedir (Erenel ve Vural 2020). Hastaneye başvuran gebelere fetal kalp atım hızı, annenin yaşam bulguları ve uterusun kontraksiyonları değerlendirilmesi önerilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence 2017; Erenel ve Vural 2020; Çoşkun 2021). İntrapartum dönemde hastaneye başvuran gebelerde yapılan değerlendirmede; kadının nabzının 30 dakika arayla yapılan iki ölçümde 120/dk'nın üzerinde olması, kan basıncı değerinin tek ölçümde sistolik kan basıncının 160 mmHg ve diastolik kan basıncının 110 mmHg'dan yüksek olması veya 30 dakika arayla yapılan iki ölçümde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve diastolik kan basıncının 90 mmHg üzerinde olması durumunda hekime haber verilmelidir (National Institute for Health and Care Excellence 2017). Kan basıncı ölçümlerinin kontraksiyon aralarında alınması uygun olup, kontraksiyon sırasında kan basıncı değerinde 5-10 mm Hg artma olabilmektedir (Erenel ve Vural 2020). Kadının vücut sıcaklığının tek ölçümde 38,0 C ° ve üzerinde olması veya bir saat arayla yapılan iki ölçümde 37,5 C ° ve üzerinde olması, fetal kalp atım hızının dakikada 110 altında veya 160 üzerinde olması, erken membran rüptürü, aralıklı oskültasyon, fetal kalp hızında duyulan yavaşlama ve gebe tarafından bildirilen 24 saat içinde fetal hareketlerde azalma olması hekime haber vermeyi gerektiren diğer durumlardır (National Institute for Health and Care Excellence 2017; Taşkın 2020). Gebenin yaşam bulguları riskli gebelerde ve doğumun ilerleyen evrelerinde sıklığı artırılarak en az her 4 saatte bir değerlendirilmelidir (Erenel ve Vural 2020; Çoşkun 2021).

Doğumhaneye kabulde tıbbi öykü alınması diğer önemli noktadır (National Institute for Health and Care Excellence 2017; Erenel ve Vural 2020; Çoşkun 2021). Öykü alınırken; göz teması kurmak, kendini tanıtmak, gebeye ismiyle hitap etmek, açık uçlu sorular sorarak konuşmaya teşvik etmek ve gebenin sorularını cevaplandırmak son derece önemlidir. Kadının tıbbi öyküsünde önceki ve şimdiki gebeliği ile ilgili olası risk faktörleri analiz edilerek gestasyonel yaşı, gebelik sırasında

yaşanan tıbbi sorunlar, sistemlerin değerlendirilmesi, geçmiş gebeliklerin süresi ve sonuçlanma şekilleri değerlendirilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence 2017; Taşkın 2020). Bununla birlikte doğum öncesi bakım alma durumu sorulmalı, gebenin risk değerlendirmesi yapıldıktan sonra doğumun başlama belirtileri, kontraksiyon sıklığı, membranların açılma durumu, nişanenin/vajinal kanamanın olma durumu, fetal hareketler, alerji öyküsü, son beslenme zamanı, herhangi bir ilaç kullanma durumu sorgulanmalıdır (National Institute for Health and Care Excellence 2017; Erenel ve Vural 2020; Çoşkun 2021). Membranlar açıldı ise amniyon sıvısının gelme zamanı kaydedilip sıvının rengi, kan içerme durumu, mekonyum ve koku yönünden değerlendirme yapılmalıdır (Erenel ve Vural 2020; Çoşkun 2021).

4.7 İNTRAPARTUM DÖNEMDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR DOĞRULTUSUNDA DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMI

Tarih boyunca kadınlar doğum yapma sürecinde destek almışlardır (Karaçam ve Akyüz 2011; Hodnett ve ark. 2012; Bohren ve ark. 2017; İşbir ve Serçekuş 2017; Çevik ve Yanikkerem 2021). Doğum sırasında destekleyici bakım; kadının güçlü yanlarını kullanmasını sağlayarak kadınların gereksinimleri (Bohren ve ark. 2017) ve istekleri doğrultusunda (Barrett ve ark. 2010; Nikula ve ark. 2015) kaygısını, rahatsızlığını, yalnızlığını ve tükenmişliğini azaltmaya yönelik verilen tıbbi olmayan bir bakımdır (Bohren ve ark. 2017; Çevik ve Yanikkerem 2021). Bununla birlikte, doğum sırasında destekleyici bakım; kadınların bireysel özellikleri ve istekleri doğrultusunda mevcut koşulları ve olanakları göz önünde bulundurularak, doğum süreci boyunca kadınların güvenli ve faydalı bakım almasını içermektedir (Barrett ve ark. 2010; Nikula ve ark. 2015; Çevik ve Yanikkerem 2021).

Birçok ülkede 20. yüzyılın ortalarından bu yana sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumlarda artış görülmektedir. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre 2019 yılında doğumların %97'si (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 raporuna göre doğumların %98,9'u sağlık kurumlarında gerçekleşmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018). Gelişmiş ülkelerde teknolojinin gelişmesine paralel olarak anne ve fetus sağlığının değerlendirilmesinde kullanılan tanı yöntemlerinin ve doğum sürecinde medikalizasyon uygulamalarının artış göstermesi doğal doğum sürecinin olumsuz etkilenmesine ve kadınların sağlık

kurumlarında rutin uygulanan girişimlere maruz kalmasına yol açmaktadır (Barrett ve ark. 2010; Nikula ve ark. 2015; Ondeck 2019; Çevik ve Yanikkerem 2021). Evde doğumların yerini hastanede doğumların almasıyla birlikte doğum sırasında uygulanan destekleyici bakım uygulamalarının azaldığı belirtilmekle birlikte (Bohren ve ark. 2017), günümüzde destekleyici bakıma olan gereksinimin artması nedeniyle bu alanda yapılan çalışmalar her geçen gün artış göstermektedir (Wolf ve ark. 2019; Bayrı Bingöl ve ark. 2020; Pınar ve Demirel 2021).

Yapılan çalışmalarda sağlık profesyonelleri tarafından sunulan destekleyici bakım ve doğum desteğinin kadınların doğuma aktif katılımını sağladığı, kadınların memnuniyetini ve ağrı ile baş etme yeteneğini artırdığı (Bahri ve ark. 2014; Nikula ve ark. 2015; Pınar ve Demirel 2021; Jisha ve Sreeja 2021), algılanan doğum ağrısı, analjezik kullanımı, korku ve anksiyeteyi azalttığı belirtilmektedir (Abushaikha ve Sheil 2006; Nikula ve ark. 2015).

Smith ve arkadaşları tarafından farklı ağrı yönetimi kullanılan 1448 kadının dahil edildiği 14 çalışmanın meta analizinde, üç araştırma akupunkturu (n=496), bir araştırma işitsel analjeziyi (n=24), iki araştırma akupresürü (n=172), bir araştırma aromaterapiyi (n=22), beş araştırma hipnozu (n=729), bir araştırma masajı (n=60) ve gevşemeyi (n=34) incelemiştir. Akupunktur uygulamalarının doğumda ağrıyı azalttığı, hipnoz uygulanan kadınlarda epidural analjezi dahil olmak üzere farmakolojik analjezi gereksinimlerinde azalma olduğu ve kadınların ağrı yönetiminden daha memnun kaldığı, aromaterapi veya işitsel analjezi alan kadınların ağrı durumu için istatistiksel olarak anlamlı fark görülmediği belirtilmiştir (Smith ve ark. 2006).

Doğum sırasında kadının sürekli desteklenmesi üzerine 17 farklı ülkede 26 çalışmanın dahil edildiği 15858 kadını içeren bir meta analizde sürekli doğum desteği alan kadınların vajinal doğum yapma olasılıklarının daha yüksek (düşük kanıt), doğum deneyimlerini olumsuz derecelendirmelerinin (düşük kanıt) ve analjezi kullanma oranlarının daha az olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, bu kadınların doğum sürelerinin daha kısa (düşük kanıt), sezaryen veya enstrümental vajinal doğum olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların bölgesel analjezi alma oranları daha düşük ve bebeklerinin 5. dakika Apgar skorlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Doğumda gebeye destek sunmanın kadınlarda daha az depresif semptom görülmesinde etkili olduğu da belirtilmiştir (Bohren ve ark. 2017).

Doğum eylemi süresince kanıt temelli yaklaşımlarda annenin oral besin alımının kısıtlanmasına yönelik hiçbir gerekçe olmadığı belirtilmekle birlikte düşük riskli

gebelerin oral tanesiz sıvı tüketebileceği önerilmektedir (Alhafez ve Berghella 2020; Erenel ve Vural 2020; World Health Organization 2020). Oral kısıtlama yapıldığı durumda, 250 mL/saat hızında dekstroz içeren intravenöz sıvı verilmesi önerilmektedir (Alhafez ve Berghella 2020). Kanıt temelli yaklaşımlarda hareketi kısıtlamayan, bedenin yer çekimi ile uyumlu çalışabildiği pozisyonların tercih edilmesi vurgulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü kadınların doğum süreci boyunca en rahat ettiği pozisyonda olmalarının desteklenmesini belirtmektedir (Erenel ve Vural 2020; World Health Organization 2020). Rejyonel anestezi uygulanmayan kadınlarda doğumun birinci ve ikinci evresinde dik pozisyonlar önerilmelidir (Ondeck 2019; Alhafez ve Berghella 2020; Wright ve ark. 2021). Literatürde her doğumun eşsiz olduğu, bazı doğum eylemi olgularının hızlı, bazılarının yavaş ilerleyebildiği gebe ve bebeğin durumu iyi olduğu takdirde gereksiz müdahaleden kaçınılmasının önemi vurgulanmaktadır. Doğumun birinci evresinde doğum eyleminin ilerlemesi için saatte yaklaşık bir santimetre dilatasyonun görülmesi, her doğumda aynı olmamakla birlikte saatte bir santimetre ilerlemeyen servikal dilatasyonlar tıbbi müdahale için gerekçe olmamalıdır (Alhafez ve Berghella 2020; World Health Organization 2020; Vogel ve ark. 2021). Tüm kadınların olumlu bir doğum deneyimi yaşama hakkı vardır. Saygı ve haysiyetli bir bakım, seçtiği bir kişinin yanında olması, ağrıyı azaltıcı stratejilerin kullanılması, doğumda hareket serbestliği ve kadının tercih ettiği bir doğum pozisyonu ile doğumlarını yapma hakları olmalıdır (Maputle 2018; World Health Organization 2021; Wright ve ark. 2021; Ravaldi ve ark. 2021).

Dünya Sağlık Örgütü saygılı annelik bakımı almanın gebe kadınların temel bir insan hakkı olduğunu ve intrapartum bakımın temelini oluşturduğuna dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü doğum sürecinde, bakımın her aşamasında basit ve kültürel olarak uygun bir dilin kullanılmasını ve doğumhane personeli ile gebe arasında etkili bir iletişimin kurulmasını, hastane prosedürleri ve amaçlarının her kadına net olarak açıklanmasını, fizik muayene bulgularının kadına ve refakatçisine anlayabileceği dilde anlatılmasını bakımın kalitesinin artmasında önemli olduğu belirtilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence 2017; World Health Organization 2018; Wright ve ark. 2021).

Dünya Sağlık Örgütü kadının kendi seçtiği bir refakatçinin intrapartum süreçte yanında olmasını önermektedir (World Health Organization 2018; Munkhondya ve ark. 2020; Jisha ve Sreeja 2021). İntrapartum dönemde refakatçinin olması doğum deneyimini iyileştirmede güvenli ve etkili bir müdahale olarak bildirilmektedir (Jisha ve Sreeja 2021).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) - Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği intrapartum dönemde sunulacak hemşirelik bakımının doğumun fizyolojik ve psikolojik süreçlerini değerlendirme, doğumda hareket serbestliği sağlama, fiziksel, duygusal, bilgi, savunuculuk desteği sağlama, maternal ve fetal sağlığı değerlendirme, ağrı ile başetme yöntemlerini sunma, refakatçinin doğuma katılımını sağlama ve diğer ekip üyeleri ile iş birliği içinde çalışmayı gerektirdiğini belirtmektedir (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2018).

İnapartum süreçte doğum eyleminin izlemi için en yaygın kullanılan araç partografıdır (Gill ve ark. 2021; Hofmeyr ve ark. 2021). Partograf gebenin yaşam bulgularını, servikal dilatasyonunu, fetal inişini, uterin kasılmaları, doğum sırasında ilaç kullanımını ve fetal sağlığı izlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir (Vogel ve ark. 2021). Partografıta servikal dilatasyonun ilerlemesi saatte bir santimetreden yavaş ise müdahale edilmesi için uyarı ve eylem çizgileri yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlara dayanarak, doğumun birinci ve ikinci evresi için güncellenmiş tanımları ve süreleri içeren, olumlu bir doğum deneyimi için intrapartum bakım hakkında yeni öneriler yayınlamış ve servikal dilatasyonun her gebe için saatte bir santimden az olmasının tek başına obstetrik müdahale için tek endikasyon olmaması gerektiği sonucuna varmıştır (World Health Organization 2020). Kanıta dayalı araştırma sonuçları neticesinde partografıta bazı değişiklikler yapılmıştır. Partografıta destekleyici bakım müdahalelerinin kullanımının izlenmesi, saatte bir santimetre servikal dilatasyon için alert (uyarı) ve action (aktivite) çizgilerinin kaldırılması, kadınların doğum sürecinde kararlara katılım durumunun takibi gibi değişiklikleri içermektedir (World Health Organization 2020; Vogel ve ark. 2021).

Dünya Sağlık Örgütünün yeni partograf ile ilgili rehberinde intrapartum dönemde kadınların saygılı annelik bakımı uygulamasını teşvik etmek, olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağlamak, doğum eylemi boyunca destekleyici bakım sunmak, anormal bulguların tespit edilmesi ve doğumda gereksiz müdahalelerden kaçınılması

[illegible]

Dünya Sağlık Örgütü doğum sırasında destekleyici bakımın sürekli sunulması ve değerlendirilmesi gerektiğini belirtmekte ve dokümantasyonu kolaylaştırmak için destekleyici bakımın sağlanmasına ilişkin gözlemlerin her saat kaydedilmesini önermektedir. Destekleyici bakım ile ilgili doldurulmuş örnek Şekil 6’da sunulmuştur. Destekleyici bakım değerlendirme rehberi Tablo 1’de sunulmuştur (World Health Organization 2020).

WHO LABOUR CARE GUIDE

Name Mary Jane Williams Parity 2 Labour onset spontaneous Active labour diagnosis [Date 06/07/20]

Ruptured membranes [Date 06/07/20 Time 5:00] Risk factors History of stillbirth; anaemia

Time	6:00	7:00	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Hours	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
ALERT	← ACTIVE FIRST STAGE →												← SECOND STAGE →			
SUPPORTIVE CARE	Companion	N	(N)	Y												
	Pain relief	N	(N)	Y												
	Oral fluid	N	Y	Y												
	Posture	SP	MO	(SP)												

42

Tablo 1. Destekleyici Bakım Değerlendirme Rehberi

	Adım 1: Değerlendirme	Adım 2: Kayıt	Adım 3: Kontrol et	Adım 4: Plan
Açıklama	Kadının, değerlendirme sırasında yanında bulunan ve destek sağlayan kendi seçtiği bir refakatçisi var mı?	Y =Yes (Evet) N= No (Hayır) D= Declined (Reddetti)	Uyarı: N= No (Hayır)	• Eğer “Hayır” kaydettiyseniz, kadının tercih ettiği bir refakatçiyi bulmayı teklif ediniz. • “Evet” veya “Reddediyor” kaydettiyseniz doğum ve doğumun ilerleyen sürecinde değerlendirmeye devam ediniz.
Ağrı azaltma	Kadın herhangi bir ağrı kesici aldı mı?	Y= Yes (Evet) N=No (Hayır) D= Declined (Reddetti)	Uyarı: N=No (Hayır)	• “Hayır” olarak kaydettiyseniz, kadının tercihlerine, ağrı kesicinin bulunup bulunmadığına ve deneyiminize göre ağrı kesici öneriniz. • Komplikasyonları veya fentanil, diamorfin ve petidin gibi opioidlerin kullanımı önlemek için en düşük etkili lokal anestezi konsantrasyonunda bir epidural sunabilirsiniz. Kadının tercihine göre kas gevşetme, nefes alma, müzik, mindfulness ve manuel teknikleri gibi gevşeme teknikleri kullanılabilir.
Oral sıvı	Kadın, son değerlendirmesinden bu yana oral sıvı aldı mı?	Y=Yes (Evet) N=No (Hayır) D=Declined (Reddetti)		• “Hayır” olarak kaydettiyseniz, hafif bir diyet ve istediği sıvıyı içmeye teşvik ediniz.
Postür	Kadın doğum eylemi boyunca ve doğumda hangi pozisyonu seçiyor?	SP=Supine MO=Mobil (yürüme, sol yan, çömelme, diz çökme, ayakta durma)	Uyarı: SP=Supine	• “Supine” kaydettiyseniz, doğumun ilk aşamasında kadını serbestçe dolaşmaya teşvik ediniz. • Doğumun her aşamasında kadının pozisyon seçimini (sol yan, çömelme, diz çökme, refakatçi tarafından desteklenme) destekleyiniz.

Kaynak: World Health Organization. WHO labour care guide: user’s manual 2020;12.

Lancet'in Anne Sağlığı Serisinde saygılı bir bakım çerçevesinde önerilen ve tavsiye edilmeyen klinik uygulamaları inceleyen sistematik bir derlemede intrapartum dönem için öneriler aşağıda verilmiştir.

- Kadınlara bir ebe tarafından bire bir sürekli destekleyici bakım sağlama
- Kadınların doğumda yanında istedikleri bir kişiyi seçmelerine izin verme ve bunu teşvik etme
- Her kadına saygılı davranma, kadına bilgi verme, beklentilerini sorma ve bakımı ile ilgili kararlara dahil etme
- Kadınların psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını göz önünde bulundurma
- Kadınların ağrı düzeyini ve ağrı kesici gereksinimini değerlendirme (farmakolojik ve farmakolojik olmayan)
- Kadınların hafif yiyecekler yeme içmesine izin verme ve teşvik etme
- Kadınları sırtüstü pozisyon hariç herhangi bir pozisyonda hareket etmeye ve bu pozisyonları benimsemeye teşvik etme ve yardım etme
- Kadınları ıkınma hissi hissettiklerinde bebeklerini itmeleri gerektiğini söyleme
- Üçüncü aşamanın aktif yönetiminin postpartum kanamayı önlediği konusunda bilgilendirme
- Doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede kadınların bebeği ile ten tene temasını sağlama
- Doğumdan sonraki ilk saat içinde kadınlar ile yenidoğanların bir arada kalmasını sağlama
- Doğumdan sonraki ilk saatlerde emzirmeyi teşvik etme ve destekleme (Miller ve ark. 2016).

İnapartum dönemde önerilen pozisyonlar Şekil 7'de sunulmuştur.



Şekil 7. İntrapartum Dönemde Önerilen Pozisyonlar

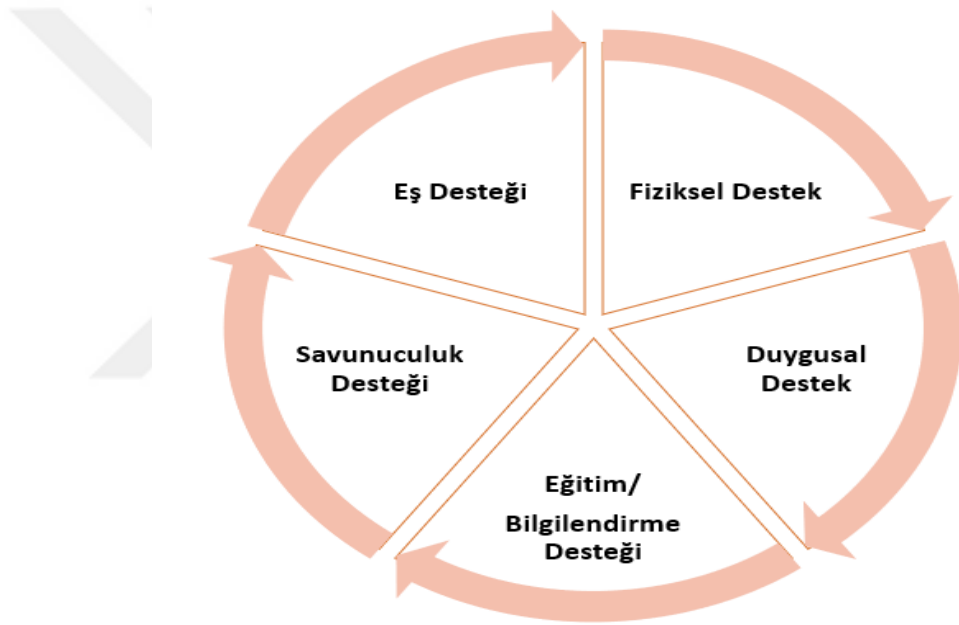
Kaynak: The Royal College of Midwives önerileri 2018. (<https://uat.rcm.org.uk/resources/?query=positions+in+labour+poster> Erişim tarihi: 10 Ağustos 2021)

4.8 İNTRAPARTUM DÖNEMDE DESTEKLEYİCİ BAKIM TÜRLERİ

İntrapartum dönemde destekleyici bakım doğum sürecinde önemli rol oynamakta olup, genellikle hemşireler ve ebeler tarafından verilmektedir (İşbir ve Serçekuş 2017). Rubin, intrapartum dönemde kadınlara verilen destekleyici bakımın, ebeler ve hemşireler için temel bir teori olan “sosyal destek teorisi” ile yapılandırarak, ebe ve hemşirelerin sosyal destek sistemindeki rollerini tanımlamıştır (Sletuel 2003). Bu rollerin başında kadının doğum yapma gücünü kendi kontrolünde kullanmasını sağlama gelmektedir (Sletuel 2003; Karaçam ve Akyüz 2011). Bununla birlikte kadına

sosyal ve duygusal destek sunma, kadını bilgilendirme, takdir etme, kadınların rahatlığını sağlayıcı bakım sunma hemşire ve ebelerin rolleri arasında yer almaktadır (Sletuel 2003; Karaçam ve Akyüz 2011; Hanson ve VandeVusse 2014).

Literatürde intrapartum dönemde destekleyici bakım ve doğum desteği farklı permütasyonlarla tanımlanmış olup, savunuculuk desteği (Hodnett ve ark. 2007; İşbir ve Serçekuş 2017; Erenel ve Vural 2020; Jisha ve Sreeja 2021), eğitim/bilgilendirme desteği, duygusal, fiziksel destek (Sleutel 2003; Akbarzadeh ve ark. 2016; İşbir ve Serçekuş 2017; Erenel ve Vural 2020; Jisha ve Sreeja 2021) ve eş/partner desteğini içermektedir (Fathi Najafi ve ark. 2017; Narman 2019). Şekil 8’de intrapartum dönemde destekleyici bakım türleri sunulmuştur.



Şekil 8. İntrapartum Dönemde Destekleyici Bakım Türleri

Kaynak: Çevik E, Yanikkerem E. İntrapartum Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda Sunulan Hemşirelik Bakımı. İçinde: Eti Aslan F. Güncel Hemşirelik Çalışmaları. 1. basım. Akademisyen Kitabevi A. Ş.: Ankara; 2021, s:189-199.

a. Fiziksel Destek: İntrapartum dönemde doğum odasının ve çevre şartlarının kadınların huzuru ve doğum deneyimi üzerine etkisi olduğu belirtilmektedir (Nielsen ve Overgaard 2020). Kadınların fiziksel olarak rahat hissetmeleri için doğum odasının kadınların gereksinimlerine göre düzenlenmesi, hastane ortamında stres ve kaygı yaratan faktörlerin azaltılması önemlidir. Uygun çevre koşullarının oluşturulması kadın ile eşi arasında fiziksel ve duygusal etkileşimi desteklemekte ve böylece çiftlerin

doğum ile ilgili kaygılarının azalmasına yardımcı olmaktadır (Nielsen ve Overgaard 2020; Jisha ve Sreeja 2021). İntrapartum dönemde fiziksel destek; ısı, ışık, gürültü ve koku gibi çevresel faktörlerin kontrolünü sağlama (İşbir ve Serçekuş 2017; Fathi Najafi ve ark. 2017), kadına uygun pozisyon verme, kadının hareket etmesini sağlama, masaj uygulama (Sletuel 2003; Akbarzadeh ve ark. 2016; İşbir ve Serçekuş 2017; Fathi Najafi ve ark. 2017; Wolf ve ark. 2019; Erenel ve Vural 2020), terapötik dokunma (Pinar ve Demirel 2021), soğuk ve sıcak uygulama, kadının hijyen, eliminasyon ve beslenmesine destek olma (Sletuel 2003; Bahri ve ark. 2014; İşbir ve Serçekuş 2017; Erenel ve Vural 2020; Kaçar ve Yazıcı 2020), müzik dinletme, duşa girmesini sağlama gibi bakım uygulamalarını kapsamaktadır (Sletuel 2003; Karaçam ve Akyüz 2011; Bohren ve ark. 2017; Wolf ve ark. 2019). Bununla birlikte; gebenin kuruyan dudaklarının ıslatılması için buz parçalarının verilmesi, fiziksel rahatı için çarşaflarının değiştirilmesi, 1-2 saatte bir idrar yapmasının sağlanması gibi aktiviteler fiziksel destek kapsamında yer almaktadır (Erenel ve Vural 2020). Tablo 2’de fiziksel doğum desteğinin kategorileri ve bu bağlamda yapılacak uygulamalar gösterilmiştir (Adams ve Bianchi 2008).

Tablo 2. Fiziksel Destek Kategorileri ve Uygulamalar

Kategori	Uygulamalar
Çevresel kontrol	Oda sıcaklığı, gürültü ve koku kontrolü, loş ışıklar, kişisel eşyaların düzenlenmesi
Doğumun I. evresinde pozisyon	Dik duruş, yürüme, sallanma, eğilme, diz-göğüs/ diz-dirsek pozisyonu, oturma, çömelme, semi-fowler, sims’ pozisyonu
Doğumun II. evresinde pozisyon	Diz-göğüs/ diz-dirsek, çömelme, semi-fowler, sims’ pozisyonu
Dokunma	Masaj, basınç uygulama
Sıcak ve soğuk uygulama	Buz torbası, soğuk su torbaları, sıcak su torbaları, sıcak battaniye uygulaması
Hijyen	Perine banyosunun sağlanması, ağız bakımı, perine bakımı, çarşafların değiştirilmesi, kıyafetlerin değiştirilmesi
Hidroterapi	Duş, küvet kullanımı
İdrar boşaltımı	Mesaneyi sık boşaltmaya, banyoya yürümeye teşvik etmek
Beslenme	Buz parçalarının hazırlanması
Eşe destek	Beslenme, fiziksel rahatlık, çevre kontrolü

Kaynak: Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2008; 37: 106-115.

b. Duygusal (Emosyonel) Destek: İntrapartum dönemde kadını doğum salonuna ilk geldiğinde olumlu karşılama (örneğin hastanemize hoş geldiniz) (Nielsen ve Overgaard 2020), kadına empatik ve saygılı davranma, kadını dinleme, soru sormasına izin verme ve kadını koşulsuz destekleme duygusal destek davranışları arasında yer almaktadır (Sleutel 2003; Erenel ve Vural 2020). Aynı zamanda doğumda annenin yanında kalma (Sleutel 2003; Wolf ve ark. 2019), göz teması kurma (Sleutel 2003; Kriebs 2019; Erenel ve Vural 2020; Kaçar ve Yazıcı 2020), eline dokunma (Sleutel 2003; Kriebs 2019), dikkati başka yöne çekme (İşbir ve Serçekuş 2017; Erenel ve Vural 2020), sözlü/sözsüz anlatım, olumsuz düşünceleri olumluya çevirme, maneviyatı kabullenme (dua, meditasyon) (İşbir ve Serçekuş 2017), övgü (Wolf ve ark. 2019), ulaşılabilir olma, cesaretlendirme, takdir etme (Maputle 2018; Erenel ve Vural 2020; Kaçar ve Yazıcı 2020), kadına güven verme (Fathi Najafi ve ark. 2017; Maputle 2018; Erenel ve Vural 2020) ve mizahı terapötik olarak kullanma (kadının doğum eyleminin komik yönlerine odaklanmasını sağlama) gibi faaliyetleri içermektedir (Narman 2019).

İntrapartum dönemde kadına duygusal destek sunulması kadının kendini daha rahat ve güvende hissetmesini sağlamasının yanı sıra doğum yaptığı sağlık kurumuna aidiyet duygusu yaşamasına yol açmaktadır (Sleutel 2003; Ondeck 2019; Pınar ve Demirel 2021). Rubin; doğumda duygusal desteğin temel niteliğini, annelerin bireysel güçlerini ve yeteneklerini geliştirmeye yönelik bir strateji geliştirmek olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte doğum sürecince gebenin çabalarını onaylayarak gebeye destek olunmasının da önemli olduğu vurgulanmaktadır. Emosyonel desteği örnek ile açıklayan Rubin “*Bu kasılmalar gerçekten güçlüdür. Harika bir iş çıkarıyorsunuz!*” diyerek gebelerin moral ve motivasyonunu yükseltmek gerektiğini savunmaktadır (Sleutel 2003). İntrapartum dönemde duygusal destek güvenlik, rahatlık, önemsenme ve kontrol hissi yaratmaktadır (Ondeck 2019; Erenel ve Vural 2020). Duygusal destek kadının pozitif düşünmesine, korku ve anksiyete duygularının azalmasına katkı sağlamaktadır (Erenel ve Vural 2020). Doğumda duygusal desteğinin kategorileri ve sunulacak uygulamalar Tablo 3’te sunulmuştur (Adam ve Bianchi 2008).

Tablo 3. Duygusal Destek Kategorileri ve Uygulamalar

Kategori	Davranış türü	Uygulamalar
Dikkat dağıtma		Odak noktasını değiştirme, dikkati başka yöne çekme, görselleştirme, hipnoz, ritüeller, sohbet
Etkili bakım davranışları	Sözlü ifade	Kelime ya da ifadeleri onaylamak, yumuşak ton, sakin ses tonu, kendinden emin, cesaretlendirici sözler, övgü
	Sözsüz ifade	Sürekli bakım, göz teması, esnek, müdahale etmeyen, mütevazı bakım, güler yüzlü olmak
Hemşirelik girişimleri		Fiziksel ve duygusal girişim, iş birliği içinde güven verici ilişki kurmak
Mizahı terapötik kullanma		Doğumun olumlu unsurlarına odaklanmasına yardımcı olma, mizahın uygun şekilde kullanılması
Yeniden odaklanma		Olumsuz düşünceleri olumluya dönüştürmek
Maneviyat		Maneviyatı kabullenme, dua, meditasyon, şarkı, ilahi söylemek
Eşe destek		Cesaretlendirme, övme, rahatlatma, güven

Kaynak: Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2008; 37: 106-115.

c. Bilgilendirme ve Eğitim Desteği: İntrapartum dönemde kadınlara, eşlerine veya refakatçilerine etkili iletişim kullanarak hastane prosedürleri, muayene, uygulanacak işlemler ve doğum süreci hakkında bilgi vermelidir. Bununla birlikte intrapartum dönemde bilgilendirme ve eğitim desteği etkili iletişim teknikleri kullanılarak kadının durumu ve doğum süreci, farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrıyı azaltma yöntemlerini açıklama, kadına yol gösterme, kadının yaşadığı problemlerle baş etmesine yardımcı olma, solunum, gevşeme egzersizleri ve ıkınma tekniklerini öğretmeyi içermektedir (Karaçam ve Akyüz 2011, İşbir ve Serçekuş 2017; Erenel ve Vural 2020; Kaçar ve Yazıcı 2020). Kadına sunulacak bilgilendirme ve eğitim desteği gebenin ağrı ile başa çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Sletuel 2003; Akbarzadeh ve ark. 2016). Eğitim/bilgilendirme desteği kategorileri ve davranışları Tablo 4'te sunulmuştur (Adam ve Bianchi 2008).

Tablo 4. Eğitim/Bilgilendirme Desteği Kategorileri ve Uygulamalar

Kategori	Davranış türü	Uygulamalar
Etkili iletişim teknikleri	Sözlü ifade	Yansıtma, yeniden ifade etme, uygun kelime ve ifadelerin seçimi, kültürel kelimelerin seçimi, tercüman kullanımı
	Sözsüz ifade	Mimikler, beden dili, göz teması, kültürel davranışlar
Eğitici	Solunum şekilleri	Abdominal solunum, solunum şekilleri, nefes alma düzeyleri
	Rahatlama teknikleri	Dokunma, gevşeme tekniklerinin öğretilmesi
	İkınma teknikleri	Açık glotis, kapalı glotis
Bilgilendirici	Rutinler	Çevreyi tanıtmaya, bakım planı, tıbbi terimlerin yorumlanması, doğum süreci
	Prosedürler	Non-farmakolojik ve farmakolojik ağrıyı azaltma yöntemleri, rutin hastane prosedürleri, fetal monitörizasyon
Eşe destek		Prosedürlerin açıklanması, doğumun ilerleyişi hakkında bilgilendirme, destekleyici davranışlar

Kaynak: Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2008; 37: 106-115.

d. Savunuculuk Desteği: Bu destek kadınların kendilerini değerli ve güvende hissetmeleri için savunmasız kaldığında (Bohren ve ark. 2017; İşbir ve Serçekuş 2017; Narman 2019) veya düşüncelerini dile getirmekte zorlandığı ve söylemekten çekindiği durumlarda kadınların isteklerini onun yerine ifade etmeyi içermektedir (Bohren ve ark. 2017; İşbir ve Serçekuş 2017; Narman 2019; Wolf ve ark. 2019; Erenel ve Vural 2020). Bununla birlikte, doğum sürecinde kadının mahremiyetinin ve gizlilik haklarının korunması, doğum ile ilgili beklentilerinin belirlenmesi ve çatışmaların çözümü savunuculuk desteği içerisinde yer almaktadır (Hodnett 2012). Aynı zamanda bu destek kadının kararlarına saygı göstererek desteklemeyi, güvenliğini sağlamayı problem çözme davranışlarını desteklemeyi ve eşin beklentilerini ifade etmesini de içermektedir (Erenel ve Vural 2020). Doğumda savunuculuk desteği ile ilgili kategoriler ve sunulacak uygulamalar Tablo 5’te sunulmuştur (Adams ve Bianchi 2008).

Tablo 5. Savunuculuk Desteği Kategorileri ve Uygulamalar

Kategori	Davranış türü	Uygulamalar
Saygı		Gizliliğin korunması, savunma, tam ve eksiksiz bilgi sağlama, yargılayıcı olmayan bakım sağlama, hasta haklarını koruma, ilişkilerine saygı duyma
Güvenliğin sağlanması		Olumlu olumsuz duygularını ifade etmesi için destekleme, fiziksel ve duygusal güvenliğini sağlama
Annenin doğum beklentileri	Onun isteklerini dinlemek	Kadını gereksinimlerini, korkularını, kaygılarını sözlü olarak ifade etmeye teşvik etme, seçme hakkı olduğunu belirtme, seçenekleri düşünmesi için zaman verme
	Seçimler yapmasına yardım	Riskleri ve faydaları açıklama, periyodik olarak değerlendirme ve teklif sunma
	Doğum planlaması	İsteklerini kelimeler ve eylemlerle destekleme, kadın için sağlık ekibi ile iletişimde bulunma ve kadının doğum planına yönelik düşüncelerini iletme
Problem çözme		Problem çözme davranışını teşvik etmek, gerektiğinde müdahale etme
Eşe destek		Eşin beklentilerini belirleme, saygı gösterme, eşin kadın için savunucu olması yönünde teşvik etme

Kaynak: Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2008; 37:106- 115.

e. Eş desteği: Kadının eşi için rehberlik ve duygusal desteğin sağlanması eş desteği içerisinde yer almaktadır (Oveysi 2018). Sağlık profesyonelleri doğum sürecinde eşin destekleyici bakıma katılımını sağlayarak içinde bulunduğu duygusal durumunun farkında olmalı, ona cesaret vermeli ve desteklemelidir (Nielsen ve Overgaard 2020). Çünkü eşin duygusal stresinin giderilmesi annenin stresini de hafifletmektedir (Oveysi 2018; Nielsen ve Overgaard 2020; Çoşkun 2021). Eğer eş fiziksel doğum desteği sağlıyorsa, bu onun için yorucu olabilir, eşin enerjisini korumak için sağlık profesyonelleri eşin mola vermesini sağlamalı, fiziksel ihtiyaçlarının karşılaması için teşvik etmeli, bir yastık ve battaniye sunularak gerektiğinde dinlenmesini sağlamalıdır (Oveysi 2018; Nielsen ve Overgaard 2020). Eş desteğinin sağlanması ile kadının eşinin rahatı konusundaki kaygılarından kaynaklanan endişe ve stresi azalacaktır (Nielsen ve Overgaard 2020). Kadın istediği sürece, hastanede kaldığı süreç boyunca, doğum eylemi de dahil olmak üzere aile ve arkadaşlarının

yanında olması desteklenmelidir. Hemşire doğum eylemindeki bireysel bakım planını eşini de kapsayacak şekilde planlamalıdır (Taşkın 2020). İntrapartum dönemde eşin katılımı ile uygulanan destekleyici bakım kadınların kontrol duygusunun artmasına yardım edip, doğumuna etkin katılmasını sağlayıp kadının özgüvenini ve memnuniyetini artırmaktadır (Nielsen ve Overgaard 2020; Taşkın 2020).

İnnatal dönemde aile merkezli doğum kavramı 1970’li yıllarda ortaya çıkmıştır. Aile merkezli doğum kavramı, aileyi “bakım merkezi” olarak ele almakta ve 10 temel prensibe dayanmaktadır. Bu prensipler;

1. Doğum bir hastalık değil, sağlıklı bir olaydır.
2. Prenatal bakım, her kadın ve ailesinin bireysel, psiko-sosyal, fiziksel, ruhsal ve kültürel gereksinimlerine göre özelleştirilmelidir.
3. Kapsamlı bir prenatal eğitim programı ile aileler prekonsepsiyon, gebelik, doğum ve ebeveynlik süreci ile doğuma, postpartum döneme ve yenidoğan bakımına aktif olarak katılır.
4. Annenin seçtiği destekleyici kişiler (eş ya da diğer) antenatal dönemdeki eğitim sürecine, doğuma, postpartum döneme ve yenidoğan bakımına aktif olarak katılır.
5. Sağlık ekibi gebelik, doğum ve postpartum /yenidoğan bakımı dönemleri boyunca aileyi bilgilendirerek ailenin bilinçli tercihler yapmasını destekler.
6. Anne istediği sürece, doğum eylemi de dahil olmak üzere aile ve arkadaşlarının yanında olması desteklenir.
7. Sezaryen doğum gerekmedikçe travay sürecinin ve doğumun aynı odada gerçekleşmesi sağlanır.
8. Bebeğe bakım verecek kişi öncelikli olarak onun annesidir. Anneler bebeklerine bakım verirken ebe/hemşirenin rolü değişir. Ebe ve hemşireler yenidoğanın bakımını direkt olarak sağlamak yerine bakımın anne tarafından sağlanmasına yardımcı olmalıdır.
9. Anne ve bebeğe bakım verilirken, anne ve bebek ayrı olsalar bile bir aile birimi olarak düşünülerek aynı kişi tarafından bakım verilmelidir.
10. Yüksek riskli yenidoğana sahip ebeveynler her zaman bebeklerini görebilme hakkına sahiptir ve yenidoğanın durumuna göre mümkün olduğu ölçüde bebeklerinin bakımına katılırlar (Kömürcü 2014).

4.9 DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMI VE ETKİLERİ

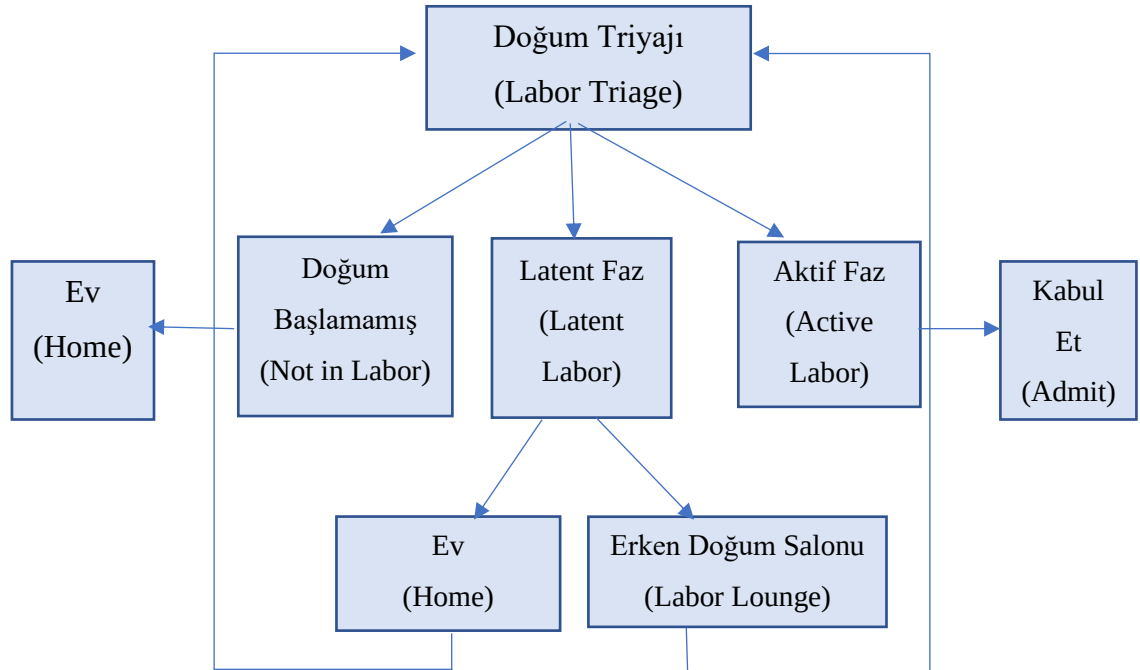
Doğum eyleminin birinci evresinin fazları olan latent, aktif ve geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı oldukça önemlidir (Adams ve Bianchi 2008; World Health Organization 2018; World Health Organization 2020).

4.9.1 Latent Fazda Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımı

Doğum düzenli uterus kontraksiyonlarının başlaması, nişanın gelmesi ve amniyotik membranların yırtılması ile başlamaktadır. Gebelerde ağırlı uterus kontraksiyonlarının başlaması ile güvende olma gereksinimi artmakta ve kadınlar hastaneye doğum yapmak için başvurumaktadırlar (Kobayashi ve ark. 2017; Taşkın 2020). Bu süreçte hastaneye başvuruyu algılanan ağrının şiddeti, kadının kaygı düzeyi, doğum sayısı, antenatal dönemde doğuma hazırlık eğitimi alma durumu gibi birçok faktör etkilemektedir (Kobayashi ve ark. 2017). Nullipar kadınların çoğunlukla latent fazda hastaneye geldiği görülmektedir. Bu da doğum deneyimi yaşamayan kadınların hastaneye başvuru için doğru zamanın ne olduğundan emin olmamasından kaynaklanmaktadır (Çiçek 2016; Paul ve ark. 2017).

Latent fazda gebeler, sağlık profesyonellerinden doğumun ilerleyişi hakkında bilgi alarak yaşadıklarının normal olup olmadığını duymak istemektedirler (Hanada ve ark. 2015; Kobayashi ve ark. 2017). Bu fazı evde geçiren gebeler ise telefon desteği veya profesyonel ev ziyaretleri ile endişe ve streslerini hafifletebilir (Kobayashi ve ark. 2017; Breman ve ark. 2020). Düşük riskli gebelerin latent fazı evde geçirmeleri konusunda desteklenmesi gerekmektedir (Paul ve ark. 2017; Harding ve ark. 2020). Gebelere hidrasyonun önemi, ağrı ile baş etme stratejileri ve hastane ile iletişime geçmesi gereken durumlar hakkında bilgi verilmeli (Harding ve ark. 2020) ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır (National Institute for Health and Care Excellence 2017). Bu süreçte gebenin yanında en az bir kişinin olması önerilmektedir. Eğer yanında kalabilecek bir yakını yok ise sosyal hizmet birimleriyle iletişime geçilmesi sağlanmalıdır (Gill ve ark. 2021). Literatürde akran desteğinin kadınların yaşadığı stres ve endişeyi azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Kobayashi ve ark. 2017). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)-Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği ve American College of Nurse Midwives-Amerikan

Ebeler Hemşireler Derneği'nin önerileri doğrultusunda sağlık hizmeti verenlere yönelik hastaneye yatırılması, erken doğum salonunda gözlem altında alınması ve eve gönderilmesi gereken gebelere ilişkin triyaj akış şeması Şekil 9'da verilmiştir. Doğum eylemi yeni başlayan, eve dönmek istemeyen düşük risk taşıyan gebeler için eğitim desteği sağlamak ve kadınların kaygılarını azaltarak aktif fazda doğumhaneye kabulü teşvik etmek amacıyla erken doğum salonu (Early Labor Lounge) oluşturulmuştur (Paul ve ark. 2017). Erken Doğum Salonu-Early Labor Lounge (ELL) sezaryen doğum oranını azaltmak, farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımını desteklemek ve aktif fazda doğumhaneye kabulün teşvik edilmesine yardımcı olmak amacıyla kadınların yoga, doğum topları, meditasyon, duş imkânı, rebozolar gibi doğumun ilerlemesini destekleyen faaliyetleri kullanması için tasarlanmıştır (Paul ve ark. 2017; Gams ve ark. 2019; Breman ve ark. 2020). Kadın hastaneye başvurduğunda anne ve fetüsün sağlık durumu değerlendirilmektedir. Sonrasında doğum eyleminin başlama durumu, hangi fazda olduğu değerlendirilerek aktif fazda olan gebeler doğum ünitesine kabul edilmektedir. Eğer doğum başlamamışsa kadın eve gönderilmektedir (Paul ve ark. 2017). Latent fazda olan kadınlara eve gitme veya erken doğum salonuna geçme seçenekleri sunulmaktadır (Paul ve ark. 2017; Kobayashi ve ark. 2017).



Şekil 9. Erken Doğum Salonu (Early Labor Lounge) Triyaj Süreci

Kaynak: Breman RB, Low LK, Paul J, Johantgen M. Promoting active labor admission: Early labor lounge implementation barriers and facilitators from the clinician perspective. Nursing Forum. 2020; 55(2): 182-189.

Latent fazda kontraksiyonların şiddeti hafif olup (Taşkın 2020), ilerleme genellikle yavaş seyretmektedir (Kobayashi ve ark. 2017). Latent fazda kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelip, 15-20 saniye sürmektedir. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon sıklığı 5-7 dakikaya inmektedir. Anne heyecanlı ve stresli olabilir (Taşkın 2020). Latent faz, kadınların doğum ile ilgili isteklerini ve analjezi ile ilgili düşüncelerini paylaşmaları konusunda en iyi zamandır. Çünkü gebe bu dönemde iletişime açıktır. Bu nedenle bu fazın etkin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Gebe hastane prosedürleri, doğum yapılacak oda ve vajinal muayene sıklığı hakkında bilgilendirilip soruları yanıtlanmalıdır (Hanada ve ark. 2015; Çakıl 2018; Mete ve Çiçek 2018).

Bu fazda gebenin kendini fiziksel olarak hazırlamasına yardım edilerek (Çakıl 2018; Boz ve ark. 2019) hareket özgürlüğü sağlanmalıdır (Mete ve Çiçek 2018). Bununla birlikte latent fazda kadın ile etkin iletişim kurularak doğumun ilerleyişi hakkında bilgi vermeli ve kadın dikkat dağıtıcı uğraşlara yönlendirmelidir. Bunun yanı sıra doğum süreci boyunca kadına eşlik ederek terapötik dokunma, masaj, dik pozisyonlara yönlendirme, derin nefes alma gibi basit rahatlama teknikleri ve stres yönetimi hakkında kadınlar bilgilendirilmeli ve kadınların bireysel istekleri göz önüne alınarak bu sürece katılması sağlanmalıdır (Çiçek 2016; Kobayashi ve ark. 2017; Boz ve ark. 2019; Türkmen ve Oran 2021; Çoşkun 2021). Aynı zamanda sosyal sohbetler, sevdiği bir şey ile uğraşma, gebenin geçmişte yaşadığı güzel bir olaya konsantre olması, kitap/gazete okuma, müzik dinleme veya televizyon seyretme gibi gebenin tercih ettiği bir uğraşı ile zaman geçirmesi kadının dikkatini başka yöne çekerek ağrı ile baş etmesine yardımcı olmakta ve kasların gevşemesini sağlamaktadır (Hanada ve ark. 2015; Taşkın 2020). Terapötik dokunma bir gevşeme tekniği olup hemşire elini annenin uzanabileceği bir mesafede yatağın kenarına koyarak, dokunma ihtiyacı duyan kadının ihtiyacı olduğunda hemşirenin elini tutması sağlanabilir (Taşkın 2020; Çoşkun 2021).

Gebelere doğum sürecinde destek verilmesi, cesaretlendirilmesi, gevşeme ve stres yönetimi teknikleri kullanılması kadınların doğumla başa çıkma becerilerini geliştirmektedir (Kobayashi ve ark. 2017; The American College of Obstetricians and Gynecologists 2019; Çoşkun 2021). Latent fazda destekleyici müdahaleler (duygusal destek, konfor sağlama, bilgi ve tavsiye, savunuculuk ve kadının partnerini destekleme) ile gebelerin ağrı ile başa çıkması teşvik edilerek gereksiz kaygıları azaltılabilmektedir (Hanada ve ark. 2015). Gebenin yanında bulunan refakatçinin

sakin, huzurlu ve olumlu duygular içinde olması gebede salgılanan doğal oksitosini korumak için önemlidir. Refakatçinin soru sormasına, endişelerini dile getirmesine izin verilmeli ve destekleyici bakım sürecine dahil olması sağlanmalıdır. Gebenin gevşemesini sağlamak ve ağrıya toleransı arttırmak için uterin kasılmaları bir okyanus dalgası olarak düşünmesi sağlanabilir. Oksitosin artışı teşvik etmek adrenalin salınımını azaltmak için mahremiyetin ve güvenin sağlandığı uygun ısıda sessiz ve loş bir ortam sağlanmalıdır (Çoşkun 2021). Böylece destekleyici bakım ile obstetrik müdahaleler, doğum süresi, sezaryen oranları azalırken obstetrik ve yenidoğan sonuçlarının iyileştirilmesi sağlanabilmektedir (Hanada ve ark. 2015).

Latent fazda gebe yorgun ve dinlenmeye ihtiyaç duymadıkça, mümkün olduğunca dik doğum pozisyonları tercih etmesi konusunda desteklenmelidir. Latent fazda membranlar açılmış ve kordon prolapsusu riski varsa gebe supine veya lateral pozisyonda yatırılmalıdır (World Health Organization 2018). Bazı gebeler bu fazda uyumak isteyebilirler. Bu fazda gebelere fiziksel ve emosyonel enerjilerini korumaları önerilmelidir (Çakıl 2018).

Latent fazda gebeler genellikle enerjik olup, bu enerjilerini korumaları için beslenme önemlidir (Kobayashi ve ark. 2017; World Health Organization 2018). Literatürde bu fazda midenin dolu olmasının bulantıyı uyardığı belirtilmektedir. Bu nedenle gebelere sıvı, partikülsüz gıdaların (travay diyeti) önerilmesi vurgulanmaktadır (Çakıl 2018). Dünya Sağlık Örgütü tarafından da düşük risk grubuna giren gebeler için doğum sırasında oral sıvı ve hafif gıda alımı önerilmektedir (Kobayashi ve ark. 2017; Uzel ve Yanikkerem 2018; World Health Organization 2018).

Latent fazda emosyonel distres yaşayan kadınların operatif vajinal doğum olasılığı artmaktadır (Hanada ve ark. 2015). Gebelere doğum sürecinde destek verilmesi, gebelerin cesaretlendirilmesi, gevşeme ve stres yönetimi tekniklerini kullanması kadının doğumla başa çıkma becerilerini geliştirmektedir (Kobayashi ve ark. 2017; American College of Obstetricians and Gynecologists 2019). Hemşire kadını desteklemeli, kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına ve ağrı ile baş edebilmesine yardım etmelidir (Kobayashi 2017; Taşkın 2020).

Solunum teknikleri kadının ağrı eşiğini yükseltmekte, gevşemesini sağlamakta, uterus kontraksiyonları ile baş etmesini artırmakta ve uterus fonksiyonlarının daha etkili olmasını sağlamaktadır. Nefes egzersizlerinin uygulanmasına doğumdan birkaç hafta önce başlanmalıdır. Eğer anne nefes egzersizlerini doğum öncesi dönemde

öğrenmemiş ise bu egzersizler doğumun latent fazında solunum ve ıkınma teknikleri anneye öğretilmelidir (Taşkın 2020).

Lamaze solunum modeli latent fazın başlangıcında ilk aşama normal solunum gebenin burnundan nefes alıp mum üfler gibi dudaklarını büzerek nefes vermesi istenir. Bu sırada sadece göğüs duvarı hareket eder. Solunum hızı 15 saniyede 2 kez olarak ayarlanır (Çiçek 2016; Çakıl 2018; Taşkın 2020). İkinci aşama olan yavaş veya derin göğüs solunumu ile eylemin birinci evresinde kadının doğum dalgalarıyla baş etmesine yardımcı olacaktır (Çiçek 2016; Çakıl 2018). Her kontraksiyonun başlangıcında normal solunum yapılır (Çakıl 2018; Taşkın 2020). Daha sonra 4-5 saniyelik inspirasyonları takiben yapılan 4-5 saniyelik ekspirasyonlar eşliğinde ve dışarıdan duyulabilen bir solunum yapılır. Burundan nefes alınır ve ağızdan verilir. Solunum hızı dakikada ortalama 6 ile 12 arasında değişir. Kadına normal solunum öğretildikten sonra kontraksiyon süresince yavaş ve derin göğüs solunumu yapması yönünde eğitim verilir (Çakıl 2018).

Latent fazın ilerlemiş aşamasında üçüncü düzey hızlı yüzeysel göğüs solunumu yaptırılır. Bu solunum tipi sesli solunum olarak da adlandırılmaktadır. Kontraksiyonlarla baş etmede etkili olan bu solunum yoğunlaşma gerektiren solunum şeklidir (Çakıl 2018). Nefes vermeye “hii” ya da “hoo” sesleri eşlik edebilir. Bu solunumun karın kaslarını kullanılmadan sadece göğüs kasları ile yapılmalıdır. Her bir dalga normal solunum ile başlar (Çakıl 2018; Taşkın 2020). Uterus kontraksiyonlarının sayısı ve sıklığı arttıkça solunum hızı da gittikçe artırılır. Kontraksiyonların şiddeti azaldığında solunum hızı da yavaşlatılır. İki kontraksiyon arasında normal solunuma devam edilir (Çakıl 2018). Uzun süre hızlı solunum yapan kadınlarda hiperventilasyon ortaya çıkabilir. Hiperventilasyon sonucunda oksijen ve karbondioksit dengesi bozulmaktadır (Taşkın 2020). Hiperventilasyonu önlemek için havayı eşit değiştirmek çok önemlidir. Nefes ağızdan alınıp ağızdan verilmelidir (Çakıl 2018). Serviksin tam dilatasyonunun olduğu geçiş fazında kontraksiyon sıklıkları ve şiddeti arttığı için bu fazda daha hızlı ve yüzeysel solunum kullanılır. Kontraksiyonun başında burundan derin bir nefes alınıp, dudaklar büzülerek sığ ve kısa kısa olacak şekilde üç kez ağızdan nefes verilir. Dördüncü soluk mum üfler gibi uzun bir şekilde üfleterek verilir. Solu-üfle solu-üfle şeklindeki soluk kontraksiyon bitene kadar devam ettirilir. Kontraksiyon bittiğinde tekrar burundan derin ve yavaş bir nefes alınıp, dudaklar büzülerek uzun bir şekilde verilir. Kadına nefesine odaklandığında ağrıyı daha az hissedeceği de söylenmelidir (Çiçek 2016). Gebe eylem

boyunca solunum tekniklerini kullanırken hemşire onu desteklemeli ve cesaretlendirmelidir (Taşkın 2020).

İkınma hissinin servikal dilatasyonun tamamlanmasına yakın bir zamanda gelebildiği ve tam açılma gerçekleşmeden yapılan ıkınmanın doğum kanalında ödeme neden olacağı gebeye anlatılmalıdır. Erken gelen ıkınma hissinin azaltmak için, ağızdan nefes alıp geri vermek bunu yaparken hızlı-yüzeysel solunum tipinde abdominal solunum tekniğini kullanmanın önemi kadına doğum öncesi dönem eğitimlerde verilmelidir. İkınma sırasında ise, ıkınma hissinin kaçırılmadan derin bir nefes alarak gaitasını yaparmış gibi ıkınması kadına anlatılmalıdır. Kadınlara kısa süreli spontan ıkınma ya da öğretilmiş ıkınma yöntemleri yerine kendi bedenlerini, içgüdülerini dinlemeleri önerilerek, kendisinin en etkili uyguladığı tekniği kullanması teşvik edilmelidir (Kömürcü 2014; Başgöl ve Beji 2015; Koyucu ve Genç 2016; The American College of Obstetricians and Gynecologists 2019). Kadın ıkınma sırasında gözlenmeli ve 6-8 saniyeden daha fazla nefesini tuttuğu gözlenir ise fetal hipoksi riski oluşacağından nefes alması söylenmelidir (Kömürcü 2014).

4.9.2 Aktif Fazda Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımı

Servikal dilatasyonun 4-7 santimetreye ulaştığı, kontraksiyonların 3-5 dakikada bir aralıklarla gelip, 40-60 saniye sürdüğü aktif fazda gebe kontrolü kaybedeceğinden korkabilir (Çiçek 2016; Taşkın 2020). Akif faz nulliplarlarda yaklaşık 3 saat, multiparlarda 2 saat sürmesi beklenmektedir. Kontraksiyonlar güçlü ve uzun süreli olup, bu fazda, membran rüptürü görüleceği için vajinal akıntı artabilir. Bu nedenle ara çarşafın sık değiştirilmesi gerekmektedir (Taşkın 2020). Doğumun aktif fazında uterus kontraksiyonlarının sıklığı ve süresinin artmasıyla birlikte gebe kendini endişeli ve yorgun hissedebilmekte, iletişim kurmakta zorlanabilmekte (Mete ve Çiçek 2018), doğum üzerindeki kontrolünü kaybedeceğine ve ağrı ile baş edemeyeceğine yönelik korkular yaşayabilmektedir (Çiçek 2016; Taşkın 2020).

Doğumun ilerlemesi ve şiddetlenen kontraksiyonlar aktif fazda kadının dikkatini başka bir yöne çevirmesinde engel teşkil edebilir (Çiçek 2016). Gebeye latent fazda solunum teknikleri ile ilgili eğitim verilmediği durumlarda aktif fazda solunum tekniklerini öğretmek zor olabilir. Hemşireler kadını aktif fazda doğru solunum egzersizlerini uygulaması için yönlendirmeli ve solunum tekniklerini kullanması konusunda cesaretlendirmelidir (Çakıl 2018; Taşkın 2020). Kadına doğum odasında

sakin bir çevre sağlanması ve olumlu geribildirimler verilmesi önemli olup, bu yaklaşım kadının motivasyonunu artırabilir. Yine bu fazda kadının sırtını ovma, sakruma baskı yapma, alnına soğuk kompres uygulama, pozisyon değiştirme ve yastıkla destekleme gibi rahatını sağlayacak önlemler alınmalıdır. Kuruyan dudakların ıslatılması için buz parçaları kullanılması, bir-iki saatte bir idrarını yapması için desteklenmesi ve mahremiyetine dikkat edilmesi önemlidir (Çakıl 2018; Topçu ve Dişsiz 2018; Taşkın 2020; Çoşkun 2021). Doğum eylemi yavaş ilerliyor ve gebe yeterli sıvı alamıyorsa gebenin enerji ihtiyacını sağlamak ve dehidratasyonu önlemek için intravenöz elektrolit solüsyonu başlamak gerekebilir (Alhafez ve Berghella 2020). Bu dönemde membran rüptürüne bağlı vajinal akıntı artacağından çarşafın sık değiştirilmesi sağlanmalıdır (Taşkın 2020). Aktif fazda hidroterapi (küvet ya da jakuzili küvetler ya da duşlar kullanılarak) kullanılabilir (Çakıl 2018; Taşkın 2020). Bununla ilişkili olarak American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) doğumun ilk evresinde suda bulunmanın venöz dönüşü arttırması, gebede ağrı ve rahatsızlık hissini azaltması nedeniyle bu yöntemin yararlı olduğunu belirtmiştir (American College of Obstetricians and Gynecologists 2019).

Doğumun ilerlemesiyle birlikte kontraksiyon sıklığı ve süresinin artmasıyla gebe endişeli, yorgun hissedebilmekte ve bu nedenle gebe ile iletişim kurmak ve onun dikkatini başka yöne çevirmek zorlaşabilir (Çiçek 2016). Bu fazda solunum tekniklerini kullanması için gebe cesaretlendirilir (Taşkın 2020).

Aktif fazda banyo rahatlatıcı etki sağlamakta, ağrı ve basınç hissini azaltmaktadır. Aktif fazda soğuk ve sıcak uygulamalar daha çok kullanılabilir. Kasılma başlangıcında derin bir nefes alarak gerginliği azaltmaya çalışmak gerekmektedir. Kasılmalar yoğunlaştığında ve iki kontraksiyon arasında gebenin dinlenmesine yardım edilmelidir (Simkin ve Bolding 2004; Çakıl 2018; Çoşkun 2021). Gebenin rahatını sağlamak için sırtına masaj yapılabilir. Bunun yanında alnına ve ensesine soğuk kompres koymak kadını rahatlatır (Taşkın 2020).

4.9.3 Doğumun Geçiş Fazında Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımı

Doğumun geçiş fazı servikal dilatasyonun 8-10 santimetreye ulaştığı, uterus kontraksiyonlarının 2-3 dakika aralıklarla ve 60-90 saniye sürdüğü şiddetli kontraksiyonların görüldüğü fazdır (Çiçek 2016; Taşkın 2020). Gebenin bu dönemde anksiyetesi artabilir, yorgun olabilir, ağrı nedeni ile sık sık pozisyonunu değiştirebilir.

Bununla birlikte gebe yalnız kalmaktan korkar, bu nedenle hemşirenin gebeyi yalnız bırakmaması önemlidir. Bu sırada gebenin yanında ona yardım eden bir yakını (eş veya gebenin seçtiği bir kişi) bulunabilir. Gebeye ve yakınlarına hemşireye nasıl ulaşabilecekleri de söylenmelidir. Geçiş fazında gebe bütün enerjisini doğum eylemi ile baş etmeye harcayarak endişeli ve huzursuz olabilir, konuşulanları anlamakta güçlük çekebilir. Kadın kontraksiyon sırasında öfke ve panik yaşayabilir. Geçiş fazında kusma, bulantı, terleme, hıçkırık, rektumun üzerinde hissedilen baskıda artma ve ıkınma (defekasyon yapma hissi) meydana gelmektedir (Taşkın 2020).

Geçiş fazında kontraksiyonların şiddeti ve sıklığının artması nedeniyle kadının bilgiyi işleme yeteneği büyük ölçüde azalmıştır. Gebeye sakin, kendinden emin, güven verici bir dokunuş işe yarayabilir. Kadının her kontraksiyonda övgü ve cesarete gereksinimi bulunmaktadır. Bu fazda gevşemenin önemli olduğu, gevşemenin kadında pelvik tabanın rahatlamasına, fetal başın inişini kolaylaştırmasına ve laserasyonların azalmasına yardımcı olacağı unutulmamalıdır (Çakıl 2018; Uzel ve Yanikkerem 2018). Kadının perinesine sıcak kompres uygulamak kadının gevşemesine yardımcı olabilir (Çakıl 2018).

Geçiş fazında gebenin dudakları hızlı solunum, kusma ve mayi kaybı nedeniyle kuruyabilir. Bu durumda dudakların bir parça buz ya da ıslak bir spanç ile ıslatılması veya nemlendirici sürülmesi kadını rahatlatır. Gebe kontraksiyon aralarında dinlenmeye teşvik edilmelidir. Kadının mahremiyeti korunarak rahat ettiği pozisyon sağlanmalıdır. Bazı gebeler geçiş fazında ayaklarının üşümesinden yakındıkları için kadına çorap giydirerek ayaklarının ısınması sağlanmalıdır. Ter ve amniyotik mayi akışı nedeniyle gebenin giysi ve çarşafı ıslanabilmekte temiz, düzgün ve kuru örtüler ile gebenin rahatının sağlanması önem taşımaktadır (Taşkın 2020).

Gebeyi geçiş fazına hazırlamak için aktif fazda onu ıkınma konusunda bilgilendirmek önemli konulardan biridir (Başgöl ve Beji 2015; American College of Obstetricians and Gynecologists 2019; Taşkın 2020). Gebe serviks tam dilate olmadan ıkınma isteğini belirtir ise ıkınmaması gerektiği ve bu his geldiğinde nefes alarak gevşemesi gebeye öğretilmelidir. Servikal dilatasyon tamamlanmadan bebeğin itilmesi, servikte ödem gelişmesine neden olarak bebeğin inişini engellemektedir (Taşkın 2020). Gebe servikal dilatasyon tam olduğunda (10 cm) ıkınmalıdır. Spontan ıkınma valsalva manevrasına göre tercih edilmelidir (American Congress of Obstetricians an Gynecologists 2019; Taşkın 2020). Bu süreçte gebeye herhangi bir sözel talimat uygulamadan kendi gereksinimlerine göre spontan ıkınma tekniği (açık

glotis) ile ıkınması sağlanmalıdır (Kömürcü 2014; Koyucu ve Demirci 2016; World Health Organization 2018; Acavut ve Güvenç 2020). Spontan ıkınma ile glotis açık olduğu için inleme ve çıkardığı ses gözlemlenir (Kömürcü 2014).

Spontan ıkınma tekniği kullanılan doğumlarda doğum süresinin daha kısa olduğu, laserasyonların daha az görüldüğü, forseps gereksiniminin daha az olduğu, fetüste umbilikal ven PO2 seviyesinin daha yüksek, umbilikal ven PCO2 seviyesinin daha düşük ve umbilikal ven pH düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Valsalva (kapalı glotis) tipi ıkınmada kadının nefesini tutarak uzun süre ıkınması gerektiği için; maternal kan basıncında düşüş, plasental akımda azalma, fetal PO2 ve pH'da azalma, fetal asidemi, fetal PCO2 'de yükselme, fetal kalp atım paterninde bazal atıma dönüşte gecikmeler ile giden deselerasyonlar ve bebekte düşük Apgar skoru gelişebilmektedir. Doğumun ikinci evresinde valsalva manevrasının kullanılması hem anne hem de fetüs üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu literatürde belirtilmektedir (Kömürcü 2014; Koyucu ve Demirci 2016; Acavut ve Güvenç 2020). Dolayısıyla kısa süreli spontan ıkınma ya da öğretilmiş ıkınma yöntemleri yerine kadınların kendi bedenlerini ve içgüdülerini dinlemeleri önerilmektedir (Kömürcü 2014; Erenel ve Vural 2020).

Türkiye'de hastanelerin birçoğunda doğum sırasında kadınlar sırt üstü ya da yarı yatar pozisyonda doğum yapmaktadır. Litotomi pozisyonu sağlık personeli açısından asepisin korunmasında, fetal kalp hızının değerlendirilmesinde, epizyotomi işleminde kolaylık sağlamaktadır. Ancak litotomi pozisyonunda doğumların gerçekleştirilmesi ile yer çekiminin etkisinden daha az yararlanılmakta, aortta daha fazla basınç oluşmakta, uterusun diyafragmaya basınç yapması nedeniyle solunum güçlüğü, pelvisin anterior-posterior ve transfer çıkışlarında daralma oluşabilmektedir (Kömürcü 2014; Erenel ve Vural 2020). Aynı zamanda üst bacağın fleksiyonu sırasında perine ve vajinanın baskı altında kalması epizyotomi gereksinimini artırmaktadır. Dik pozisyonların kan kaybında artış gibi riskleri olmakla birlikte diz çökmek, çömelmek, ayakta durmak ve oturmak doğum eyleminde bebeği itmede önemli pozisyonlardır. Kadınların doğumları sırasında rahat hissettikleri pozisyonda kalması sağlanmalı ve kadının doğum eyleminde aktif rol oynamasına izin verilmelidir. Kadınların doğum öncesi dönemde doğum öncesi hazırlık sınıfları ya da gebe bilgilendirme sınıflarına katılmaları ve bu konuda bilgilendirilmeleri önemlidir (Kömürcü 2014; Erenel ve Vural 2020).

4.10 İNTRAPARTUM DÖNEMDE DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK BAKIMININ DOĞUM EYLEMİNE, ANNE VE BEBEK SAĞLIĞINA ETKİLERİ

İntrapartum dönemde destekleyici hemşirelik bakımının etkisi doğum eylemi, anne ve bebek sağlığı olmak üzere üç ana başlıkta incelenmiştir.

4.10.1 İntrapartum Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Eylemine Etkisi

Literatür incelendiğinde intrapartum dönemde destekleyici hemşirelik bakımının doğum eyleminin süresini kısaltmada etkili olduğu (Hodnett ve ark. 2013; Bohren ve ark. 2017; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2018; Bayrı Bingöl ve ark. 2020; Desmawati ve ark. 2020), oksitosin uygulamasını ve sezaryen doğum oranını azalttığı belirtilmiştir (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2018). Bununla birlikte destekleyici bakım perinatal komplikasyonların görülme sıklığını (Karaçam ve Akyüz 2011), epidural analjezi kullanımını (Hodnett ve ark. 2013; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2018), epizyotomi uygulanmasını (Karaçam ve Akyüz 2011; Gupta ve ark. 2017, Bayrı Bingöl ve ark. 2020) ve perineal travma oranını azaltmaktadır (Karaçam ve Akyüz 2011). Amniyotomi uygulaması ile vakum/forseps kullanım oranının azalması sonucunda annede fiziksel rahatsızlık (yüksek ateş gibi) görülme oranının azalması destekleyici bakımın diğer yararları arasındadır (Karaçam ve Akyüz 2011; Hodnett ve ark. 2013; Kaçar ve Yazıcı 2020).

İntrapartum dönemde kadınlara yapılan masaj uygulamasının algılanan ağrı düzeyini azalttığı (Erdoğan ve ark. 2017; Topçu ve Dişsiz 2018), konfor düzeyini (Türkmen ve Oran 2021) ve doğumdan memnuniyeti arttırdığı belirtilmektedir (Erdoğan ve Yanıkkerem 2017; Türkmen ve Oran 2021).

Literatürde hidroterapinin intrapartum dönemde uygulanmasının doğum ağrısını yönetmede etkili olduğu, kontraksiyonlarının daha ritmik olduğu, gebelerin daha rahat pozisyon aldıkları ve daha rahat hareket ettikleri, analjezik ihtiyacı ve gereksiz müdahale oranlarının azaldığı belirtilmektedir (Topçu ve Dişsiz 2018; Kaçar 2020; Çoşkun 2021). İntrapartum dönemde dik pozisyonların ve mobilizasyonun kullanılması yer çekiminin etkisiyle fetal inişi kolaylaştırmakta, kandaki oksitosin

düzeyini artırarak uterus kasılmalarının etkili olmasını sağlamakta (Desmawati ve ark. 2020; Çoşkun 2021) ve etkili uterus kontraksiyonları sonucunda doğum süresi kısalmaktadır (Kömürcü 2014; Gupta ve ark. 2017; Desmawati ve ark. 2020). Bununla birlikte doğum eyleminde dik pozisyonların kullanılması aorta olan baskıyı azaltarak bebeğe giden oksijen miktarını artırmaktadır (Desmawati ve ark. 2020). Bölgesel anestezi uygulanan kadınlar için doğumun birinci evresinde dik pozisyonların kullanılmasının uygun olmadığı belirtilmiştir (Kömürcü ve ark. 2014).

4.10.2 İntrapartum Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımının Anne Sağlığı Üzerine Etkisi

Gebelere sunulan destekleyici bakım ile kadınlar doğumdan sonra daha az yorgunluk hissetmekte, anne-bebek etkileşimi artmakta (Karaçam ve Akyüz 2011; Bohren ve ark. 2017) kadının kontrol hissi artarak (Ondeck 2019), anneliği daha “kolay” algılamasına neden olmaktadır. Bununla birlikte kadın doğum süreci ile daha iyi baş edebilmekte ve destekleyici bakım ile kadının benlik saygısının daha iyi olduğu belirtilmektedir (Karaçam ve Akyüz 2011; Bohren ve ark. 2017; Ondeck 2019).

Doğum sonrası altıncı haftada destekleyici bakım alanlarda postpartum depresyon ve anksiyete oranının daha az olduğu (Karaçam ve Akyüz 2011; Bohren ve ark. 2017), destekleyici bakım verilen kadınlarda doğum eyleminden memnuniyetinin daha fazla olduğu (Bohren ve ark. 2017; Thomson ve ark. 2019; Bayrı Bingöl ve ark. 2020), kadınların kendilerini daha rahat ve güvende hissettikleri (Boz ve ark. 2019), epidural anestezi gereksinimin daha az olduğu ve daha olumlu doğum deneyimi yaşadıkları belirtilmektedir (Adams ve Bianchi 2008; Bohren ve ark. 2017; Kobayashi ve ark. 2017; Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2018; Thomson ve ark. 2019). İntarpartum dönemde destekleyici bakım verilen kadınların durumluk anksiyete skorlarının daha düşük olduğu, bebeklerini daha az “huzursuz” olarak algıladıkları, emzirme süresinin uzadığı ve daha az emzirme problemi yaşadıkları bulunmuştur (Karaçam ve Akyüz 2011). Bununla birlikte, destekleyici bakım alan kadınların doğum korkusunu daha az yaşadıkları, daha az medikalizasyona maruz kaldıkları, doğum sürecinde daha aktif rol oynadıkları, kendilerini rahat ve güvende hissettikleri, perinatal komplikasyonların (Boz ve ark. 2019; Bayrı Bingöl ve ark. 2020) ve doğumda uygulanmak zorunda kalınan fundal bası oranlarının azaldığı belirtilmiştir (Bayrı Bingöl ve ark. 2020).

4.10.3 İntrapartum Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımının Bebek Sağlığına Etkisi

İntrapartum dönemde destekleyici hemşirelik bakımı ile bebeğin beşinci dakikada Apgar skorunun 7'nin altında olması ve yenidoğan komplikasyonlarının (asfiksi, patolojik sarılık, sepsis, nöbetler gibi) görülme olasılığının daha az olduğu bulunmuştur (Karaçam ve Akyüz 2011; Hodnett ve ark. 2013). Destekleyici bakım alanların anne-bebek etkileşiminin daha iyi olduğu (anneler bebeklerine daha fazla gülümserler ve bebekleri ile daha fazla konuşurlar), emzirmenin daha erken başladığı ve daha uzun süre sürdürüldüğü (Kaçar ve Yazıcı 2020), yenidoğanın yoğun bakım ünitesine alınma oranının ve hastanede kalma süresinin azaldığı belirtilmektedir (Karaçam ve Akyüz 2011; Bahri ve ark. 2014; Bohren ve ark. 2017; Desmawati ve ark. 2020).

4.10.4 İntrapartum Dönemde Destekleyici Bakım ile İlgili Yapılan Araştırmalar

İran'da 80 primigravida üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, doğum odasında rutin obstetrik bakım alan 40 kadın (refakatsiz) kontrol grubunu oluşturmaktadır. Doğum odasında rutin bakıma ek olarak eğitilmiş ebe desteği alan 40 kadın (refakatli) ise müdahale grubunu oluşturmuştur. Bu çalışmada doğumun birinci ve ikinci evrelerinin ortalama süresinin müdahale grubunda daha kısa olduğu bulunmuştur (Khavandizadeh ve ark. 2015).

Amerika Birleşik Devletleri'nde üçüncü basamak perinatal bakım hizmetleri verilen bir hastanede yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, doğumlarında destekçi olan ve 291 gebeden oluşan doula grubu ile destekçi kişiye sahip olmayan 295 gebenin yer aldığı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Doula grubundaki kişilere iki saatlik iki seansta geleneksel doula destekleyici teknikleri öğretilmiştir. Doula grubundaki gebelerin doğum süresinin kısa olduğu, epidural anestezi sırasında daha fazla servikal dilatasyon olduğu ve hem birinci hem de beşinci dakikada bebeklerin Apgar skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Campbel ve ark. 2006).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2011-2012 yılları arasında tekil doğum yapan 2400 kadının verilerinin retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada kadınların %6'sının doğum sırasında doula desteği aldığı, doula desteği alan kadınların sezaryen

oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte doula desteği almayan kadınların %59'unun böyle bir destekten haberdar oldukları, doula desteğinden haberdar olan kadınların %27'sinin doula desteği almak istedikleri bulunmuştur. Çalışmada sürekli doula desteğine erişimin artırılması ile endikasyonsuz sezaryen oranlarının azaltılabileceği vurgulanmıştır (Kozhimannil ve ark. 2014).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada tekil doğum yapan kadınlara (n=2400) uygulanan online anket sonucunda kadınların %99'unun bir tür destekleyici bakım (kadınları rahat ettirmeye yardımcı olma, duygusal destek sağlama, bilgi sağlama) aldıkları bulunmuştur. Kadınların %77'si eşinden veya partnerinden, %46'sı hemşirelerden, %37'si başka bir aile üyesi veya arkadaşından, %31'i doktor, %10'u ebe ve %6'sı douladan destekleyici bakım aldığını belirtmiştir. İntrapartum süreçte kadınların %73'ü nonfarmakolojik ağrıyı azaltma yöntemlerini kullanmıştır. Kadınların %48'i nefes alma teknikleri, %40'ı pozisyon değişikliği, %22'si masaj, akupresür ve %21'i hipnoz, görselleştirme gibi zihinsel stratejiler, %12'si sıcak/soğuk uygulama, %10'u duş alma, %8'i havuz/küvet ve %10'u doğum topalarını kullandığını belirtmişlerdir. Doğum öncesi hazırlık eğitimi alan kadınlarda nonfarmakolojik yöntem kullanımı da daha yüksek bulunmuştur. Vajinal doğumda kadınların %23'ü yarı oturur pozisyonunda doğum yaptığını belirtirken, %3'ü dik pozisyonunda (oturma veya çömelme), %1'i el-diz pozisyonunda doğum yaptığını ifade etmiştir. Hastaneye kabul edildikten sonra yürüyüş yapan annelerin oranı %43 olup, bu grubun vajinal doğum yapma oranı (%69) daha yüksek saptanmıştır. Vajinal doğumda ortalama doğum süresi 9,6 saat, ortanca doğum süresi 8 saat olarak bulunmuştur (Declercq ve ark. 2013).

İsveç'te şiddetli doğum korkusu olan kadınlara verilen sürekli ebelik desteğinin etkilerini belirlemek için deneysel bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada şiddetli doğum korkusu olan kadınlar (n=14) deney grubunu, doğum korkusu olmayan kadınlar (n=28) kontrol grubunu oluşturmuştur. şiddetli doğum korkusuna sahip kadınların doğum sırasında özel olarak görevlendirilmiş bir ebe tarafından sürekli destek alması sağlanmıştır. Deney grubundaki kadınlarda doğum indüksiyonu kullanımı daha fazla iken sezaryen sıklığı açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Deney grubundaki gebelerin doğum sırasında çok yüksek kaygı düzeyi yaşadıkları bulunmuştur. Deney grubundaki multipar kadınların doğumlarının daha kısa sürdüğü saptanmıştır. Beşinci dakikadaki Apgar skorları arasında farklılık saptanmamıştır (Sydsjö ve ark. 2015).

Hindistan’da primipar kadınlarda doğumda yanında kalacak refakatçinin eğitilmesi ile doğum sırasında kaygı, doğum sonucu ve anne memnuniyeti üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, deney grubundaki refakatçiler doğum eylemi ve doğum sırasında destekleyici bakımın boyutlarına ilişkin eğitim almışlardır. Deney (n=17) ve kontrol (n=17) gruplarında eğitilmiş bir refakatçinin varlığının ilk doğumlarda kaygıyı azaltmada, doğum sonucu, doğum süresini iyileştirmede ve anne memnuniyetini artırmada önemli bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Pillai 2021).

İran’da primipar kadınlara doğum eyleminde masaj uygulamasının ve refakatçi varlığının ağrı, kaygı ve memnuniyete etkisini inceleyen bir çalışmada masaj grubunda yer alan 40 gebeye bireysel isteğine göre omuz, sırt, abdominal efloraj ve sakral bası uygulaması latent, aktif ve geçiş fazlarında 30 dakika süre ile uygulanmıştır. Her fazda masaj uygulaması sonrası ağrı, kaygı ve memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir. Refakatçi grubunda ise kadının istediği bir destekçinin doğum süreci boyunca yanında kalması sağlanmıştır. Kontrol grubuna rutin bakım verilmiştir. Masaj grubundaki gebelerin tercihlerine göre gebelerin %91,7’sine sakrum masajı, %2,5’ine omuz masajı, %0,8’ine efloraj, %5,0’ına kombine masaj uygulaması yapılmıştır. Masaj grubundaki gebelerde latent, aktif ve geçiş fazında ağrının azaldığı ve gebelerin memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Mortazavi ve ark. 2012).

Afrika’da intrapartum dönemde ebelerin kadınlara doğum sırasında verdikleri destekleyici bakımı incelemek amacıyla 24 gebe ve 12 ebenin dahil edildiği nitel bir çalışma yapılmıştır. Araştırmada ebelerin %83’ünün gebeye doğum eyleminin ilerlemesi ve fetal durum ile ilgili bilgi verdiği, ebelerin %33’ünün doğum sırasında gebelere saygı gösterdiği, %25’inin gebenin seçimlerini kendisi yapması için teşvik ederek katılımını sağladığı, %25’inin doğum sırasında fiziksel destek uygulamaları yaptığı ve sınırlı duygusal destek sundukları gözlemlenmiştir. Latent fazda gebeler orta şiddetli ağrı yaşadıklarını ifade ederken ebeler gebenin yaşadığı ağrıyı hafif olarak değerlendirdiğini belirtmiştir. Aktif fazda gebe şiddetli ağrı hissederken ebe ağrıyı hafif olarak değerlendirmiştir. Geçiş fazında gebeler ve ebe ağrıyı şiddetli olarak algılamıştır. Gebelerin %96’sı doğuma hazırlık sınıfına katılmamıştır. Gebelere sağlanan bilgilendirme desteğinin kadınların doğuma aktif olarak katılmasını teşvik ettiği, ağrı ve korku durumlarını hafiflettiği bulunmuştur (Maputle ve ark. 2018).

Burdur’da öğrenci hemşireler tarafından verilen destekleyici bakım ile rutin bakımın doğum konforuna etkisinin incelendiği bir deneysel çalışmada, deney

grubundaki kadınlara (n=54) öğrenci hemşire tarafından destekleyici bakım verilirken kontrol grubundaki (n=54) kadınlar rutin bakım almışlardır. Deney grubundaki kadınların Doğum Konfor Ölçeği puan ortalamaları ve fiziksel, psikokültürel konfor alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Kakaşçı ve ark. 2021).

İran’da destekleyici bakım ve akupresürün doğum süresine ve bebeğin Apgar skor puanları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada destekleyici bakım (n=50), akupresür (n=50) ve kontrol grubu (n=50) olmak üzere üç grup oluşturulmuştur. Akupresür grubunda 3-4 ve 7-8 cm dilatasyonda BL32 akupunktur noktasına 30 dakikada bası yapılmıştır. Destekleyici bakım grubunda ise araştırmacı anneye hastaneye yatışından doğuma kadar eşlik etmiş fiziksel, duygusal ve bilgilendirme desteği sağlamıştır. Doğumun ilk evresinin ortalama süresi kontrol grubuna (281,0±79,8 dakika) destekleyici bakım grubuna (157,0±29,5 dakika) ve akupresör grubuna (161,7±37,3 dakika) göre daha uzun olduğu tespit edilmiştir. Doğumun birinci ve ikinci evrelerinin ortalama süresi destekleyici bakım alan grupta en düşük olarak saptanmıştır. Birinci dakika Apgar puan ortalaması sekiz ve üzerinde olma durumu destekleyici bakım alan grupta %86, akupresür grubunda %74, kontrol grubunda %40 iken, beşinci dakika Apgar puan ortalaması sekiz ve üzerinde olma durumu destekleyici bakım grubunda %98, akupresür grubunda %96 ve kontrol grubunda %78 olarak bulunmuştur (Akbarzadeh ve ark. 2016).

İstanbul’da 18-45 yaş arasında olan primipar kadınlara doğum sürecinde sunulan fiziksel desteğin doğum sonuçlarına etkisi randomize kontrollü deneysel bir çalışmada incelenmiştir. Çalışmada deney grubundaki gebelere travay boyunca ayağa kalkmasına ve yürümesine yardım edilmiş, sakrum masajı yapılmış ve nefes egzersizleri yaptırılmıştır. Deney grubundaki 30 gebeye sakrum masajı; aktif fazda 4 kez 5 dakika süre ile uygulanmış, geçiş fazında ise 1 kez 5 dakika sakral masaj uygulanmıştır. Kontrol grubundaki 30 gebeye ise rutin hastane prosedürleri uygulanmıştır. Deney grubunda fiziksel destek sunulan gebelerde travay süresinin kısaldığı (deney grubu:657,9±238,7 dk kontrol grubu:1062±673,1 dk) indüksiyon gereksiniminin (deney grubu: %66,7 kontrol grubu: %89,7), epizyotomi oranının (deney grubu: %50,0 kontrol grubu: %96,2) ve fundal bası oranının azaldığı (deney grubu: %6,7, kontrol grubu: %50), kadınların doğum korkusunu daha az yaşadıkları belirlenmiştir. Deney grubunda olanların doğum memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bayrı Bingöl ve ark 2020).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda verilen destekleyici hemşirelik bakımının algılanan doğum ağrısı ve süresi, durumluk kaygı düzeyi ile anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla deney kontrol gruplu, randomize ve müdahale tipinde bir çalışmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Balıkesir ili kuzeydoğuda Bursa, güneydoğuda Kütahya ve Manisa, güneybatıda İzmir, batıda Ege Denizi ve Çanakkale ile komşudur. İlin topraklarının bir kısmı Marmara Bölgesi'nde, geri kalan kısmı da Ege Bölgesi'nde yer almaktadır. Balıkesir ilinin yüzölçümü 14 299 km², nüfusu ise 2018 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre 1 240 285 kişidir (<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, Erişim tarihi: 18 Ağustos 2021). Balıkesir ilinde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre 12 552 doğum gerçekleşmiş olup, kaba doğum hızı binde 10,3, toplam doğurganlık hızı 1,63'tür (<https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/locale=tr> Erişim tarihi: 18 Ağustos 2021). Bu araştırmanın verileri Eylül 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Balıkesir ilinde bir hastanenin doğum ünitesinde toplanmıştır. Araştırma verilerin toplandığı hastanede kadının kendi seçtiği kadın bir refakatçinin travay süresinde yanında kalmasına izin verilmektedir. Doğum eylemi gerçekleştikten hemen sonra yenidoğanın ve annenin bakımı bu odalarda yapılmaktadır. Doğum sonrası durumu stabil olan anneler bebekleri ile birlikte lohusa servisine getirilerek takip edilmektedir.

5.3 ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Balıkesir ilinde bir hastanenin doğum ünitesine 2019 yılında doğum yapmak için başvuran gebeler oluşturmuştur. Bu hastanede 2019

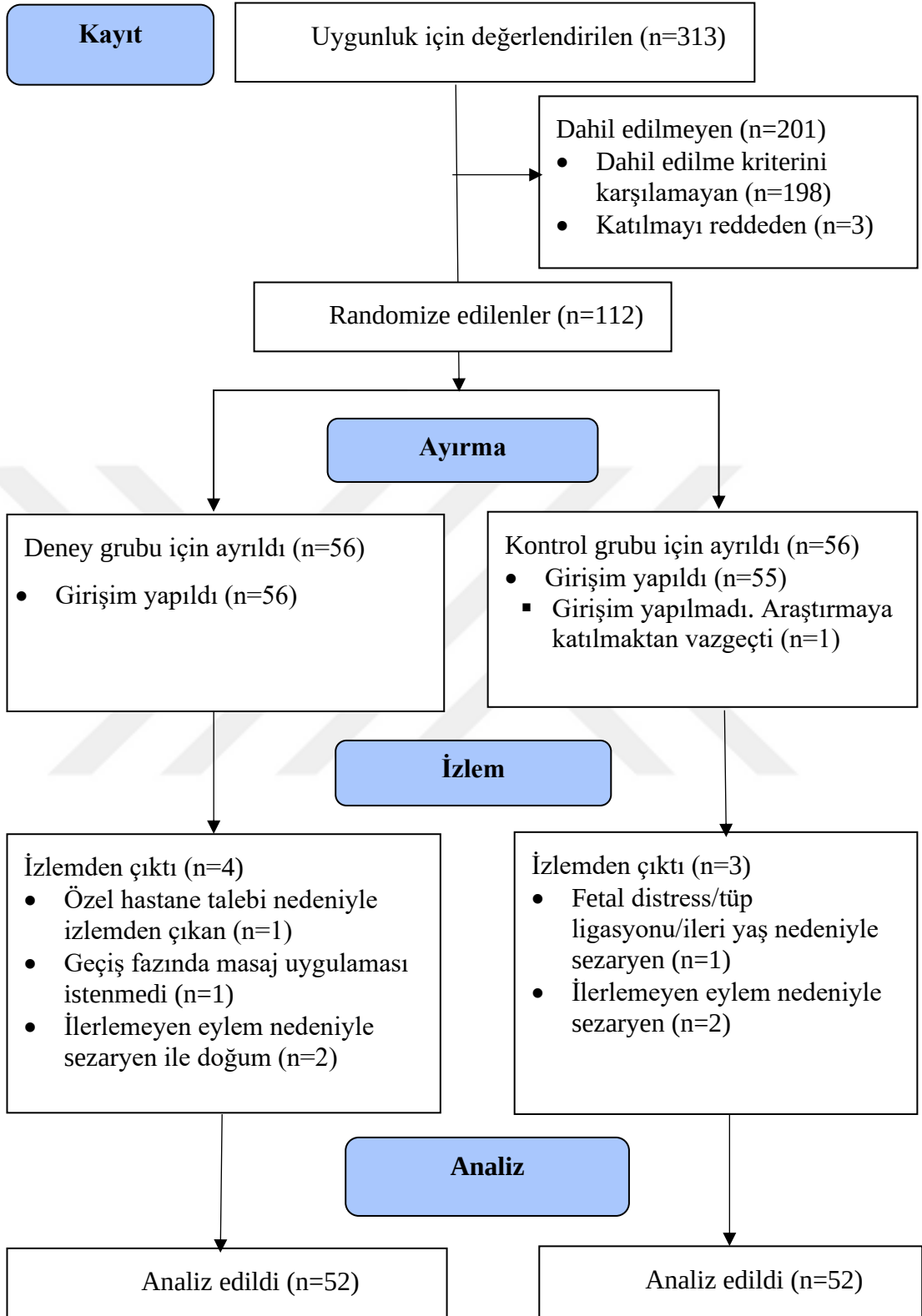
yılında toplam 4634 doğum gerçekleşmiş olup, bunların 2315'i normal doğumdur (<https://balikesirism.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi:18 Ağustos 2021).

Araştırmanın örneklemine doğum ünitesine doğum yapmak için başvuran, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G*power 3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır. Bağımlı iki grup ortalamasının önce ve sonra puan karşılaştırması yapılacağından (paired t testi), çift yönlü hipotez, %5 tip I hata, 0,50 etki büyüklüğü (Cohen's Etki Büyüklüğü), %95 güç ve bire bir eşleştirme ile (Cohen 1988) her bir grupta en az 27'şer kişi olmak üzere minimum 54 kişiye ulaşılması gerekmektedir. Araştırmaya dahil edilen tüm gebelerin araştırmaya devam etme ve etmeme durumları dikkate alınarak her grupta 35'er kişi olacak şekilde toplam 70 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma sonrasında G*power 3.1.9.2 programı ile yapılan güç analizinde de bağımlı gruplarda iki grup ortalamasının önce ve sonra puan karşılaştırması koşullarında, çift yönlü hipotez, %5 tip I hata, 0,63 etki büyüklüğü ile çalışmanın gücü %95 bulunmuştur.

Araştırmada veri toplama süresince uygunluk kriterleri yönünden 313 kişi değerlendirilmiştir. Bu kişilerin 201'i dahil edilme kriterlerini karşılamadığından, 3'ü araştırmaya katılmayı kabul etmediğinden araştırma örnekleme alınmamıştır. Örnekleme alınan 112 kişinin 56'sı deney, 56'sı kontrol grubu olmak üzere yaş, eğitim durumu, beden kitle indeksi, doğum sayısı, gebelik sayısı ve doğum öncesi hazırlık sınıfına katılma durumuna göre randomize edilmiştir.

Deney grubunda izlem aşamasında bir kadın özel hastane talebi nedeniyle, bir kadın geçiş fazında masaj uygulaması istemediği için, iki kadın ilerlemeyen eylem nedeniyle sezaryen ile doğum yaptığı için deney grubundan dışlanmıştır.

Kontrol grubunda olan bir kadın araştırmaya katılmaktan vazgeçtiği için, bir kadın fetal distress/tüp ligasyonu/ileri yaş nedeniyle sezaryene alınması nedeniyle, iki kadın ilerlemeyen eylem nedeniyle sezaryen olduğu için kontrol grubundan dışlanmıştır. Araştırma deney grubunda 52, kontrol grubunda 52 olmak üzere 104 kadın ile tamamlanmıştır. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı Şekil 10'da sunulmuştur.



Şekil 10. CONSORT Akış Diyagramı

5.3.1 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- ✓ Doğum eylemi başlamış olan ve yatışı yapılan 18 yaşından büyük olan gebeler
- ✓ Servikal dilatasyonu 3 cm ve üzeri olan spontan vajinal doğum planlanan gebeler
- ✓ Miadında olan gebeler
- ✓ Tekil gebeliği olan gebeler
- ✓ Doğum eylemini etkileyecek maternal ve fetal komplikasyonu olmayan gebeler
- ✓ Plasenta previa ve ablasyo plasenta tanısı olmayan gebeler
- ✓ Fetal anomalisi olmayan gebeler
- ✓ Erken membran rüptürü olmayan gebeler
- ✓ Narkotik analjezik verilmemiş gebeler
- ✓ Türkçe bilen ve dil iletişim problemi olmayan gebeler
- ✓ Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden gebeler

5.3.2 Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- ✓ Baş-pelvis uygunsuzluğu olan gebeler
- ✓ Önceden sezaryen ile doğum yapanlar
- ✓ Sezaryen doğum planlanan gebeler
- ✓ Herhangi bir sistemik rahatsızlığı olan (Diyabetes mellitus, hipertansiyon vb) gebeler
- ✓ Doğum sürecinde fetal distres ya da hipoksi gelişen gebeler

5.3.3 Deney ve Kontrol Gruplarının Belirlenmesi

Deney ve kontrol grupları literatür doğrultusunda;

- ✓ Yaş grubu,
- ✓ Eğitim durumu,
- ✓ Beden kitle indeksi,
- ✓ Doğum ve gebelik sayısı
- ✓ Doğum öncesi hazırlık sınıflarına katılma durumuna göre (Taghenijad ve ark. 2010;

Erdoğan ve ark. 2017) randomizasyon yapılmıştır. Deney ve kontrol gruplarına seçilecek gebeler bilgisayar ortamında www.random.org internet sitesi kullanılarak randomize edilmiştir.

5.4 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- I. H₀: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının kadının durumluk kaygı düzeyine etkisi yoktur.
H₁: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının kadının durumluk kaygı düzeyine etkisi vardır.
- II. H₀: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının algılanan doğum ağrısına etkisi yoktur.
H₁: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının algılanan doğum ağrısına etkisi vardır.
- III. H₀: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının doğum süresine etkisi yoktur.
H₁: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının doğum süresine etkisi vardır.
- IV. H₀: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının anne memnuniyetine etkisi yoktur.
H₁: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının anne memnuniyetine etkisi vardır.

5.5 BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı Değişkenler: Doğumun latent, aktif, geçiş fazında VAS skorları, Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puanı, doğum süresi ve doğum sonrası anne memnuniyetidir.

Bağımsız Değişkenler: İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda verilen destekleyici hemşirelik bakımı ve kadınların tanıtıcı özellikleridir (yaş grubu, eğitim durumu, beden kitle indeksi, doğum ve gebelik sayısı, doğum öncesi hazırlık sınıfına katılma durumu).

5.6 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları;

- Deney ve Kontrol Grubu için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu
- Durumluk Kaygı Ölçeği
- Vizüel Analog Skala (VAS)
- Ağrı Diyagramı
- Doğum Eylemi Değerlendirme Formu
- Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu
- Rutin Bakım Değerlendirme Formu

5.6.1 Deney ve Kontrol Grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın amacı ve önemi araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere anlatılarak yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu deney grubu için Ek I’de ve kontrol grubu için Ek II’de sunulmuştur.

5.6.2 Gebenin Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu

Bu soru formu gebelerin tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla hazırlanmış 26 sorudan oluşmaktadır. 1-13. sorular gebe ve eşinin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, boy, kilo, sağlık güvencesi ve gelir durumu, sigara kullanma durumu ve medeni durumu), 14-20. sorular kadınların doğurganlık özelliklerini (gebelik sayısı, doğum şekli, düşük, küretaj, ölü doğum öyküsü ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu), 21-24. sorular gebe kalma şekli, doğum öncesi kontrollere gitme ve doğum öncesi hazırlık sınıfına katılım durumu ve doğum öncesi egzersiz yapma durumu, 25-26. sorular ise ağrıyı gidermede kullandığı yöntemler ve doğum ağrısını azaltacağını düşündüğü yöntemlere ilişkin sorulardan oluşmaktadır (Ek III). Bu soru formunda veriler araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler ile doğum ünitesine kabulde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

5.6.3 Durumluk Kaygı Ölçeği

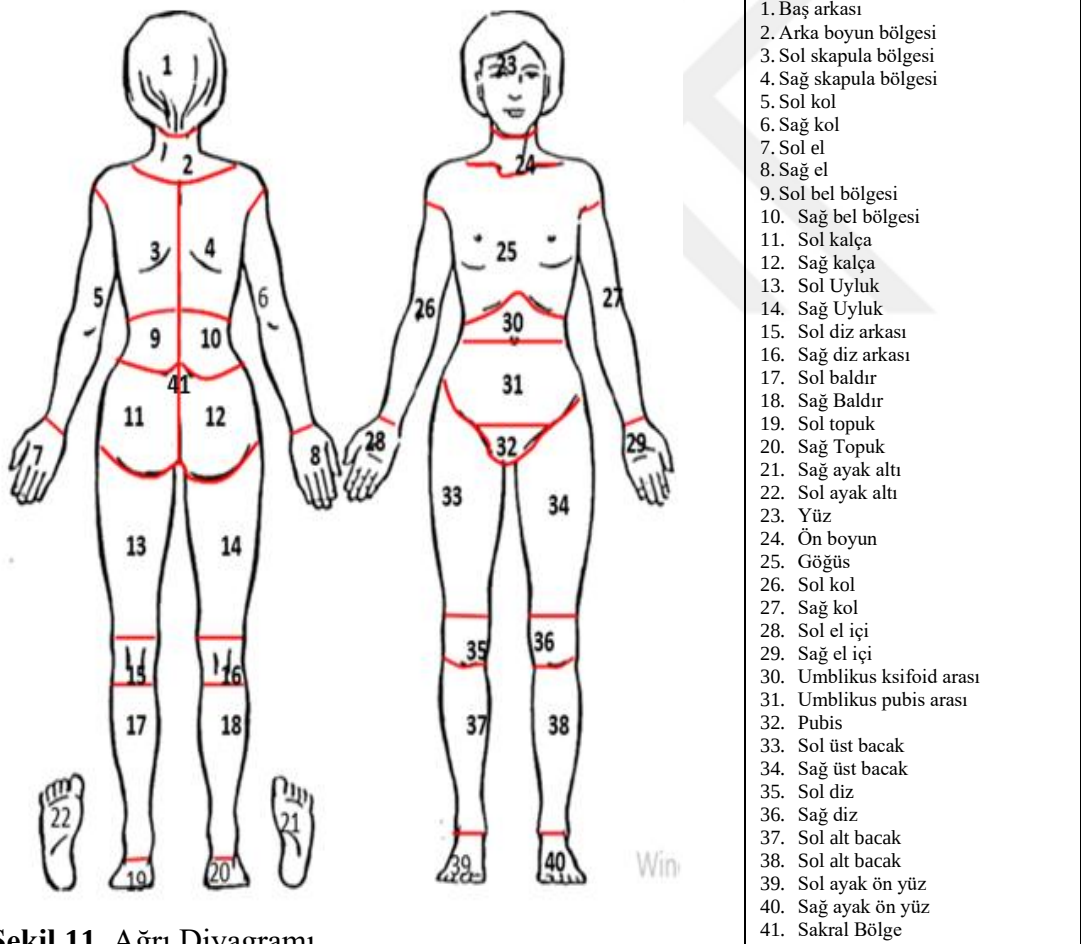
Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipinde olan bu ölçek Amerika Birleşik Devletleri'nde Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir (Spielberger ve ark 1970). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır (Öner ve Le Compte 1983). Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplanması istenen bir ölçektir. O anda kişilerin duygularının şiddetine göre, ölçek maddelerinin her birini, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamıyla ifadelerinden birini seçerek işaretlemeleri istenmektedir. Bu ölçekte 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20. maddeler olumlu duyguları, 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18. maddeler olumsuz duyguları ifade etmektedir. Olumlu duygular ters kodlanmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini göstermektedir. Bu ölçeğin Türkçe uyarlanması Cronbach Alpha değeri 0,94 saptanmıştır (Öner ve Le Compte 1983; Börü 2016) (Ek IV). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,83 bulunmuştur.

5.6.4 Vizüel Analog Skala (VAS) = Görsel Kıyaslama Ölçeği

Vizüel Analog Skala klinikte ağrı şiddetinin ölçülmesinde kullanılan basit, etkin, tekrarlanabilen, minimal araç gerektiren, güvenilir ve kısa sürede uygulanabilen bir ölçüm aracıdır. Vizüel Analog Skala 10 cm uzunluğundaki yatay bir çizgi üzerinde sol ucunda hiç ağrı yok, sağ ucunda ise en şiddetli ağrı ifadelerinin yer aldığı bir skaladır. Kişiden bu 10 cm'lik çizgi üzerinde o anda yaşadığı ağrının şiddetine göre bir noktayı işaretlemesi ya da yaşadığı ağrıya 1 ile 10 arasında bir puan vermesi istenmektedir (Narman 2019). Bu çalışmada VAS skoru; doğum eylemi süresince her fazda (latent faz servikal açıklık 3-4 cm, aktif faz servikal açıklık 5-7 cm ve geçiş fazı servikal açıklık 8-10 cm iken) kadının yaşadığı en şiddetli kontraksiyon sırasında hissettiği ağrıya verdiği puana göre değerlendirilmiştir. Gebelere latent, aktif ve geçiş fazlarında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası Vizüel Analog Skala uygulanmıştır. (Ek V).

5.6.5 Ağrı Diyagramı

Drevin ve arkadaşları tarafından olumsuz çocukluk deneyimlerinin gebelikte başlayan ağrı ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada kullanılan ağrı diyagramı gebelerin ağrının lokalize olduğu bölgelerini tespit etmede kullanılmıştır. Ağrı diyagramı üzerindeki bölgesel sınırlar kişilere gösterilmeden işaretlenebileceği gibi kişiye ağrının yerini kendi vücudunda göstermesi istenerek araştırmacı tarafından diyagrama işaretlenebilmektedir. Ağrının dağılımı önceden belirlenmiş 41 alanda kodlanabilen bir diyagramdır (Drevin ve ark. 2015). Bu çalışmada ağrı diyagramı gebeye doğum eylemi süresince her fazda (latent faz, aktif faz ve geçiş fazında) gösterilerek ağrının lokalize olduğu bölgeyi göstermesi istenmiş ve ağrı olan bölgeye “X” işareti ile işaret konulmuştur (Ek V). Ağrı diyagramı Şekil 11’de sunulmuştur.



Şekil 11. Ağrı Diyagramı

Kaynak: Drevin, J, Stern J, Annerback EM, Peterson M, Butler S, Tyden T, Kristiansson P. Adverse childhood experiences influence development of pain during pregnancy. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2015; 94(8): 840-846.

5.6.6 Doğum Eylemi Değerlendirme Formu

Bu soru formu Sağlık Bakanlığı Doğum Eylemi Gözlem Formu (2019) dikkate alınarak hazırlanmıştır. Bu soru formunda kadının gebelik haftası, doğum ünitesine giriş saati, servikal dilatasyonu ve efasmanı (doğum ünitesine başvuruda, latent, aktif ve geçiş fazında), doğum saati, doğum süresi, doğum ünitesinden çıkış saati, epizyotomi, indüksiyon, lavman uygulanma durumu, laserasyon varlığı ve derecesi, amnion sıvısının durumu, yenidoğanın kilosu, boyu, cinsiyeti, 1. ve 5. dakikalarda Apgar skorları ve annenin vital bulgularına yönelik sorular yer almaktadır. Efasman, dilatasyon, tansiyon, nabız ve çocuk kalp sesi takipleri aynı sağlık personeli tarafından uygulanmıştır (Ek VI).

5.6.7 Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu

Bu form; deney ve kontrol grubu için ayrı hazırlanmıştır. Deney grubu için 9 soru ve kontrol grubu için 7 soru içermektedir. Deney ve kontrol grubu için ortak sorular; 1-7. sorulardır. Bu sorular; doğum zorluk algısı, algılanan doğum ağrısı ve süresi, kadının normal doğumdan memnuniyet durumu, kadının bir sonraki doğumunu normal doğum yapma isteği, çevresindeki kişilere normal doğumu önerme durumu, alınan bakımdan memnuniyet durumudur. Deney grubu için 8-9. sorular ise; kadının uygulanan destekleyici hemşirelik bakımı hakkında düşüncelerini ve doğum üzerine etkisini içeren sorulardan oluşmaktadır. Doğum süresi kadının doğum ünitesine başvuru saati ile doğum eyleminin gerçekleşmesi arasında geçen süreyi kapsamaktadır. Deney grubu için hazırlanan doğum sonu değerlendirme formu Ek VII, kontrol grubu için hazırlanan doğum sonu değerlendirme formu Ek VIII'de sunulmuştur.

5.6.8 Rutin Bakım Değerlendirme Formu

Bu form; latent, aktif ve geçiş fazlarına göre deney ve kontrol grubuna sunulan rutin bakım uygulamaları arasında bir farklılık olup olmadığını değerlendirmek için hazırlanmıştır (National Institute for Health and Care Excellence 2017). Hazırlanan rutin bakım değerlendirme formu Ek IX'de sunulmuş olup, destekleyici hemşirelik bakımında yapılan uygulamaları içermektedir.

5.7 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler, doğum ünitesine doğum yapmak için başvuran gebeler ile yüz yüze görüşme tekniği ile Eylül 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama sürecinde kişisel koruyucu ekipmanlar (önlük, tıbbi/N95 maske, gözlük, eldiven) kullanılmıştır. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün “COVID-19 (SARS-CoV-2 enfeksiyonu) Solunum Sistemi Hastalıklarının Yaygın Olduğu Dönemde Sağlık Kuruluşlarında Gebe Takibi” ve “Enfeksiyon Kontrolü ve İzolasyon” rehberlerine riayet edilerek veri toplama süreci tamamlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2020). Gebelere araştırmanın amacı, önemi, kişisel bilgilerinin herhangi bir yerde açıklanmayacağı ve paylaşılmayacağı anlatılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil olma kriterlerine uyan gebeler çalışma kapsamına alınarak yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek I). Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelere hazırlanan soru formları sözel olarak sorularak katılımcıların yanıtlaması istenmiştir. Deney grubuna intrapartum süreç boyunca destekleyici hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki gebeler hastanede sunulan rutin bakımı almıştır. Gebeler intrapartum dönem boyunca takip edilmiş olup ortalama izlem süresi her gebe için yaklaşık 10 saattir.

5.7.1 Veri Toplama Süreci

Veri toplama süreci beş izlem aşaması ile tamamlanmıştır. İlk izlem latent faz, ikinci izlem aktif, üçüncü izlem geçiş fazında veri toplama araçlarının uygulanması ve destekleyici hemşirelik bakımının verilmesidir. Dördüncü izlemde doğum eylemi ve beşinci izlemde doğum sonu dönem değerlendirilmiştir. Deney ve kontrol grubu veri toplama aşamaları Şekil 12, 13, 14, 15’te gösterilmiştir.

5.7.1.1 Birinci izlem

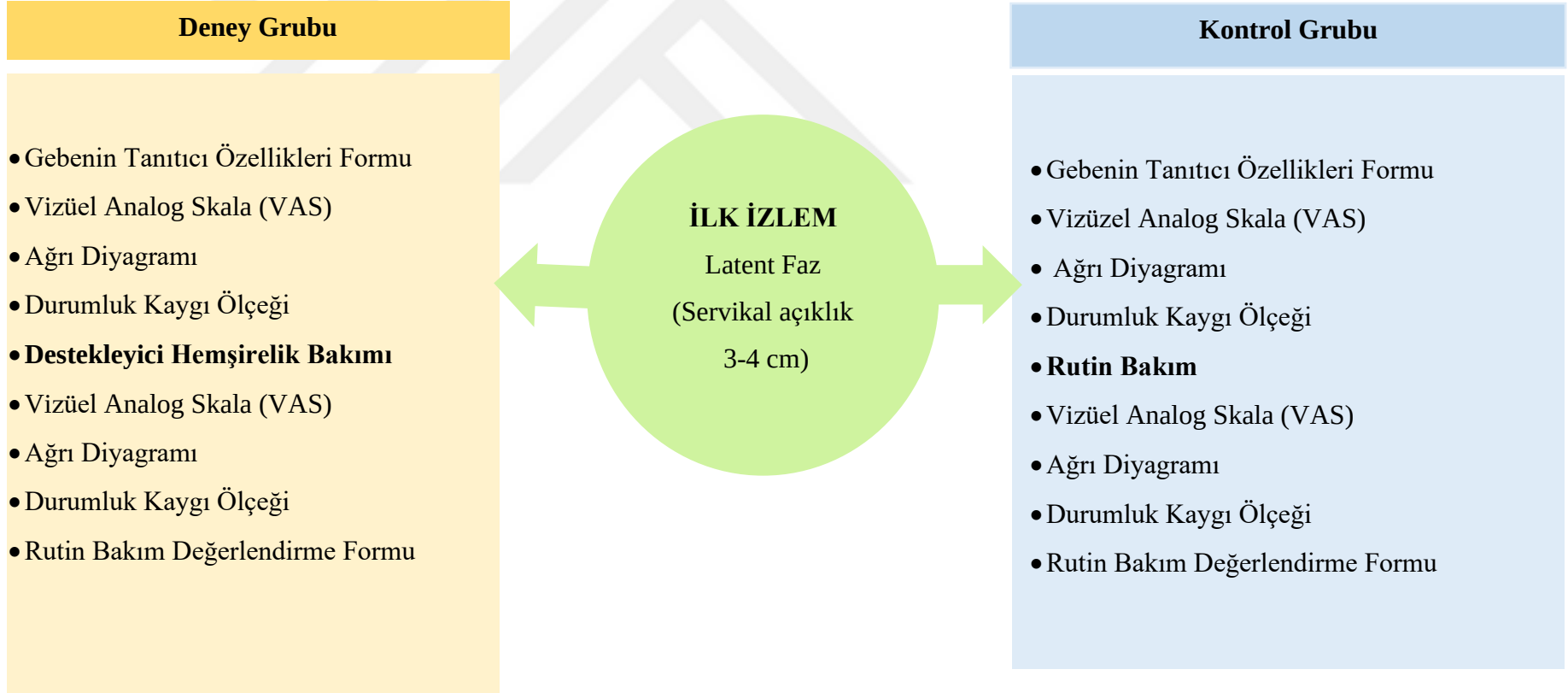
İlk izlem latent fazda gerçekleştirilmiştir. Bu izlemde araştırmaya katılmayı kabul eden ve yazılı bilgilendirilmiş onamı alınan deney grubundaki gebeler ile tanışılmış, gebelerin tanıtıcı özellikleri soru formu, Vizüel Analog Skala (VAS), Ağrı Diyagramı ve Durumluk Kaygı Ölçeği ile veriler toplanmıştır. Soru formlarının uygulanmasının ardından deney grubundaki gebelere latent faz destekleyici hemşirelik bakımı

uygulamaları sunulmuştur. Latent faz destekleyici hemşirelik bakımı uygulamaları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerden yazılı bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra gebelerin tanıtıcı özellikler soru formu, Durumluk Kaygı Ölçeği, Vizüel Analog Skala (VAS) ve Ağrı Diyagramı uygulanmıştır. Bu gebeler yalnızca rutin bakım almıştır. Latent fazda deney ve kontrol grubundaki gebelere verilen rutin bakım arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacı ile rutin bakım değerlendirme formu kullanılmıştır. Latent fazda kontrol grubu hastanede sunulan rutin bakımı almıştır. Bakım sonrası her iki gruba VAS, Ağrı Diyagramı, Durumluk Kaygı Ölçeği tekrar uygulanmıştır (Ek XII). Rutin bakım değerlendirme formu latent fazda iki gruptaki gebelere rutin bakım sonrası uygulanmıştır. Birinci izlem aşamaları Şekil 12’ de gösterilmiştir.

Tablo 6. Latent Fazda Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları

Latent Fazda Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	Destekleyici Bakım Türleri				
	Fiziksel	Duyusal	Bilgilendirme	Savunuculuk	Eş desteği
Gebeyi doğum ünitesine sıcak/pozitif bir şekilde karşılama		√			√
Kendini tanıtmak/ismiyle hitap etme		√	√		√
Sözel ve yazılı onamını alma			√		
Hastane rutinleri anlatılarak, doğum ünitesinin tanıtılması rutinleri			√		√
Gebeye ait günlük bakım (diş fırçası, deodorant) eşyalarını yerleştirmesine yardım etmek	√				
Işığın azaltıldığı loş, sessiz bir ortam sağlama	√				
Hayal kurma/dikkati başka yöne çekme tekniklerini kullanma		√			
Gebenin olası istekleri/soru açık net biçimde cevap verme			√		
Kontraksiyon sıklığı ve kontraksiyon sırasında nefes alma tekniklerine ilişkin bilgi verme			√		
Kontraksiyon sırasında yastık vb nesnelerle pozisyonuna destek sağlamak	√				
Kontraksiyon sırasında sakral bölgeye masaj yapma	√				
Etkin ıkmaya yönelik bilgi verme			√		
İstediği pozisyonu almasına destek verme	√				
Dik pozisyonların doğum üzerine etkisi anlatarak /dikey pozisyonlarla ilgili egzersizleri anlatma, yapmasına destek olma	√		√		√
Yapılacak olası girişimlerin nedenlerini gebeye açıklamak (vajinal tuşe, lavman, NST vb)			√		√
Travay diyeti almasını sağlamak, alması önerilmeyen gebe için dudaklarını ıslatma	√		√		
Kişisel mahremiyetine dikkat etme					√
Destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olma		√			√
Duyarlı, ilgili nazik olma, seçimlerine saygılı davranma		√			√
El tutma veya omzunu sıvazlama gibi empatik girişimler yapma		√			
Yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşünceleri ifade etmeyi sağlama		√			√
Kontraksiyon aralarında yürütmesine destek olma	√				
Diğer: Bireye özgü gereksinim duyduğu noktalarda hemşirelik bakımı	√	√	√	√	√



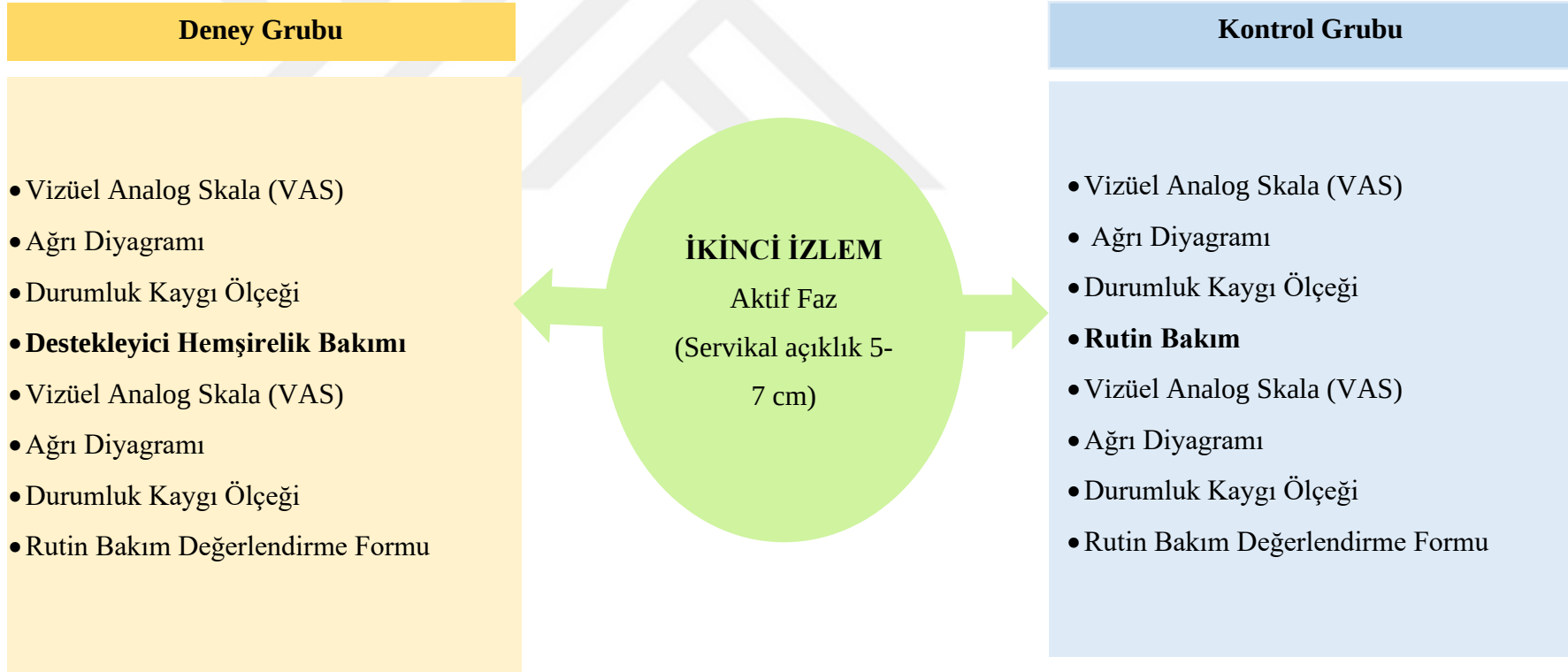
Şekil 12. Birinci İzlem (Latent Faz) Veri Toplama Aşamaları

5.7.1.2 İkinci izlem (aktif faz) veri toplama aşamaları

İkinci izlem doğum eyleminin aktif fazında (servikal açıklık 5-7 cm) yapılmıştır. Deney grubundaki gebelerden destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği, Vizüel Analog Skala (VAS) ve ağrı diyagramı ile veriler toplanmıştır. Kontrol grubundaki gebelere ise hastanede sunulan rutin bakım öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği, Vizüel Analog Skala (VAS) ve ağrı diyagramı uygulanmıştır. Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı uygulamaları Tablo 7’de gösterilmiştir. Rutin bakım değerlendirme formu aktif fazda iki gruptaki gebelere bakım sonrası uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ikinci izlem aşamaları Şekil 13’te verilmiştir.

Tablo 7. Aktif Fazda Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları

Aktif Fazda Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	Destekleyici Bakım Türleri				
	Fiziksel	Duyusal	Bilgilendirme	Savunuculuk	Eş desteği
Nefes egzersizlerini anneye hatırlatma ve yapmasını sağlama			√		
Dik pozisyonların doğum üzerine etkisini anlatarak /dikey pozisyonlarla ilgili egzersizleri anlatma yapmasına destek olma	√		√		√
Hidroterapi duş almasını önerme isteğe göre yapmasına destek olma			√		
Kişisel hijyen ihtiyaçlarının karşılanması (çarşaf değişimi, terin silinmesi)	√				
Kontraksiyon sırasında sakral bölgeye masaj yapma	√				
Kişisel mahremiyetine dikkat etme				√	
İstediği pozisyonu almasına destek verme	√				
Destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olma		√			
Doğumun ilerleyişi hakkında bilgi verme			√		
Duyarlı, ilgili nazik olma, seçimlerinde saygılı olma		√			
Yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşünceleri ifade etmeyi sağlama				√	√
Diğer: Bireye özgü gereksinim duyduğu noktalarda hemşirelik bakımı	√	√	√	√	√



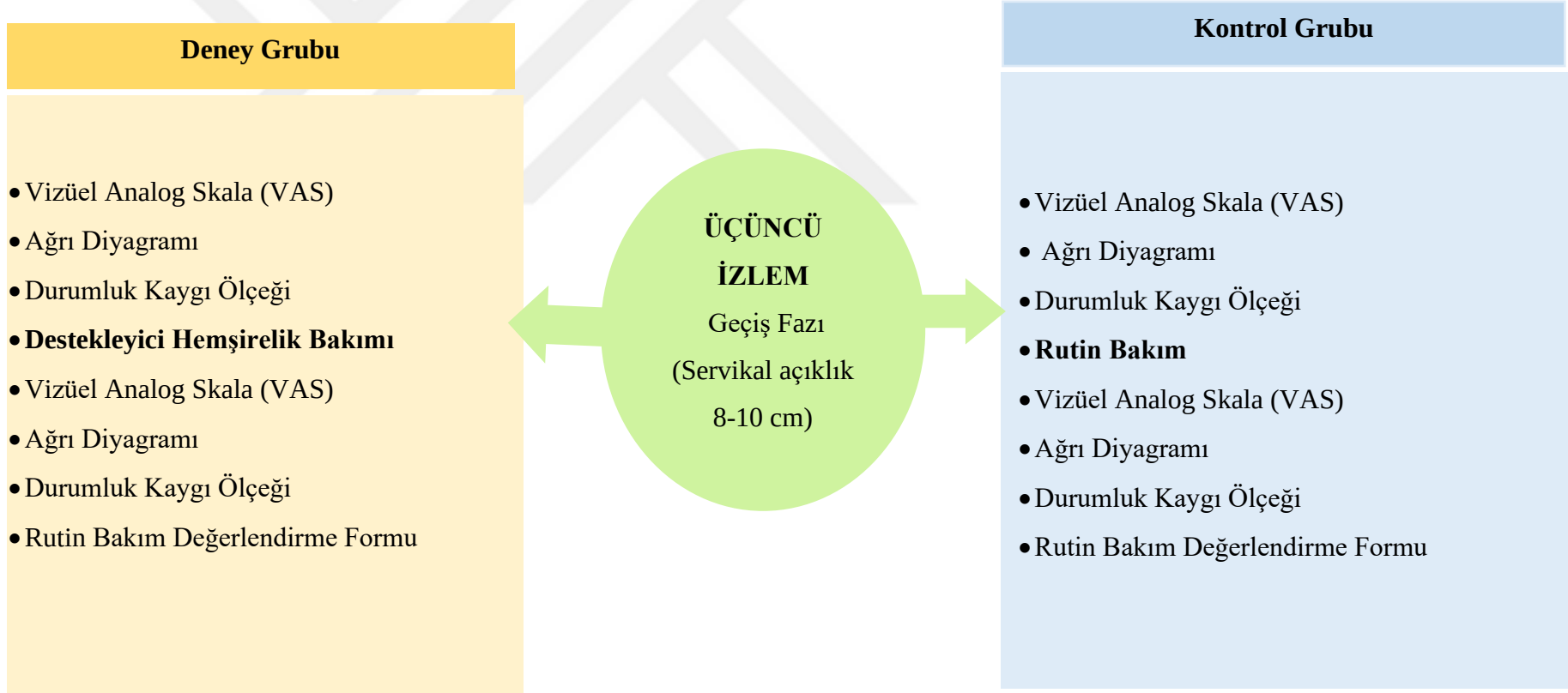
Şekil 13. İkinci İzlem (Aktif Faz) Veri Toplama Aşamaları

5.7.1.3 Üçüncü izlem (geçiş fazı) veri toplama aşamaları

Üçüncü izlem doğum eyleminin geçiş fazında (servikal açıklık 8-10 cm) gerçekleştirilmiştir. Bu izlemde olan gebelere Vizüel Analog Skala (VAS), Ağrı Diyagramı ve Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Soru formlarının uygulanmasının ardından deney grubundaki gebelere geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı aşamaları uygulanmıştır. Kontrol grubu ise rutin bakım almıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği, Vizüel Analog Skala (VAS) uygulanmış ve Ağrı Diyagramı ile ağrı bölgeleri tekrar değerlendirilmiştir. Rutin bakım değerlendirme formu geçiş fazında iki gruptaki gebelere bakım sonrası uygulanmıştır. Geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakım uygulamaları Tablo 8’de verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin üçüncü izlem aşamaları Şekil 14’te özetlenmiştir.

Tablo 8. Geçiş Fazında Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları

Geçiş Fazında Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	Destekleyici Bakım Türleri				
	Fiziksel	Duyusal	Bilgilendirme	Savunuculuk	Eş desteği
Nefes egzersizlerini anneye hatırlatma			√		
İstediği pozisyonu almasına destek verme	√				
Dik pozisyonda kalmasında destek olma	√				√
Kişisel hijyen ihtiyaçlarının karşılanması (çarşaf değişimi, terin silinmesi)	√				
Kontraksiyon sırasında sakral bölgeye masaj yapma	√				
İsteklerini ifade etmesine yardım etme				√	√
Yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşünceleri ifade etmeyi sağlama				√	√
Kişisel mahremiyetine dikkat etme				√	
Duyarlı, ilgili nazik olma, seçimlerinde saygılı olma		√			
Doğumun ilerleyişi hakkında bilgi verme			√		
Destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olma		√			
El tutma veya omuz sıvazlama gibi empatik girişimler		√			
Diğer: Bireye özgü gereksinim duyduğu noktalarda hemşirelik bakımı	√	√	√	√	√



Şekil 14. Üçüncü İzlem (Geçiş Fazı) Veri Toplama Aşamaları

5.7.1.4 Dördüncü izlem (doğum eylemi sırasında) veri toplama aşamaları

Servikal açılmanın tamamlanmasıyla (servikal açıklık 10 cm) başlayan ve bebeğin doğumu ile sona eren doğum eylemi sürecinde gebeye solunum teknikleri hatırlatılmıştır. Doğum eylemi sürecinde gebenin yanında kalınmıştır. Bu süreçte gebeler olumlu olumsuz duygularını ifade etmesi yönünde desteklenmiştir. Hastanede doğum eylemi sırasında refakatçi odadan çıkarılmaktadır. Bu süreçte refakatçiye bilgilendirme desteği sağlanmıştır. Doğum eylemi boyunca deney grubunda olan gebelerin yanında kalınarak doğum eylemi destekleyici hemşirelik bakım uygulamaları yapılmış bu uygulamalar Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Doğum Eyleminde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları

Doğum Eylemi Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	Destekleyici Bakım Türleri				
	Fiziksel	Duyusal	Bilgilendirme	Savunuculuk	Eş desteği
Nefes egzersizlerini hatırlatma			√		
Etkili ıkınma teknikleri hatırlatma			√		
İstediği pozisyonu almasına destek verme	√				
Dik pozisyonlarda olmasını sağlama	√				
Kişisel hijyen ihtiyaçlarının karşılanması (çarşaf değişimi, terin silinmesi)	√				
Dudakların ıslatılması	√				
İsteklerini ifade etmesine yardım etme	√			√	
Yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşünceleri ifade etmeyi sağlama		√			
Kişisel mahremiyetine dikkat etme				√	
Duyarlı, ilgili nazik olma, seçimlerinde saygılı olma		√			
Destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olma		√			
Doğumun ilerleyişi hakkında bilgi verme			√		
El tutma veya omuz sıvazlama gibi empatik girişimler		√			
Diğer: Bireye özgü gereksinim duyduğu noktalarda hemşirelik bakımı	√	√	√	√	√

5.7.1.5 Beşinci İzlem (Doğum Sonu Dönem) Veri Toplama Aşamaları

Beşinci izlemede doğum sonu dönem değerlendirme formu uygulanarak bu süreçte anne ile bebek arasında ten tene temas sağlanarak ilk emzirme sağlanmıştır. Annelerin ve refakatçinin soruları yanıtlanarak postpartum süreç hakkında bilgilendirilme desteği sunulmuştur. Üşüdüğünü ifade eden kadınların örtü ile üzeri örtülerek fiziksel destek sağlanmıştır. Tablo 10’da doğum sonu dönemde sunulan destekleyici hemşirelik bakımı uygulamaları verilmiştir.

Tablo 10. Doğum Sonu Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları

Doğum Sonu Dönemde Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	Destekleyici Bakım Türleri				
	Fiziksel	Duyusal	Bilgilendirme	Savunuculuk	Eş desteği
Ten tene temasın sağlanması	✓		✓		
En kısa sürede emzirmenin başlatılması (İlk 30 dakika içinde)	✓		✓		✓
Üşüdüğünü ifade eden kadınlara çorap giydirilmesi ve örtü örtülmesi					
Postpartum periyod ile ilgili soruların yanıtlanması (epizyotomi, emzirme süreçleri vb)			✓		✓
Hastane rutinlerini hatırlatma (üç saatlik gözlem sonrası lohusa servisine geçeceği hakkında gibi verme)			✓		
Kişisel mahremiyetine dikkat etme				✓	
Duyarlı, ilgili nazik olma, seçimlerinde saygılı olma		✓			
İsteklerini ifade etmesine yardım etme		✓		✓	
Diğer: Bireye özgü gereksinim duyduğu noktalarda hemşirelik bakımı	✓	✓	✓	✓	✓

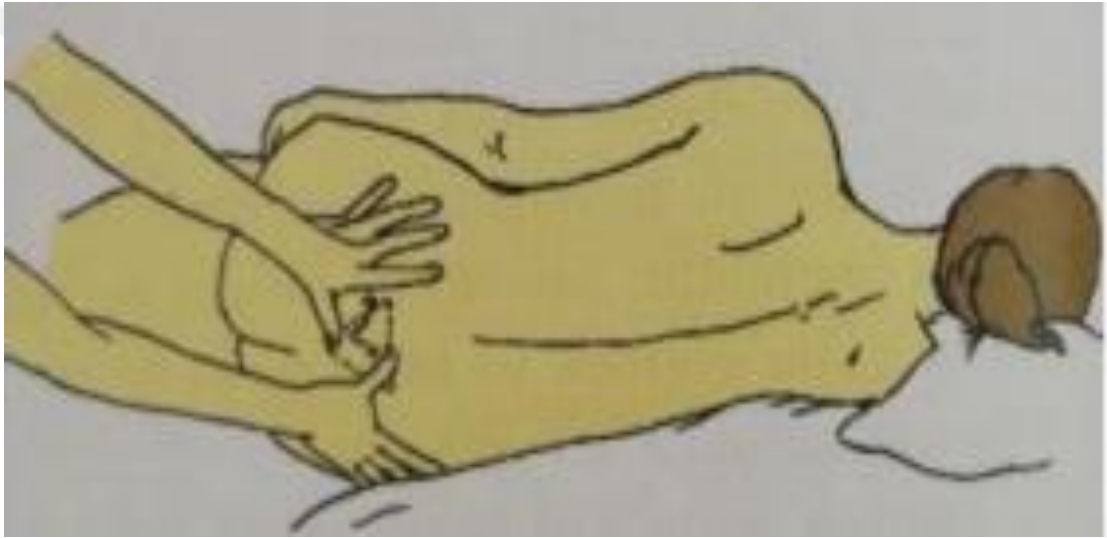
Deney ve kontrol gruplarında veri toplama aşamaları Şekil 15’te sunulmuştur.

DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU
İlk izlem = latent faz (servikal açıklık 3-4 cm)	İlk izlem = latent faz (servikal açıklık 3-4 cm)
➤ Gebenin Tanıtıcı Özellikleri Formu ➤ Vizüel Analog Skala (VAS) ➤ Ağrı Diyagramı ➤ Durumluk Kaygı Ölçeği Latent Faz Destekleyici Hemşirelik Bakımı ➤ Vizüel Analog Skala (VAS) ➤ Ağrı Diyagramı ➤ Durumluk Kaygı Ölçeği ➤ Rutin Bakım Değerlendirme Formu	❖ Gebenin Tanıtıcı Özellikleri Formu ❖ Vizüel Analog Skala (VAS) ❖ Ağrı Diyagramı ❖ Durumluk Kaygı Ölçeği Rutin Bakım ❖ Vizüel Analog Skala (VAS) ❖ Ağrı Diyagramı ❖ Durumluk Kaygı Ölçeği ❖ Rutin Bakım Değerlendirme Formu
İkinci izlem = aktif faz (servikal açıklık 5-7 cm)	İkinci izlem = aktif faz (servikal açıklık 5-7cm)
➤ Vizüel Analog Skala (VAS) ➤ Ağrı Diyagramı ➤ Durumluk Kaygı Ölçeği Aktif Faz Destekleyici Hemşirelik Bakımı ➤ Vizüel Analog Skala (VAS) ➤ Ağrı Diyagramı ➤ Durumluk Kaygı Ölçeği ➤ Rutin Bakım Değerlendirme Formu	❖ Vizüel Analog Skala (VAS) ❖ Ağrı Diyagramı ❖ Durumluk Kaygı Ölçeği Rutin Bakım ❖ Vizüel Analog Skala (VAS) ❖ Ağrı Diyagramı ❖ Durumluk Kaygı Ölçeği ❖ Rutin Bakım Değerlendirme Formu
Üçüncü izlem = geçiş fazı (servikal açıklık 8-10 cm)	Üçüncü izlem = geçiş fazı (servikal açıklık 8-10 cm)
➤ Vizüel Analog Skala (VAS) ➤ Ağrı Diyagramı ➤ Durumluk Kaygı Ölçeği Geçiş Fazı Destekleyici Hemşirelik Bakımı ➤ Vizüel Analog Skala (VAS) ➤ Ağrı Diyagramı ➤ Durumluk Kaygı Ölçeği ➤ Rutin Bakım Değerlendirme Formu	❖ Vizüel Analog Skala (VAS) ❖ Ağrı Diyagramı ❖ Durumluk Kaygı Ölçeği Rutin Bakım ❖ Vizüel Analog Skala (VAS) ❖ Ağrı Diyagramı ❖ Durumluk Kaygı Ölçeği ❖ Rutin Bakım Değerlendirme Formu
Dördüncü izlem = Doğum Evresi	Dördüncü izlem = Doğum Evresi
Doğum Eylemi Destekleyici Bakım Uygulamaları	Rutin Bakım
➤ Doğum Eylemi Değerlendirme Formu	❖ Doğum Eylemi Değerlendirme Formu
Beşinci izlem = Doğum sonu dönem	Beşinci izlem = Doğum sonu dönem
Doğum Sonu Dönem Destekleyici Hemşirelik Bakımı Uygulamaları	Rutin Bakım
➤ Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu	❖ Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu

Şekil 15. Deney ve Kontrol Gruplarında Veri Toplama Aşamaları

5.7.1.6 Deney grubuna sunulan destekleyici hemşirelik bakımı uygulamalarında yer alan masajın uygulanması

Gebeler sol yan lateral pozisyon ya da rahat ettiği bir pozisyona alınarak başparmak ile sakral (S1-S4) vertebralarının bulunduğu bölgeye, spinanın merkezindeki üçgen kemiğe hafif baskı uygulanmış, sağ ve sol 4-5 cm'lik lateral kısımlara doğru hareket devam ettirilmiş ve bel bölgesi üzerinde hareket sonlandırılmıştır (Şekil 16). Kontraksiyonların başlaması ile sakral masaja başlanmış ve her fazda ortalama 30 dakika uygulanmıştır. Sakral masaj uygulama prosedürü araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Kömürcü 2014; Erdoğan ve ark. 2017; Ersöz ve Öztürk 2019).



Şekil 16. Sakruma Masaj Uygulaması

Kaynak: Kömürcü N. Doğum ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik olmayan yöntemler. İçinde: Kömürcü N, Ergin AB, eds. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. baskı, Bedray Yayıncılık: İstanbul; 2014, s: 72.

Sakral Masaj Uygulama Prosedürü

1. Kadına uygulama hakkında açıklama yapılmıştır.
2. Oda ısısının 21-24 °C ve nem oranının %30-60 arasında olup olmadığı kontrol edilmiştir.
3. Gebenin mahremiyeti sağlanmıştır (Perde çekilir).
4. Eller yıkanıp vücut sıcaklığına getirilmiştir.

5. Gebenin kendini rahat hissedeceği bir pozisyon alması sağlanmıştır.
6. Araştırmacı gebenin pozisyonuna göre rahat edebileceği bir pozisyon almıştır.
7. Araştırmacı deney grubundaki gebelere sakral masaj için yaklaşık 2 cc sıvı vazelin avucuna dökerek her iki eline iyice yaymıştır.
8. Araştırmacı, doğum eylemi süresince her fazda (latent faz servikal açıklık 3-4 cm, aktif faz servikal açıklık 5-7 cm ve geçiş fazı servikal açıklık 8-10 cm iken) 3 kez 30 dakika hafif/orta derecede basınç uygulayarak sakrum bölgesine masaj uygulanmıştır.
9. Gebenin isteğine göre pozisyon değişikliği yapılmıştır (Kömürcü 2014).

Deney grubundaki gebelere intrapartum dönemde masaj üç fazda uygulanmıştır. İlk masaj latent fazda servikal açıklık 3-4 cm iken, ikinci masaj uygulaması aktif fazda 5-7 cm servikal açıklıkta ve üçüncü masaj geçiş fazında servikal açıklık 8-10 cm iken yapılmıştır. Latent, aktif ve geçiş fazında yapılan sakral masaj uygulaması kontraksiyon başladığında başlayıp kontraksiyon bittiğinde sonlandırılmıştır. Her fazda 30 dakika süre ile masaj uygulaması yapılmış ve masaj öncesi ve sonrası ağrı Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirilmiştir.

5.7.1.7 Deney grubuna sunulan destekleyici hemşirelik bakımı uygulamalarında yer alan nefes egzersizleri

İlk düzey-normal solunum; latent fazda burundan nefes alınıp sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes vermesi istenir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket etmelidir. İkinci düzey-yavaş derin göğüs solunumu; her kontraksiyonun başında normal solunum (nefes burundan alınır ağızdan verilir) yapılır ve sonra burnundan beş saniye nefes alınır ve nefes beş saniye sayılarak geri verilir. Kontraksiyon sürecince yavaş-derin göğüs solunum sürdürülür (Sağlık Bakanlığı 2014; Taşkın 2020).

Üçüncü düzey-hızlı-yüzeyel göğüs solunumu; latent ve aktif fazda kontraksiyon başlarken normal solunum ile başlanır ve kontraksiyon şiddetlendikçe solunum hızı da artırılır. İki kontraksiyon arasında normal solunum sürdürülür. Nefes vermeye hii ya da hoo sesleri eşlik etmelidir (Sağlık Bakanlığı 2014; Taşkın 2020).

Dördüncü düzey-üfleli abdominal solunum; geçiş fazında (servikal dilatasyon 8-10 cm) nefes ağızdan alınır ve mum üfler gibi ağızdan verilir. Kontraksiyon ile birlikte normal solunum başlanır ardından altı kısa üfleme ardından uzun üfleme yapılır. Sonra beş kısa üfleme ve bir uzun üfleme, dört kısa üfleme ve bir uzun üfleme,

sonra üç kısa ve bir uzun üfleme şeklinde devam edilir. Kontraksiyon bitiminde normal solunum alınır. Latent fazda deney grubundaki gebelere Tanıtıcı Özellikleri Formu, Vizüel Analog Skala (VAS), Ağrı Diyagramı ve Durumluk Kaygı Ölçeği uygulandıktan sonra nefes egzersizleri uygulamalı olarak anlatılmış ve gebenin nefes egzersizlerini yapması istenmiştir. Öğretilen nefes egzersizleri aktif ve geçiş fazında hatırlatılmış ve nefes egzersizlerini uygulaması yönünde teşvik edilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2014; Taşkın 2020).



5.7.2 Süre ve Olanaklar

Araştırma Aralık 2019 - Ekim 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür (Şekil 17).

Kavramsal Faz

1. Araştırma konusunu belirleme: Aralık 2019
2. Araştırma ile ilgili literatür toplama: Aralık 2019 - Mayıs 2021

Desen Kurma ve Planlama

3. Araştırma deseninin seçilmesi: Ocak 2020 - Şubat 2020
4. İncelenecek evreni belirleme: Şubat 2020
5. Verilerin toplanmasına uygun yöntem belirleme: Şubat 2020
6. Örneklemenin planlanması: Şubat 2020
7. Tez önerisinin hazırlanması: Şubat 2020 - Nisan 2020
8. Tez öneri sunumunun yapılması: Nisan 2020
9. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından doktora tez konusunun onaylanması: Mayıs 2020
10. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik kurul onayının alınması: Temmuz 2020
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınması: Ağustos 2020 - Eylül 2020

Yürütme Aşaması

12. Veri toplama aşaması: Eylül 2020 - Şubat 2021

Analiz Aşaması

13. Tezin genel bilgilerinin yazılması: Temmuz 2020 - Eylül 2021
14. İstatistiksel analizin yapılması: Şubat 2021 - Haziran 2021
15. Tezin Yorumlanması: Haziran 2021 - Eylül 2021
16. Tezin yazımı: Aralık 2019 - Ekim 2021

Tez Aşamaları	Aralık 2019	Ocak 2020	Şubat 2020	Mart 2020	Nisan 2020	Mayıs 2020	Haziran 2020	Temmuz 2020	Ağustos 2020	Eylül 2020	Ekim 2020	Kasım 2020	Aralık 2020	Ocak 2021	Şubat 2021	Mart 2021	Nisan 2021	Mayıs 2021	Haziran 2021	Temmuz 2021	Ağustos 2021	Eylül 2021	Ekim 2021
Araştırma konusunu belirleme																							
Araştırma ile ilgili literatür toplama																							
Araştırma desenin seçilmesi																							
İncelenecek evreni belirleme																							
Verilerin toplanmasına uygun yöntem belirleme																							
Örneklemin planlaması																							
Tez önerisinin hazırlanması																							
Tez konusunun onaylanması																							
Etik kurul onayının alınması																							
Sağlık Müdürlüğü izni alınması																							
Veri toplama aşaması																							
Tezin genel bilgilerinin yazılması																							
İstatistiksel analizin yapılması																							
Tezin yorumlanması																							
Tezin yazımı																							

Şekil 17. Araştırmanın Zamanlaması

5.8 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada kullanılan veri toplama formları hata kontrolleri yapıldıktan sonra SPSS (26.0) programında değerlendirilmiştir.

Araştırmada kullanılan sürekli değişkenlerin normallik varsayımını karşılama durumları basıklık, çarpıklık katsayıları ve Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Buna göre basıklık, çarpıklık katsayıları +1,-1 arasında ve Shapiro Wilk test sonucu $p>0,05$ olduğundan sürekli verilerin dağılımı normal kabul edilmiştir. Bu kapsamda sürekli verilerin tek değişkenli analizlerinde bağımsız gruplarda t testi, bağımlı gruplarda t testi ve tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (post hoc: Bonferroni) kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı ve doğurganlık özellikleri ile ilgili bulgular tanımlayıcı tablolara dönüştürülmüş ve sayı, yüzde dağılımları yapılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı özellikleri (yaş grubu, eğitim, sosyal güvence ve gelir durumu ve gebelerin beden kitle indeksleri gibi) ve doğurganlık özellikleri (doğum, gebelik, düşük ve küretaj olma) açısından benzer bir dağılım gösterme durumları Ki kare testi (χ^2) ve Fisher kesin testi ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol gruplarında olan gebelerin latent, aktif, geçiş fazındaki Durumluk Kaygı Ölçeği ve VAS puan ortalamaları, kan basıncı, nabız değerleri, doğum süreleri, bebeklerin kilo ortalamaları, Apgar skorları ve kadınların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri bağımsız iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubunda olan gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ve VAS puan ortalamalarının latent, aktif ve geçiş fazlarında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası değişimi bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubunda olan gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği ve VAS puan ortalamalarının latent fazda (destekleyici bakım öncesi ve sonrası), aktif fazda (destekleyici bakım öncesi ve sonrası) ve geçiş fazındaki (destekleyici bakım öncesi ve sonrası) altı ölçümün istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (post hoc: Bonferroni) ile değerlendirilmiştir.

5.9 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma Balıkesir ilindeki bir hastanenin doğum ünitesine başvuran, intrapartum dönemde olan gebeler ile yürütülmüş olup elde edilen veriler Türkiye’de yaşayan tüm gebelere genellenemez. Ayrıca COVID-19 pandemisi nedeniyle sağlık çalışanları, araştırmacı, gebe ve refakatçilerin kişisel koruyucu ekipman kullanma zorunluluğunun olması, gebe ve refakatçisinin doğum odasından çıkmasına izin verilmemesi gibi uygulamalar gebenin doğumu doğal ve fizyolojik olarak algılamasını zorlaştıran bir unsur olarak düşünülebilir.

5.10 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışmaya katılacak olan kadınlara çalışmanın amacı ve araştırmada sağlanacak yararlılıklar açıklandıktan sonra kadınlardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek I-II). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından doktora tez konusu 7 Mayıs 2020 tarihinde onaylanmıştır (Ek XI). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu tarafından araştırmanın yürütülmesi için gerekli izin 22 Temmuz 2020 (Etik kurul no: 20.478.486/449) tarihinde alınmıştır (Ek XII). Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından çalışmanın yürütülmesi için 02.09.2020 tarihinde gerekli izin alınmıştır (Ek XIII).

6. BULGULAR

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular, doğumun birinci evresi olan dilatasyon dönemine ilişkin bulgular, latent, aktif, geçiş fazlarında Durumluk Kaygı Ölçeği ve Vizüel Analog Skala puan ortalamaları ile doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

6.1 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyodemografik, obstetrik özellikleri, eşlerinin tanıtıcı özellikleri, doğum öncesi hazırlık sınıfına katılma durumları, doğum öncesi kontrole gitme sayıları, gebelikte egzersiz yapma durumu, normal yaşantılarında menstrual ağrı ile baş etmede kullandıkları yöntemler ve doğum eylemi süresince deneyimleyecekleri ağrıyı rahatlatacağını düşündükleri yöntemlere ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri	Deney *n (%)	Kontrol * n (%)	Toplam * n (%)	χ^2	p
Yaş grubu					
18-24 yaş	17 (32,7)	17 (32,7)	34 (32,7)	0,078	0,962
25-31 yaş	26 (50,0)	27 (51,9)	53 (51,0)		
32-39 yaş	9 (17,3)	8 (15,4)	15 (16,3)		
Eğitim durumu					
İlköğretim ¹	22 (42,3)	28 (53,8)	50 (48,1)	1,683	0,431
Lise	16 (30,8)	11 (21,2)	27(26,0)		
Üniversite ve üzeri ²	14 (26,9)	13 (25,0)	27(25,9)		
Çalışma durumu					
Evet	14 (26,9)	7 (13,5)	21 (20,2)	2,924	0,087
Hayır	38 (73,1)	45 (86,5)	83 (79,8)		
Meslek					
Ev hanımı	38 (73,1)	45 (86,5)	83 (79,8)	3,656	0,301
Memur	4 (7,7)	3 (5,8)	7 (6,7)		
İşçi	9 (17,3)	4 (7,7)	13 (12,5)		
Serbest meslek	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,0)		
Medeni durum					
Resmi nikahı var	50 (96,2)	50 (96,2)	100 (96,2)	0,000	1,000
Resmi nikahı yok	2 (3,8)	2 (3,8)	4 (3,8)		
Sağlık güvencesi					
Evet	43 (82,7)	39 (75,0)	82 (78,8)	0,922	0,337
Hayır	9 (17,3)	13 (25,0)	22 (21,2)		
Gelir durumu					
Geliri giderinden az	2 (3,8)	0 (0,0)	2 (1,9)	2,061	0,357
Geliri giderine eşit	32 (61,6)	34 (65,4)	66 (63,5)		
Geliri giderinden fazla	18 (34,6)	18 (34,6)	36 (34,6)		
Gebelik öncesi beden kitle indeksi					
Zayıf (18,5 kg/m ² ve altı)	4 (7,7)	6 (11,5)	10 (9,6)	2,836	0,418
Normal (18-24,9 kg/m ²)	26 (50,0)	29 (55,8)	55 (52,9)		
Fazla kilolu (25,0-29,9 kg/m ²)	14 (26,9)	14 (26,9)	28 (26,9)		
Obez (30 kg/m ² ve üzeri)	8 (15,4)	3 (5,8)	11 (10,6)		
Gebelikte sigara içme durumu					
Evet	11 (21,2)	10 (19,2)	21 (20,2)	0,060	0,807
Hayır	41 (78,8)	42 (80,8)	83 (79,8)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

¹ Kontrol grubunda bir tane okuryazar olmayan gebe ilköğretim grubu ile birleştirilmiştir.

² Deney ve kontrol grubunda iki kişi üniversite üzeri eğitime sahip olduğu için bu grup üniversite ve üzeri grubu ile birleştirilmiştir.

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir. Deney grubundaki gebelerin %50,0’ı, kontrol grubundaki gebelerin %51,9’u, 25-31 yaş grubundadır. Deney ve kontrol grubunun yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $25,9\pm4,7$ (min=18, maks=39) olup, yaş ortalaması deney grubundaki gebelerde $27,0\pm4,8$ (min=18-maks=39), kontrol grubundaki gebelerde $26,9\pm4,7$ (min=18, maks=39) bulunmuştur ($t=0,020$ $p=0,984$) (veriler tabloda gösterilmemiştir).

Gebelerin eğitim durumu incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %42,3’ü, kontrol grubundaki gebelerin %53,8’i ilköğretim mezunudur. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin eğitim durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Deney grubundaki gebelerin %73,1’i, kontrol grubundakilerin %86,5’i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışma durumları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney grubundaki gebelerin %73,1’i, kontrol grubundaki gebelerin %86,5’i ev hanımıdır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %96,2’si evlidir. Medeni durum açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Deney grubundaki gebelerin %82,7’si, kontrol grubundaki gebelerin %75,0’ının sağlık güvencesi vardır. Sağlık güvencesi olma durumu açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Gebelerin algıladıkları gelir durumu incelendiğinde, deney grubundaki gebelerin %61,6’sı, kontrol grubundaki gebelerin %65,4’ü gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir. İki grup arasında gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 11).

Deney grubundaki gebelerin %50,0’ı, kontrol grubundaki gebelerin %55,8’i gebelik öncesi normal beden kitle indeksine sahiptir. Araştırmaya katılan kadınların gebelik öncesi beden kitle indeksi ortalaması $24,1\pm4,7$ ’dir (min=18, maks=39). Gebelik öncesi beden kitle indeksine göre deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11). Gebelik öncesi beden kitle indeksi ortalaması deney grubunda $24,9\pm5,1$ (min=18, maks=39) kontrol grubunda $23,3\pm4,2$ (min=18, maks=39)’dir. Gebelik öncesi beden kitle indeksi ortalamaları arasında

istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1,822$ $p=0,071$) (veriler tabloda gösterilmemiştir).

Deney grubundaki gebelerin %78,8'i, kontrol grubundaki gebelerin %80,8'i gebelikte sigara içmediğini belirtmiştir. Gebelikte sigara içme durumuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Gebelerin günde içtikleri sigara ortalaması deney grubunda $5,1\pm3,8$, kontrol grubunda $3,9\pm1,7$ adettir (veriler tabloda gösterilmemiştir).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri	Deney n (%) [*]	Kontrol n (%) [*]	Toplam n (%) [*]	χ^2	p
Eşin yaş grubu					
18-24 yaş	17 (32,7)	17 (32,7)	34 (32,7)	0,086	0,994
25-31 yaş	26 (50,0)	27 (51,9)	53 (51,0)		
32-39 yaş	9 (17,3)	7 (15,4)	15 (16,3)		
Eşin çalışma durumu					
Evet	45 (86,5)	44 (84,6)	89 (85,6)	0,078	0,780
Hayır	7 (13,5)	8 (15,4)	15 (14,4)		
Eşin eğitim durumu					
İlköğretim ¹	20 (38,5)	18 (34,6)	38 (36,5)	0,395	0,821
Lise	16 (30,8)	19 (36,5)	35 (33,7)		
Üniversite ve üzeri ²	16 (30,8)	15 (28,8)	31 (29,8)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

¹ Kontrol grubunda bir kişi okuryazar olmadığı için ilköğretim grubu ile birleştirilmiştir.

² Deney grubunda iki ve kontrol grubunda bir kişi üniversite üzeri eğitime sahip olduğu için bu kişiler üniversite ve üzeri grubuna eklenmiştir.

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Gebelerin eşlerinin yaş grubu, çalışma durumları ve eğitim durumu açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Eşlerin %51,0'ı 25-31 yaş grubunda ve %86,5'i çalışmaktadır (Tablo 12).

Kadınların eşlerinin yaş ortalaması deney grubunda $31,3\pm5,7$ kontrol grubunda $31,0\pm5,0$ 'dır (veriler tabloda gösterilmemiştir).

Deney grubundaki gebelerin eşlerinin %38,5'i, kontrol grubundaki gebelerin %34,6'sı ilköğretim mezunudur. Gebelerin eşlerinin yaş grubu, çalışma ve eğitim durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Gebelerin Obstetrik Özellikleri	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Daha önce gebelik yaşadınız mı?					
Evet	34 (65,4)	34 (65,4)	68 (65,4)	0,000	1,000
Hayır	18 (34,6)	18 (34,6)	36 (34,6)		
Gebelik sayısı					
1 gebelik	18 (34,6)	18 (34,6)	36 (34,6)	3,209	0,361
2 gebelik	14 (26,9)	11 (21,2)	25 (24,0)		
3 gebelik	9 (17,3)	16 (30,8)	25 (24,0)		
4 gebelik ve üzeri	11 (21,2)	7 (13,5)	18 (17,3)		
Daha önce doğum yaptınız mı?					
Evet	27 (51,9)	30 (57,7)	57 (54,8)	0,349	0,554
Hayır	25 (48,1)	22 (42,3)	47 (45,2)		
Parite					
Primipar	11 (40,7)	15 (50,0)	26 (45,6)	0,491	0,483
Multipar	16 (59,3)	15 (50,0)	31 (54,4)		
Doğum sayısı					
1 doğum	11 (40,7)	15 (50,0)	26 (45,6)	2,619	0,454
2 doğum	14 (51,9)	12 (40,0)	26 (45,6)		
3 doğum	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (1,8)		
4 doğum	1 (3,7)	3 (10,0)	4 (7,0)		
Daha önce düşük yaptınız mı?					
Evet	12 (23,1)	10 (19,2)	22 (21,2)	0,231	0,631
Hayır	40 (76,9)	42 (80,8)	82 (78,8)		
Düşük sayısı					
1 düşük	7 (58,4)	7 (70,0)	14 (63,6)	0,489	0,783
2 düşük	4 (33,3)	2 (20,0)	6 (27,3)		
3 düşük	1 (8,3)	1 (10,0)	2 (9,1)		
Daha önce küretaj oldunuz mu?					
Olan	10 (19,2)	5 (9,6)	15 (14,4)	1,948	0,163
Olmayan	42 (80,8)	47 (90,4)	89 (85,6)		
Küretaj sayısı					
1 küretaj	6 (60,0)	4 (80,0)	10 (66,7)	0,600	0,439
2 küretaj	4 (40,0)	1 (20,0)	5 (33,3)		
Daha önce ölü doğum yaptınız mı?					
Evet	3 (5,8)	0 (0,0)	3 (2,9)	3,089	0,079
Hayır	49 (94,2)	52 (100,0)	55 (88,7)		
Ölü doğum sayısı					
1 ölü doğum	2 (66,7)	0 (0,0)	2 (66,7)	**	**
2 ölü doğum	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)		
Yaşayan çocuk sayısı					
0 çocuk	26 (50,0)	22 (42,3)	48 (46,2)	2,520	0,641
1 çocuk	13 (25,0)	15 (28,8)	28 (26,9)		
2 çocuk	11 (21,2)	12 (23,1)	23 (22,1)		
3 çocuk	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,0)		
4 çocuk	1 (1,9)	3 (5,8)	4 (3,8)		
Son gebeliğinizi planladınız mı?					
Evet	37 (71,2)	38 (73,1)	75 (72,1)	0,048	0,827
Hayır	15 (28,8)	14 (26,9)	29 (27,9)		
Gebe kalma şekliniz nedir?					
Doğal yollarla	52 (100,0)	51 (98,1)	103 (99,0)	1,010	0,315
Yardımcı üreme teknikleri ile	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (1,0)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

** Kontrol grubunda olgu olmadığı için istatistiksel analiz uygun değildir.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %65,4'ü daha önce gebelik yaşadığını ifade etmiştir. Daha önce gebelik yaşama durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney ve kontrol grubunda gebelik yaşayan kadınların %34,6'sı bir kez gebelik yaşadığını ifade etmiştir. Deney grubunda gebelerin %51,9'u, kontrol grubundaki gebelerin %57,7'si daha önce doğum yapmıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney grubunda daha önce doğum yapan gebelerin %51,9'u, kontrol grubunda %40,0'ı iki kez doğum yapmıştır. Doğum sayısına göre deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney grubundaki gebelerin %23,1'i, kontrol grubundaki gebelerin %19,2'si düşük yaptığını belirtmiş, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney grubunda düşük yapan gebelerin %58,4'ü, kontrol grubunda düşük yapan gebelerin %70,0'ı bir kez düşük yapmıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney grubundaki gebelerin %19,2'si kontrol grubundaki gebelerin %9,6'sı daha önce küretaj öyküsü olduğunu ifade etmiş, küretaj olma durumu açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney grubunda küretaj olan gebelerin %60,0'ı, kontrol grubunda küretaj olan gebelerin %80,0'ı bir kez küretaj olduğunu belirtmiştir. Küretaj sayısına göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney grubundaki gebelerin %5,8'i daha önce ölü doğum yapmıştır. Kontrol grubunda ölü doğum yapan kadın bulunmamaktadır (Tablo 13).

Deney grubundaki gebelerin %50,0'ının, kontrol grubundaki gebelerin %42,3'ünün yaşayan çocuğu bulunmamaktadır. Yaşayan çocuk sayısına göre iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney grubundaki gebelerin %71,2'si, kontrol grubundaki gebelerin %73,1'inin son gebelikleri planlıdır. Gebeliğin planlı olma durumuna göre deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Deney grubundaki gebelerin tamamı (%100,0) kontrol grubunda gebelerin %98,1'i doğal yollarla gebe kaldığını ifade etmiş, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Öncesi Hazırlık Sınıfına Katılma Durumlarına Göre Dağılımı

Gebelerin Doğum Öncesi Hazırlık Sınıfına Katılma Durumu	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Katılan	3 (5,8)	6 (11,5)	9 (8,7)	1,095	0,295
Katılmayan	49 (94,2)	46 (88,5)	95 (91,3)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Deney grubundaki gebelerin %5,8'i, kontrol grubundaki gebelerin %11,5'i doğum öncesi hazırlık sınıflarına katılmıştır. Doğum öncesi hazırlık sınıflarına katılma durumuna göre deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Öncesi Kontrole Gitme Sayısı Ortalamalarına Göre Dağılımı

Özellikler	Deney X $\pm$ SS	Kontrol X $\pm$ SS	t	p
Doğum öncesi kontrole gitme sayısı ortalaması	9,0 $\pm$ 2,3	8,5 $\pm$ 2,2	1,185	0,239

Tablo 15'te deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi kontrole gitme sayısı ortalamaları verilmiştir. Doğum öncesi kontrole gitme sayısı ortalaması deney grubunda 9,0 $\pm$ 2,3 iken kontrol grubunda 8,5 $\pm$ 2,2 olup, iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

Gebelikte Egzersiz Yapma Durumu	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Gebeliğiniz boyunca düzenli egzersiz yaptınız mı?					
Evet	15 (28,8)	17 (32,7)	32 (30,8)	0,181	0,671
Hayır	37 (71,2)	35 (67,3)	72 (69,2)		
Gebelik sürecince yapılan egzersiz türü					
30 dakika yürüyüş	10 (62,4)	9 (53,0)	19 (57,6)	1,023	0,600
1 saat yürüyüş	5 (31,3)	5 (29,4)	10 (30,3)		
Pilates	1 (6,3)	3 (17,6)	4 (12,1)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Deney grubundaki gebelerin %28,8'i, kontrol grubundaki gebelerin %32,7'si gebeliği süresince düzenli egzersiz yaptığını belirtmiş, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Deney grubundaki gebelerin %62,4'ü, kontrol grubundaki gebelerin %53,0'ı gebelik sürecince 30 dakikalık yürüyüş yaptıklarını ifade etmişlerdir. Egzersiz türü açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Normal Yaşantılarında Menstrual Ağrı ile Baş Etmede Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı

Ağrı ile Baş Etmede Kullanılan Yöntemler	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Sıcak uygulama					
Evet	14 (26,9)	16 (30,8)	30 (28,8)	0,187	0,665
Hayır	38 (73,1)	36 (69,2)	74 (71,2)		
Bitki çayı içme					
Evet	9 (17,3)	11 (21,2)	20 (19,2)	0,248	0,619
Hayır	43 (82,7)	41 (78,8)	84 (80,8)		
Ağrı kesici alma					
Evet	22 (42,3)	25 (48,1)	47 (45,2)	0,349	0,554
Hayır	30 (57,7)	27 (51,9)	57 (54,8)		
Yürüyüş					
Evet	2 (3,8)	1 (1,9)	3 (2,9)	0,343	0,558
Hayır	50 (96,2)	51 (98,1)	101 (97,1)		
Yatma dinlenmeye çalışma, uyuma					
Evet	11 (21,2)	10 (19,2)	21 (20,2)	0,060	0,807
Hayır	41 (78,8)	42 (80,8)	83 (79,8)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin normal yaşantılarında menstrual ağrı ile baş etme durumları incelendiğinde; deney grubunda olan gebelerin %26,9'u, kontrol grubundaki gebelerin %30,8'i ağrıları olduğunda sıcak uygulama yaptıklarını ifade etmiştir ($p>0,05$) (Tablo 17).

Deney grubunda olan gebelerin %17,3'ü, kontrol grubunda olan gebelerin %21,2'si menstrual ağrısı olduğunda bitki çayı içtiklerini belirtmiştir ($p>0,05$) (Tablo 17).

Deney grubunda olanların %42,3'ü, kontrol grubunda olanların %48,1'i menstrual ağrısı olduğunda ağrı kesici kullanmaktadır. Menstrual ağrısı olduğunda yürüyüş yapanların oranı deney grubunda %3,8, kontrol grubunda %1,9'dur ($p>0,05$). Deney grubundaki gebelerin %21,2'si, kontrol grubunda olan gebelerin %19,2'si menstrual ağrısı olduğunda yatmaya, dinlenmeye ve uyumaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eylemi Sürecinde Deneyimleyecekleri Ağrıyı Rahatlatacağını Düşündükleri Yöntemlerin Dağılımı

Ağrı ile Baş Etmede Kullanılan Yöntemler	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Nefes egzersizi					
Evet	13 (25,0)	14 (26,9)	27 (26,0)	0,155	0,926
Hayır	11 (21,2)	12 (23,1)	23 (22,1)		
Bilmiyorum	28 (53,8)	26 (50,0)	54 (51,9)		
Ağrı kesici					
Evet	6 (11,5)	4 (7,7)	10 (9,6)	0,774	0,679
Hayır	11 (21,2)	14 (26,9)	25 (24,0)		
Bilmiyorum	35 (67,3)	34 (65,4)	69 (66,4)		
Yürüme/yürüyüş					
Evet	6 (11,5)	10 (19,2)	16 (15,4)	2,697	0,260
Hayır	9 (17,3)	13 (25,0)	22 (21,2)		
Bilmiyorum	37 (71,2)	29 (55,8)	66 (63,4)		
Pozitif konuşma/telkin					
Evet	12 (23,1)	14 (26,9)	26 (25,0)	2,033	0,362
Hayır	4 (7,7)	8 (15,4)	12 (11,5)		
Bilmiyorum	36 (69,2)	30 (57,7)	66 (63,5)		
Düş alma					
Evet	20 (38,5)	25 (48,1)	45 (43,3)	1,387	0,500
Hayır	4 (7,7)	5 (9,6)	9 (8,7)		
Bilmiyorum	28 (53,8)	22 (42,3)	50 (48,0)		
Dikkati başka yöne çekme					
Evet	8 (15,4)	9 (17,3)	17 (16,3)	0,436	0,804
Hayır	7 (13,5)	9 (17,3)	16 (15,4)		
Bilmiyorum	37 (71,1)	34 (65,4)	71 (68,3)		
Sıcak su torbası uygulama					
Evet	16 (30,8)	21 (40,4)	37 (35,6)	1,259	0,533
Hayır	2 (3,8)	1 (1,9)	3 (2,9)		
Bilmiyorum	34 (65,4)	30 (57,7)	64 (61,5)		
Masaj					
Evet	28 (53,8)	35 (67,3)	63 (60,6)	2,069	0,355
Hayır	18 (34,6)	12 (23,1)	30 (28,8)		
Bilmiyorum	6 (11,6)	5 (9,6)	11 (10,6)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin intrapartum dönemde hissedilen ağrıyı rahatlatacağını düşündüğü yöntemler incelendiğinde; deney grubu gebelerin %25,0'ı, kontrol grubu gebelerin %26,9'u nefes egzersizinin rahatlatacağını ifade etmiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

Deney grubunda olan gebelerin %11,5'i, kontrol grubundaki gebelerin %7,7'si ağrı kesici kullandıklarında doğum ağrısının giderileceğini düşündüklerini belirtmiştir ($p>0,05$). Deney grubundaki gebelerin %71,2'si, kontrol grubundaki gebelerin %55,8'i intrapartum dönemde yürüyüş yapmanın doğum ağrılarını giderip gidermeyeceğini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Deney grubunda olanların %23,1'i, kontrol grubunda olanların %26,9'u doğum eylemi sürecinde deneyimleyeceği ağrıyı pozitif konuşma/telkinin rahatlatacağını düşünmektedir ($p>0,05$) (Tablo 18).

Deney grubundaki gebelerin %53,8'i, kontrol grubundaki gebelerin %42,3'ü doğum eylemi süresince deneyimleyeceği ağrının duş alma etkisi ile rahatlayıp rahatlamayacağını bilmediğini ifade etmiştir ($p>0,05$). Deney grubundaki gebelerin %15,4'ü, kontrol grubundaki gebelerin %17,3'ü doğum eylemi süresince deneyimleyeceği ağrının dikkati başka yöne çekme yöntemiyle rahatlayacağını belirtmiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

Deney grubundaki gebelerin %30,8'i, kontrol grubundaki gebelerin %40,4'ü doğum eylemi süresince deneyimleyeceği ağrının sıcak su torbası ile rahatlatacağını düşündüğünü ifade etmiştir ($p>0,05$). Deney grubundaki kadınların %53,8'i kontrol grubundaki kadınların %67,3'ü masaj uygulamasının ağrıyı rahatlatacağını belirtmiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

6.2 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİ OLAN DİLATASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde doğumun birinci evresi olan dilatasyon dönemine (latent, aktif ve geçiş fazı) ilişkin deney ve kontrol grubundaki kadınların efasman, dilatasyon, nabız, sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri, çocuk kalp sesi ve hastanede sunulan rutin bakım uygulamalarının doğum eyleminin fazlarına göre yapılma durumuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 19. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Latent Fazda Dilatasyon ve Efasman Durumlarına Göre Dağılımı

Latent Fazda Dilatasyon ve Efasman	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Servikal dilatasyon					
3 cm	40 (76,9)	39 (75,0)	79 (76,0)	0,053	0,819
4 cm	12 (23,1)	13 (25,0)	25 (24,0)		
Efasman					
% 10-20	11 (21,2)	20 (38,5)	31 (29,8)	5,762	0,056
% 30-40	20 (38,5)	21 (40,3)	41 (39,4)		
% 50-60	21 (40,3)	11 (21,2)	32 (30,8)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 19’da görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum ünitesine başvurduğu latent fazda dilatasyon ve efasman bulguları verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin %76,9’u, kontrol grubundaki gebelerin %75,0’ı üç cm servikal dilatasyon ile doğum ünitesine başvurmuşlardır. Servikal dilatasyon açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 19).

Deney grubundaki gebelerin %38,5’i, kontrol grubundaki gebelerin %40,3’ünün efasmanı %30-40 arasındadır. Deney ve kontrol grupları arasında efasman durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Latent Fazda Sistolik Kan Basıncı, Diastolik Kan Basıncı, Nabız ve Çocuk Kalp Sesine İlişkin Bulgular

	Deney	Kontrol	t	p
Özellikler	X ± SS	X ± SS		
Sistolik kan basıncı	109,8 ± 11,6	106,9 ± 10,6	1,323	0,189
Diastolik kan basıncı	71,7 ± 5,8	71,3 ± 5,6	0,342	0,733
Nabız	78,6 ± 3,9	78,9 ± 3,1	-0,382	0,703
Çocuk kalp sesi	140,5 ± 5,1	140,5 ± 3,5	-0,090	0,929

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin latent faza ilişkin sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ve çocuk kalp sesi bulguları Tablo 20’de verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğumun latent fazında sistolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 109,8±11,6, kontrol grubunda 106,9±10,6 olup, deney ve kontrol grubu arasında sistolik kan basıncı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 20).

Gebelerin latent fazda diastolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 71,7±5,8, kontrol grubunda 71,3±5,6 olup, deney ve kontrol grubu arasında diastolik kan basıncına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Latent fazda nabız sayısı ortalaması deney ve kontrol grubunda sırasıyla 78,6±3,9 ve 78,9±3,1’dir. Deney ve kontrol grubu arasında nabız sayısı ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Latent fazda gebelerin çocuk kalp sesi ortalaması deney grubunda 140,5±5,1, kontrol grubunda 140,5±3,5 olup, iki grup arasında nabız sayısı ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Aktif Fazda Dilatasyon ve Efasman Durumlarına Göre Dağılımı

Aktif Fazda Dilatasyon ve Efasman	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Dilatasyon					
5 cm	2 (3,8)	1 (1,9)	2 (2,9)	2,470	0,291
6 cm	35 (67,4)	42 (80,8)	77 (74,0)		
7 cm	15 (28,8)	9 (17,3)	24 (23,1)		
Efasman					
% 40-50	1 (1,9)	1 (1,9)	2 (1,9)	0,160	0,923
% 60-70	28 (53,8)	30 (57,7)	58 (55,8)		
% 80-90	23 (44,3)	21 (40,4)	44 (42,3)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 21’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin aktif faza ilişkin dilatasyon ve efasman bulguları yer almaktadır. Deney grubundaki gebelerin %67,4’ünün kontrol grubundaki gebelerin %80,8’inin aktif fazda 6 cm servikal dilatasyonu olduğu bulunmuştur. Servikal dilatasyon açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Deney grubundaki gebelerin %53,8’i, kontrol grubundaki gebelerin %57,7’sinin efasmanı %60-70 aralığındadır. Deney ve kontrol grupları arasında efasman durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Aktif Fazda Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı, Nabız ve Çocuk Kalp Sesine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney X $\pm$ SS	Kontrol X $\pm$ SS	t	p
Sistolik kan basıncı	113,6 $\pm$ 9,0	114,2 $\pm$ 6,9	-0,364	0,717
Diastolik kan basıncı	71,5 $\pm$ 5,3	71,5 $\pm$ 5,8	-0,868	0,387
Nabız	78,5 $\pm$ 4,1	77,2 $\pm$ 3,6	1,703	0,092
Çocuk kalp sesi	141,1 $\pm$ 6,0	139,0 $\pm$ 7,0	1,557	0,123

Tablo 22’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin aktif faza ilişkin sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ve çocuk kalp sesi bulguları sunulmuştur. Gebelerin aktif fazda sistolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 113,6 $\pm$ 9,0, kontrol grubunda

114,2±6,9 olup, deney ve kontrol grubu arasında sistolik kan basıncı ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 22).

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerde diastolik kan basıncı ortalaması sırasıyla 71,5±5,3 ve 71,5±5,8 olup, iki grup arasında diastolik kan basıncına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Aktif fazda gebelerin nabız sayısı ortalaması (deney grubu: 78,5±4,1, kontrol grubu: 77,2±3,6) açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 22).

Gebelerin aktif fazda çocuk kalp sesi ortalaması deney grubunda 141,1±6,0, kontrol grubunda 139,0±7,0 olup nabız sayısına göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Geçiş Fazında Dilatasyon ve Efasman Durumlarına Göre Dağılımı

Geçiş Fazında Dilatasyon ve Efasman	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Dilatasyon					
8 cm	5 (9,6)	9 (17,3)	14 (13,4)	1,870	0,393
9 cm	13 (25,0)	9 (17,3)	22 (21,2)		
10 cm	34 (65,4)	34 (65,4)	68 (65,4)		
Efasman					
% 70-80	6 (11,5)	6 (11,3)	12 (11,5)	0,000	1,000
% 90-100	46 (88,5)	46 (88,5)	92 (88,5)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 23'te deney ve kontrol grubundaki gebelerin geçiş fazında dilatasyon ve efasman bulguları görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %65,4'ünün geçiş fazında 10 cm servikal dilatasyonu olduğu belirlenmiştir. Servikal dilatasyon açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 23).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %88,5'inin efasmanı %90-100 olarak saptanmıştır. İki grup arasında efasmana göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Geçiş Fazında Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı, Nabız ve Çocuk Kalp Sesine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney X ± SS	Kontrol X ± SS	t	p
Sistolik kan basıncı	109,8 ± 11,6	106,9 ± 10,5	-0,531	0,597
Diastolik kan basıncı	71,7 ± 5,8	71,3 ± 5,6	1,959	0,053
Nabız	78,6 ± 3,9	78,9 ± 3,1	1,624	0,107
Çocuk kalp sesi	140,5 ± 5,1	140,5 ± 3,4	0,472	0,638

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin geçiş fazında sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ile çocuk kalp sesi ortalamalarına ilişkin bulguları Tablo 24'te verilmiştir. Kadınların geçiş fazında sistolik kan basıncı ortalaması deney grubunda 109,8±11,6, kontrol grubunda 106,9±10,5 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 24).

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin geçiş fazında diastolik kan basıncı ortalaması sırasıyla 71,7±5,8 ve 71,3±5,6'dır (p>0,05) (Tablo 24).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin geçiş fazında nabız sayısı ortalaması açısından deney (78,6±3,9) ve kontrol (78,9±3,1) grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 24).

Geçiş fazında çocuk kalp sesi ortalaması deney grubunda 140,5±5,1, kontrol grubunda 140,5±3,4 olup, deney ve kontrol grubu arasında çocuk kalp sesi ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0,05) (Tablo 24).

Tablo 25. Deney ve Kontrol Grubunda Olan Gebelere Latent Fazda Rutin Bakım Uygulamalarının Yapılma Durumuna Göre Dağılımı

Latent Fazda Bakım Uygulamaları	Deney Uygulandı n (%)	Deney Uygulanmadı n (%)	Kontrol Uygulandı n (%)	Kontrol Uygulanmadı n (%)	χ^2	p
Gebeyi doğum ünitesine sıcak/pozitif bir şekilde karşılama	45 (96,5)	7 (13,5)	43 (82,7)	9 (17,3)	0,295	0,587
Sözel yazılı onamını alma	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,00)	-	-
Hastane rutinleri anlatılarak, doğum ünitesinin tanıtılması	8 (15,4)	44 (84,6)	16 (30,8)	36 (69,2)	3,467	0,063
Gebeye ait günlük bakım eşyalarının yerleştirmesine yardım etme	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	-	-
Gebenin olası istekleri/sorularına açık net biçimde cevap verme	38 (73,1)	14 (26,9)	40 (76,9)	12 (23,1)	0,205	0,651
Kontraksiyon sıklığı ve kontraksiyon sırasında nefes alma tekniklerine ilişkin bilgi verme	4 (7,7)	48 (92,3)	3 (5,8)	49 (94,2)	0,153	0,696
Kontraksiyon sırasında yastık vb nesnelerle pozisyonuna destek sağlama	2 (3,8)	50 (96,2)	5 (9,6)	47 (90,4)	1,378	0,240
Kontraksiyon sırasında sakral masaj yapma	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	-	-
Etkin ıkınmaya yönelik bilgi verme	1 (1,9)	51 (98,1)	1 (1,9)	51 (98,1)	0,000	1,000
İstediği pozisyonu almasına destek verme	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	-	-
Yapılacak olası girişimlerin nedenlerini gebeye açıklama	44 (84,6)	8 (15,4)	41 (78,8)	11 (21,2)	0,580	0,446
Travay diyeti almasını sağlama/ sıvı alması önerilmeyen gebe için dudaklarını ıslatma	2 (3,8)	50 (96,2)	4 (7,7)	48 (92,3)	0,707	0,400
Kişisel mahremiyetine dikkat etme	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	-	-
Destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olma	43 (82,7)	9 (17,3)	42 (80,8)	10 (19,2)	0,640	0,800
El tutma veya omzunu sıvazlama gibi empatik girişimler yapma	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	-	-
Yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşünceleri ifade etmeyi sağlama	44 (84,6)	8 (15,4)	46 (88,5)	6 (11,5)	0,330	0,566
Kontraksiyon aralarında yürümesine destek olma	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	-	-

Tablo 25’te deney ve kontrol grubundaki gebelere latent fazda hastanede sunulan rutin bakım uygulamalarının yapılma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin tamamının (%100,0) latent faz sürecinde sözel, yazılı onamı alınmış ve mahremiyetlerine dikkat edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hiçbirine eşyalarını yerleştirmede yardım, kontraksiyonlar sırasında masaj uygulaması, pozisyonlandırmada destek ve el tutma omuz sıvazlama gibi empatik girişimlerde bulunulmamıştır (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %96,5’i kontrol grubundaki gebeleri %82,7’si sıcak ve pozitif şekilde karşılandığını belirtmiştir. İki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %84,6’sı, kontrol grubundaki gebelerin %69,2’sine hastane rutinleri anlatılmamış ve doğum ünitesinin tanıtımı yapılmamıştır. İki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %73,1’inin, kontrol grubundaki gebelerin %76,9’unun olası istekleri/sorularına açık net biçimde cevap verilmiştir. İki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %92,3’üne, kontrol grubundaki gebelerin %94,2’sine latent fazda nefes alma teknikleri hakkında bilgi verilmemiş, iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %82,7’si kontrol grubundaki gebelerin %80,8’ine destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olunmuştur. İki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %96,2’sine, kontrol grubundaki gebelerin %90,4’üne kontraksiyon sırasında yastık vb. nesnelerle destek sağlanmamıştır. İki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %98,1’ine latent fazda etkin ıkınmaya yönelik bilgi verilmemiştir. İki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Latent fazda yapılan girişimlerin nedenleri deney grubundaki gebelerin %84,6’sına, kontrol grubundaki gebelerin %78,8’ine açıklanmış olup iki grup arasında girişimlerin nedenlerinin açıklanması açısından bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %96,2’si, kontrol grubundaki gebelerin %92,3’üne travay diyeti alması sağlanmamış, travay boyunca sıvı gıda alması önerilmeyen

gebeler için dudaklarını ıslatma uygulaması yapılmamış olup, gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %82,7'si kontrol grubundaki gebelerin %80,8'ine destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olunmuştur. İki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Deney grubundaki gebelerin %84,6'sı kontrol grubundaki gebelerin %88,5'ine yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşünceleri ifade etmesi sağlanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 25).



Tablo 26. Deney ve Kontrol Grubunda olan Gebelere Aktif Fazda Rutin Bakım Uygulamalarının Yapılma Durumuna Göre Dağılımı

Aktif Fazda Hemşirelik Bakım Uygulamaları	Deney	Deney	Kontrol	Kontrol	χ^2	p
	Uygulandı	Uygulanmadı	Uygulandı	Uygulanmadı		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Hızlı/yüzeyel solunum tipi anneye hatırlatma	4 (7,7)	48 (92,3)	3 (5,8)	49 (94,2)	0,153	0,696
Hidroterapi/duş almayı önerme	5 (9,6)	47 (90,4)	6 (11,5)	46 (88,5)	0,102	0,750
Kişisel hijyen ihtiyaçlarının karşılanması (çarşaf değişimi, terin silinmesi vb)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	-	-
Kontraksiyon sırasında sakral bölgeye masaj yapma	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	-	-
Kişisel mahremiyetine dikkat etme	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	-	-
İstediği pozisyonu almasına destek verme	18 (34,6)	34 (65,4)	12(23,1)	40 (76,9)	1,686	0,194
Destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olma	21 (40,4)	31 (59,6)	29 (55,8)	23 (44,2)	2,465	0,116
Duyarlı, ilgili nazik olma, seçimlerine saygılı olma	38 (73,1)	14 (26,9)	40 (76,9)	12 (23,1)	0,205	0,651
Yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşünceleri ifade etmeyi sağlama	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	-	-

Deney grubundaki gebelerin %92,3'üne, kontrol grubundaki gebelerin %94,2'sine aktif fazda hızlı/yüzeyel solunum tipi anneye hatırlatılmamış olup, iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Deney grubundaki kadınların %90,4'üne, kontrol grubundaki kadınların %88,5'ine aktif fazda hidroterapi/duş alma önerilmemiş, iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Aktif fazda kişisel hijyen ihtiyaçları deney ve kontrol grubunda olan gebelerin tamamında karşılanmış, yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşüncelerini ifade etmesi sağlanmış ve kadınların mahremiyetlerine dikkat edilmiştir (Tablo 26).

Gebelerin büyük çoğunluğuna (deney=%73,1 kontrol=%76,9) duyarlı, ilgili nazik davranılıp, seçimlerine saygılı olunmuştur. İki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Aktif fazda deney ve kontrol grubundaki gebelerin hiçbirine masaj uygulaması yapılmamıştır. Deney grubundaki gebelerin %65,4'üne, kontrol grubundaki gebelerin %76,9'una istediği pozisyonu almasına destek verilmemiş olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 27. Deney ve Kontrol Grubunda olan Gebelere Geçiş Fazında Rutin Bakım Uygulamalarının Yapılma Durumuna Göre Dağılımı

Geçiş Fazında Hemşirelik Bakım Uygulamaları	Deney Uygulandı n (%)	Deney Uygulanmadı n (%)	Kontrol Uygulandı n (%)	Kontrol Uygulanmadı n (%)	χ^2	p
Hızlı/yüzeyel solunum tipi anneye hatırlatma	10 (19,2)	42 (80,8)	11 (21,2)	41 (78,8)	0,295	0,587
İstediği pozisyonu almasına destek verme	6 (11,5)	46 (88,5)	6 (11,5)	46 (88,5)	0,000	1,000
Kişisel hijyen ihtiyaçlarının karşılanması (çarşaf değişimi, terin silinmesi vb)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	-	-
Kontraksiyon sırasında sakral bölgeye masaj yapma	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	-	-
İsteklerini ifade etmesine yardım etme	47 (90,4)	5 (9,6)	48 (92,3)	4 (7,7)	0,122	0,727
Kişisel mahremiyetine dikkat etme	52 (100,0)	0 (0,0)	52 (100,0)	0 (0,0)	-	-
Destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olma	34 (65,4)	18 (34,6)	34 (65,4)	18 (34,6)	0,000	1,000
Duyarlı, ilgili, nazik olma, seçimlerine saygılı davranma	48 (92,3)	4 (7,7)	49 (94,2)	3 (5,8)	0,153	0,696
El tutma veya omzunu sıvazlama gibi empatik girişimler yapma	4 (7,7)	47 (92,3)	5 (9,6)	46 (90,4)	0,122	0,727

Deney grubundaki gebelerin %80,8'ine, kontrol grubundaki gebelerin %78,8'ine hızlı yüzeyel solunum egzersizleri hatırlatılmamış olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %88,5'ine istediği pozisyona geçerken destek olunmamış olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin tamamının (%100,0) geçiş fazı sürecinde kişisel hijyen ihtiyaçları karşılanmış ve mahremiyetlerine dikkat edilmiştir. Geçiş fazında gebelerin hiçbirine masaj uygulaması yapılmamıştır (Tablo 27).

Deney grubundaki gebelerin %90,4'ü kontrol grubundaki gebeleri %92,3'ünün isteklerini ifade etmesi sağlanmış olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %65,4'üne destekleyici ve övgü içeren sözlerle destek olunmuştur. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Deney grubundaki gebelerin %92,3'üne kontrol grubundaki gebelerin %94,2'sine duyarlı, ilgili, nazik olunmuş, seçimlerine saygılı davranılmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Deney grubundaki gebelerin %92,3'üne kontrol grubundaki gebelerin %90,4'üne el tutma veya omzunu sıvazlama gibi empatik girişimler yapılmamıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

6.3 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN LATENT, AKTİF, GEÇİŞ FAZLARINDA DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ, VİZÜEL ANALOG SKALA PUAN ORTALAMALARI VE AĞRI DİYAGRAMI KULLANILARAK BELİRLENEN AĞRI BÖLGESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarında Durumluk Kaygı Ölçeği ve Vizüel Analog Skala puan ortalamaları ile ağrı diyagramı kullanılarak belirlenen ağrı bölgesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 28. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminin Latent, Aktif ve Geçiş Fazında Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Doğum Eyleminin Fazları	Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması		t*	p
	Deney X ± SS	Kontrol X ± SS		
Latent faz				
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi	53,0 ± 5,4	52,6 ± 4,0	0,326	0,745
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası	42,9 ± 4,9	52,1 ± 5,1	-9,258	0,000
Aktif faz				
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi	48,5 ± 2,3	53,5 ± 4,0	-7,646	0,000
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası	45,9 ± 4,1	53,4 ± 3,6	-9,778	0,000
Geçiş fazı				
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi	50,0 ± 3,4	55,2 ± 3,4	-7,880	0,000
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası	46,5 ± 2,9	55,4 ± 4,6	-11,823	0,000

* Bağımsız gruplarda iki grup ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazı Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması Tablo 28’de sunulmuştur. Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubu gebelerde 53,0±5,4, kontrol grubundaki gebelerde 52,6±4,0 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 28).

Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda olan gebelerde $42,9 \pm 4,9$, kontrol grubunda olan gebelerde $52,1 \pm 5,1$ olup Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,000$) (Tablo 28).

Aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubundakilerde $48,5 \pm 2,3$, kontrol grubundakilerde $53,5 \pm 4,0$ 'dir. Aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubundaki gebelerde $45,9 \pm 4,1$, kontrol grubunda olanlarda $53,4 \pm 3,6$ 'dır. Aktif fazda verilen destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 28).

Geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda $50,0 \pm 3,4$, kontrol grubunda $55,2 \pm 3,4$ 'tür. Geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney ve kontrol grubunda olan kadınlarda sırasıyla $46,5 \pm 2,9$ ve $55,4 \pm 4,6$ olarak saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 28).

Tablo 29. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Değerlendirmesine Göre Dağılımı

Doğum Eyleminin Fazları	Deney Grubu Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması		t*	p	Kontrol Grubu Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması		t*	p
	Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi X ± SS	Destekleyici Hemşirelik Bakımı Sonrası X ± SS			Rutin Bakım Öncesi X ± SS	Rutin Bakım Sonrası X ± SS		
Latent faz	53,0 ± 5,4	42,9 ± 4,9	11,988	0,000	52,6 ± 4,0	52,1 ± 5,1	0,714	0,479
Aktif faz	48,5 ± 2,3	45,9 ± 4,1	4,708	0,000	53,5 ± 4,0	53,4 ± 3,6	0,196	0,845
Geçiş fazı	50,0 ± 3,3	46,5 ± 2,8	5,274	0,000	55,2 ± 3,4	55,4 ± 4,6	0,243	0,809

* Bağımlı gruplarda iki grup ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum eyleminin fazlarına göre Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesi Tablo 29’da verilmiştir. Latent fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi $53,0 \pm 5,4$, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $42,9 \pm 4,9$ olarak bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 29).

Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda $48,5 \pm 2,3$, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $45,9 \pm 4,1$ olarak bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 29).

Deney grubunda geçiş fazında Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı öncesi $50,0 \pm 3,3$, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $46,5 \pm 2,8$ ’dir ($p=0,000$) (Tablo 29).

Deney grubunda olan gebelerin latent, aktif ve geçiş fazında Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı sonrası öncesine göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 29).

Latent fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda rutin bakım öncesi $52,6 \pm 4,0$, rutin bakım sonrası $52,1 \pm 5,1$ ’dir ($p>0,05$) (Tablo 29).

Aktif fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda rutin bakım öncesi $53,5 \pm 4,0$, rutin bakım sonrası $53,4 \pm 3,6$ olarak saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 29).

Kontrol grubunda olan gebelerde geçiş fazında Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması rutin bakım öncesi $55,2 \pm 3,4$, rutin bakım sonrası $55,4 \pm 4,6$ olarak belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 29).

Kontrol grubundaki gebelerin latent, aktif ve geçiş fazında rutin bakım öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 30. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlere Göre Dağılımı

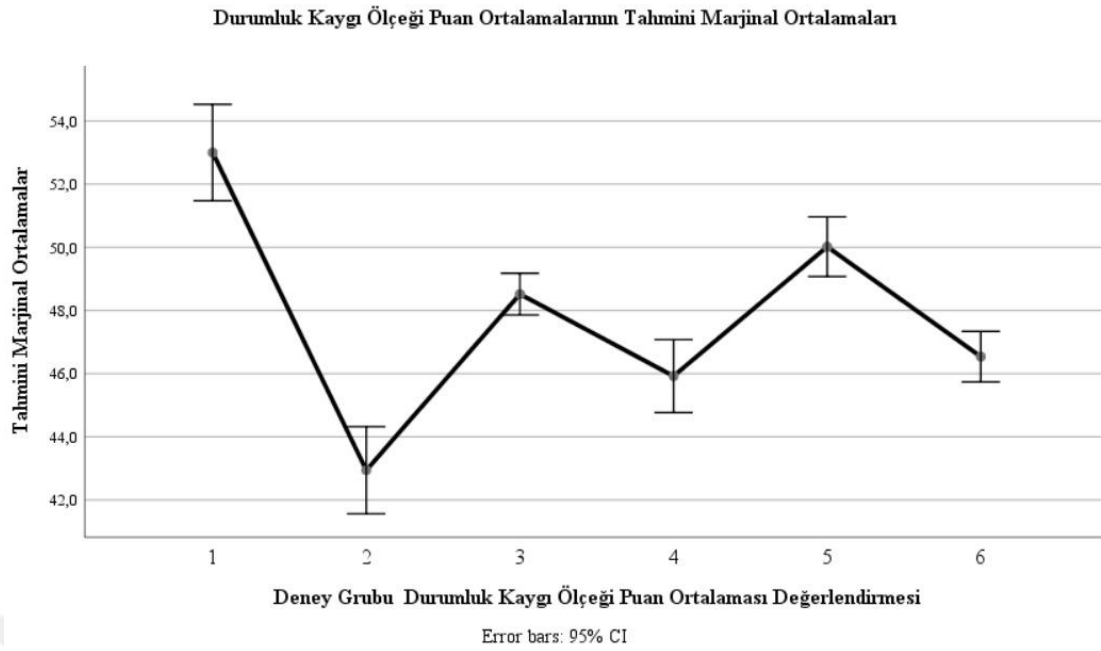
Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması								
Doğum Eyleminin Fazları	Deney Grubu X ± SS	F	p	Farkın Yönü	Kontrol Grubu X ± SS	F	p	Farkın Yönü
Latent faz								
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ^a	53,0 ± 5,4				52,6 ± 4,0			
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası ^b	42,9 ± 4,9				52,1 ± 5,1			
Aktif faz								
Destekleyici hemşirelik bakım öncesi ^c	48,5 ± 2,3	2295858,548	0,000	a>e>c>f>d>e	53,5 ± 4,0	28257,092	0,000	a=b=c=d<e=f
Aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası ^d	45,9 ± 4,1				53,4 ± 3,6			
Geçiş fazı								
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ^e	50,0 ± 3,3				55,2 ± 3,4			
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası ^f	46,5 ± 2,8				55,4 ± 4,6			

Deney gurubu: Pilla's Trace F=50,534, p=0,000, Mauchly's W= 0,398, sd=14, p<000, Greenhouse-Geisser F=48,093, p=0,000
Kontrol grubu: Pilla's Trace F=5,40, p=0,000, Mauchly's W= 0,544, sd=14, p<0,008, Greenhouse-Geisser F=6,314, p=0,000

Deney ve kontrol gruplarında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının dağılımı tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (post hoc: Bonferroni) testi ile değerlendirilmesi sonucunda deney grubunda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması latent, geçiş ve aktif faz destekleyici hemşirelik bakım öncesi, latent, aktif ve geçiş fazı destekleyici bakım sonrasına göre istatistiksel anlamlı farklıdır ($p=0,000$) (Tablo 30).

Kontrol grubunda ise latent fazda rutin bakım öncesi ve sonrası, aktif fazda rutin bakım öncesi ve sonrası, geçiş fazında rutin bakım öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması istatistiksel anlamlı fark göstermemektedir (Tablo 30).

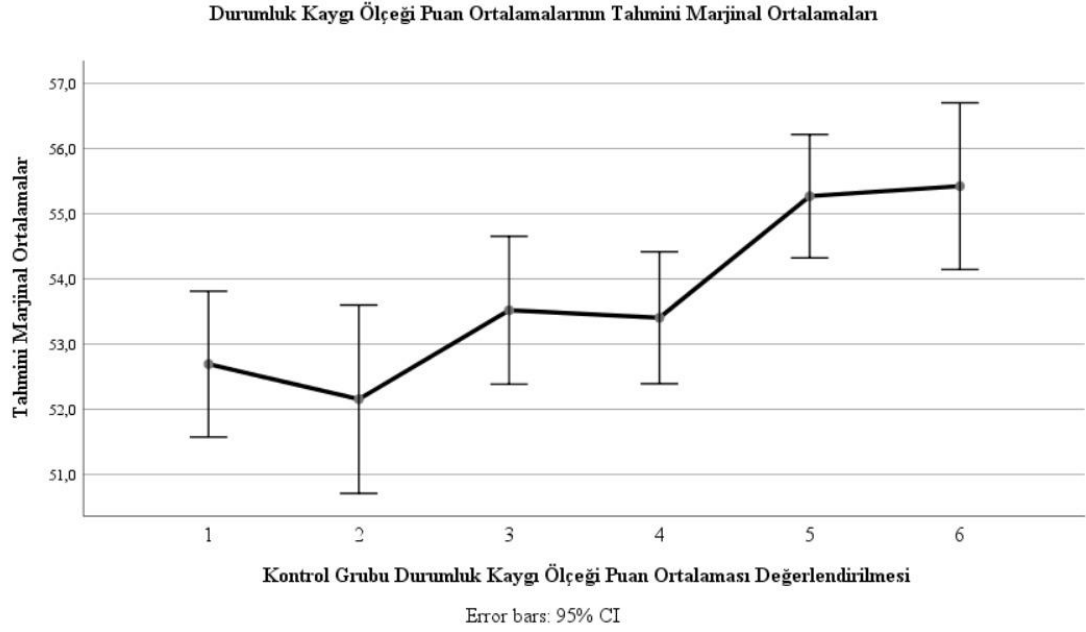
Kontrol grubunda geçiş fazında Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması latent ve aktif faz puan ortalamalarından istatistiksel anlamlı olarak yüksektir ($p=0,000$) (Tablo 30).



- 1: Latent faz destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 2: Latent faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 3: Aktif faz destekleyici hemşirelik bakım öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 4: Aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 5: Geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 6: Geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması

Şekil 18. Deney Grubunda Olan Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları

Şekil 18’de deney grubunda latent, aktif ve geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası ölçümlerin %95 güven düzeyinde error bar ile gösterimi görülmektedir. Deney grubunda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,000$).



- 1: Latent faz rutin bakım öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 2: Latent faz rutin bakım sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 3: Aktif faz rutin bakım öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 4: Aktif faz rutin bakım sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 5: Geçiş fazı rutin bakım öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması
- 6: Geçiş fazı rutin bakım sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalaması

Şekil 19. Kontrol Grubunda Olan Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları

Kontrol grubunda olan gebelerin rutin bakım öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının %95 güven düzeyinde error bar ile gösterimi Şekil 19’da görülmektedir. Kontrol grubunda latent faz rutin bakım öncesi ve sonrası, aktif fazda rutin bakım öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$), geçiş fazında Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının latent ve aktif faz puan ortalamalarından istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,000$) (Şekil 19).

Tablo 31. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası Vizüel Analog Skala Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Doğum Eyleminin Fazları	VAS Puan Ortalaması		t*	p
	Deney X ± SS	Kontrol X ± SS		
Latent faz				
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi	4,7 ± 1,4	5,0 ± 1,5	-0,830	0,408
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası	3,8 ± 1,3	5,2 ± 1,8	-4,332	0,000
Aktif faz				
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi	7,5 ± 1,0	7,9 ± 1,2	-1,883	0,062
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası	6,3 ± 1,4	8,0 ± 1,0	-7,024	0,000
Geçiş fazı				
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi	9,4 ± 0,7	9,8 ± 0,4	-3,038	0,003
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası	8,3 ± 0,7	9,5 ± 1,3	-5,692	0,000

* Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası VAS puan ortalamaları Tablo 31’de görülmektedir. Latent faz destekleyici bakım öncesi VAS puan ortalaması deney grubunda olan gebelerde 4,7±1,4, kontrol grubunda olan gebelerde 5,0±1,5’tir. Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Latent faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda olan gebelerde (3,8±1,3) kontrol grubunda olan gebelere göre (5,2±1,8) istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 31).

Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması deney grubundaki gebelerde 7,5±1,0, kontrol grubundaki gebelerde 7,9±1,2’dir. Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 6,3±1,4 kontrol grubunda 8,0±1,0 olup deney grubundaki VAS puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel anlamlı olarak düşüktür (p=0,000) (Tablo 31).

Geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması deney grubunda $9,4\pm0,7$, kontrol grubunda $9,8\pm0,4$ olup, destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubunda VAS puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,003$). Geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda olan gebelerde $8,3\pm0,7$, kontrol grubunda olan gebelerde $9,5\pm1,3$ olup destekleyici hemşirelik bakımı sonrası deney grubundaki VAS puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak düşüktür ($p=0,000$) (Tablo 31).



Tablo 32. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eylemi Fazlarına göre Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası VAS Puan Ortalamalarının Grup İçi Değerlendirilmesine Göre Dağılımı

Doğumun Eylemi Fazları	Deney Grubu VAS Puan Ortalaması				Kontrol Grubu VAS Puan Ortalaması			
	Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi X ± SS	Destekleyici Hemşirelik Bakımı Sonrası X ± SS	t*	p	Rutin Bakım Öncesi X ± SS	Rutin Bakım Sonrası X ± SS	t*	p
Latent faz	4,7 ± 1,4	3,8 ± 1,3	9,223	0,000	5,0 ± 1,5	5,2 ± 1,8	-0,822	0,415
Aktif faz	7,5 ± 1,1	6,2 ± 1,4	8,339	0,000	7,9 ± 1,2	8,0 ± 1,0	-0,574	0,569
Geçiş fazı	9,4 ± 0,7	8,3 ± 0,7	2,572	0,013	9,8 ± 0,4	9,5 ± 1,3	1,481	0,145

* Bağımlı gruplarda iki grup ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin VAS puan ortalamalarının grup içi değerlendirmesinin doğum eyleminin fazlarına göre dağılımı Tablo 32’de sunulmuştur. Deney grubunda latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması $4,7 \pm 1,4$, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $3,8 \pm 1,3$ ’tür ($p=0,000$). Deney grubunda aktif faz VAS puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı öncesi $7,5 \pm 1,1$, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $6,2 \pm 1,4$ ’tür ($p=0,000$). Geçiş fazında deney grubunda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması $9,4 \pm 0,7$, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $8,3 \pm 0,7$ ’dir ($p=0,013$). Deney grubunda olan gebelerin latent, aktif ve geçiş fazında VAS puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı sonrası öncesine göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 32).

Latent fazda VAS puan ortalaması kontrol grubunda rutin bakım öncesi $5,0 \pm 1,5$, rutin bakım sonrası $5,2 \pm 1,8$ olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Kontrol grubunda aktif fazda VAS puan ortalaması rutin bakım öncesi $7,9 \pm 1,2$, kontrol grubunda rutin bakım sonrası $8,0 \pm 1,0$ ’dır ($p>0,05$). Geçiş fazında VAS puan ortalaması kontrol grubunda rutin bakım öncesi $9,8 \pm 0,4$, rutin bakım sonrası $9,5 \pm 1,3$ ’tür ($p>0,05$) (Tablo 32).

Tablo 33. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası VAS Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlere Göre Dağılımı

Doğumun Eylemi Fazları	Deney Grubu X ± SS	VAS Puan Ortalaması						
		F	p	Farkın Yönü	Kontrol Grubu X ± SS	F	p	Farkın Yönü
Latent faz								
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ^a	4,7 ± 1,4				5,0 ± 1,5			
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası ^b	3,8 ± 1,3				5,2 ± 1,8			
Aktif faz								
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ^c	7,5 ± 1,0	3675,579	0,000	e>f>c>d>a>b	7,9 ± 1,2	4547,171	0,000	e=f>d=c>a=b
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası ^d	6,2 ± 1,4				8,0 ± 1,0			
Geçiş fazı								
Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ^e	9,4 ± 0,7				9,8 ± 0,4			
Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası ^f	8,3 ± 0,7				9,5 ± 1,3			

Deney grubu: Pilla's Trace F=186,527, p=0.000, Mauchly's W= 0,391, sd=14, p<0,000, Greenhouse-Geisser F=260,465, p=0,000

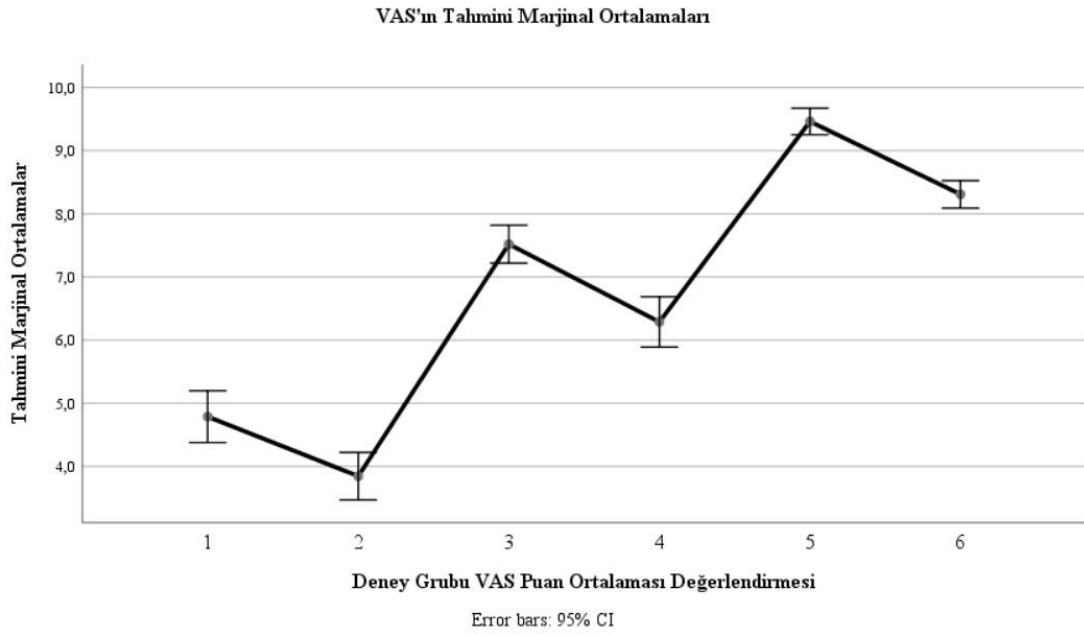
Kontrol grubu: Pilla's Trace F=123,301, p=0.000, Mauchly's W= 0,329, sd=14, p<0,008, Greenhouse-Geisser F=168,246, p=0,000

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum eyleminin fazlarına göre destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası VAS puan ortalamalarının tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonuçlarına göre dağılımı Tablo 33'te yer almaktadır.

Tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (post hoc: Bonferroni) ile yapılan değerlendirmede deney grubunda latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması $4,7 \pm 1,4$ iken, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS puan ortalaması $3,8 \pm 1,3$ 'e düşmüştür. Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması deney grubunda $7,5 \pm 1,0$ olup, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $6,2 \pm 1,4$ olarak bulunmuştur. Geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması $9,4 \pm 0,7$ olarak saptanmış, bu puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $8,3 \pm 0,7$ olarak bulunmuştur. Deney grubunda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası VAS puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 33).

Kontrol grubunda latent faz VAS puan ortalaması rutin bakım öncesi $5,0 \pm 1,5$ rutin bakım sonrası $5,2 \pm 1,8$ olarak bulunmuştur. Aktif fazda rutin bakım öncesi kontrol grubunun VAS puan ortalaması $7,9 \pm 1,3$, rutin bakım sonrası $8,0 \pm 1,0$ 'dır. VAS puan ortalaması kontrol grubunun geçiş fazında rutin bakım öncesi $9,8 \pm 0,4$, rutin bakım sonrası $9,5 \pm 1,3$ olarak saptanmıştır (Tablo 33).

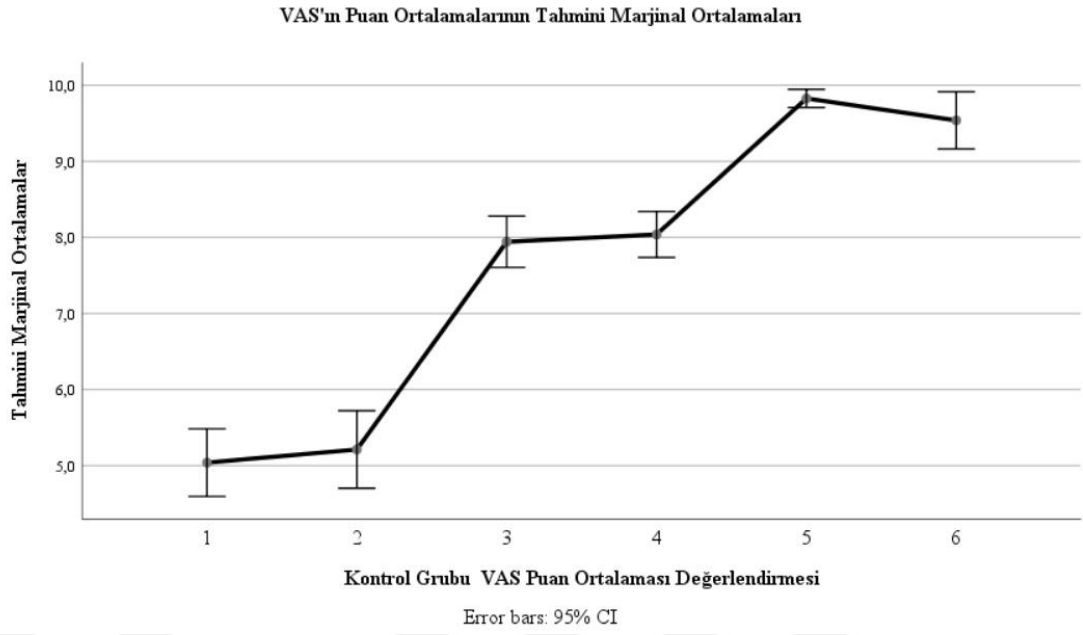
Kontrol grubunda latent fazda rutin bakım öncesi ve sonrası, aktif fazda rutin bakım öncesi ve sonrası, geçiş fazında rutin bakım öncesi ve sonrası VAS puan ortalaması istatistiksel anlamlı fark göstermemektedir. VAS puan ortalaması kontrol grubunda latent, aktif ve geçiş fazları arasında farklılık göstermektedir ($p=0,000$) (Tablo 33).



- 1: Latent faz destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS Puan Ortalaması
- 2: Latent faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS Puan Ortalaması
- 3: Aktif faz destekleyici hemşirelik bakım öncesi VAS Puan Ortalaması
- 4: Aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS Puan Ortalaması
- 5: Geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS Puan Ortalaması
- 6: Geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS Puan Ortalaması

Şekil 20. Deney Grubunda Olan Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Destekleyici Hemşirelik Bakımı Öncesi ve Sonrası VAS Puan Ortalamaları

Deney grubunun doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası VAS puan ortalamalarının %95 güven düzeyinde error bar grafiği ile gösterimi Şekil 20’de sunulmuştur. Deney grubunda doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalamalarının destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS puan ortalamalarından istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir ($p=0,000$).



- 1: Latent faz rutin bakım öncesi VAS Puan Ortalaması
- 2: Latent faz rutin bakım sonrası VAS Puan Ortalaması
- 3: Aktif faz rutin bakım öncesi VAS Puan Ortalaması
- 4: Aktif faz rutin bakım sonrası VAS Puan Ortalaması
- 5: Geçiş fazı rutin bakım öncesi VAS Puan Ortalaması
- 6: Geçiş fazı rutin bakım sonrası VAS Puan Ortalaması

Şekil 21. Kontrol Grubunda Olan Gebelerin Doğum Eyleminin Fazlarına Göre Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası VAS Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kontrol grubunun doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazında rutin bakım öncesi ve sonrası VAS puan ortalamalarının %95 güven düzeyinde error bar grafiği ile gösterimi Şekil 21’de görülmektedir. Kontrol grubunda doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazındaki VAS puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Geçiş fazında VAS puan ortalamasının latent ve aktif faz VAS puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,000$).

Tablo 34. Deney ve Kontrol Grubunda Olan Gebelerin Ağrı Diyagramına Göre Ağrının Lokalize Olduğu Bölgelerin Dağılımı

Ağrının Lokalize Olduğu Bölge	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*
Latent Faz			
<u>Destekleyici hemşirelik bakım öncesi**</u>			
Sağ bel	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,0)
Umblikus pubis arası	12 (23,1)	14 (26,9)	26 (25,0)
Pubis	9 (17,3)	18 (34,6)	27 (26,0)
Sakral bölge	28 (53,8)	20 (38,5)	48 (46,2)
Umblikus pubis arası, sakral bölge	3 (5,8)	1 (1,9)	4 (3,8)
Pubis, sakral bölge	2 (3,8)	1 (1,9)	3 (2,9)
<u>Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası **</u>			
Sol kalça	1 (1,9)	1 (1,9)	2 (1,9)
Sağ kalça	3 (5,8)	2 (3,8)	5 (4,8)
Umblikus pubis arası	17 (32,7)	12 (23,1)	29 (27,9)
Pubis	15 (28,8)	6 (11,5)	21 (20,2)
Sakral bölge	20 (38,5)	31 (59,6)	51 (49,0)
Aktif faz			
<u>Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi **</u>			
Bel	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (1,9)
Umblikus pubis arası	18 (34,0)	24 (46,2)	42 (80,8)
Pubis	20 (38,5)	16 (30,8)	36 (69,2)
Sol üst bacak	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)
Sakral bölge	11 (21,2)	11 (21,2)	22 (42,3)
Sakral bölge, pubis	3 (5,8)	4 (7,7)	7 (13,5)
<u>Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası **</u>			
Umblikus pubis arası	14 (26,9)	11 (21,2)	25 (24,0)
Pubis	32 (61,5)	34 (65,4)	66 (63,5)
Pubis, sakral bölge	3 (5,8)	1 (1,9)	4 (3,8)
Sakral bölge	5 (9,6)	6 (11,5)	11 (10,6)
Geçiş Fazı			
<u>Destekleyici hemşirelik bakımı öncesi **</u>			
Umblikus pubis arası	6 (11,5)	2 (3,8)	6 (5,8)
Pubis	42 (80,8)	48 (92,3)	94 (90,4)
Sakral bölge	6 (11,5)	3 (5,8)	7 (6,7)
<u>Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası **</u>			
Umblikus pubis arası	4 (7,7)	2 (3,8)	5 (4,8)
Pubis	51 (98,1)	52 (98,1)	102 (98,1)
Sakral bölge	3 (5,8)	1 (1,9)	6 (5,8)

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 34'te gebelerin ağrı diyagramı kullanılarak ağrının lokalize olduğu bölgelerin dağılımı görülmektedir. Deney grubunda olan gebelerin latent faz destekleyici hemşirelik bakımı öncesi %53,8'inin, kontrol grubundaki gebelerin

%38,5'inin sakral bölgede ağrısı olduğu belirlenmiştir. Latent faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası deney grubundaki gebelerin %38,5'i, kontrol grubundaki gebelerin %59,6'sı sakral bölgede ağrısı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 34).

Aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubunda olan gebelerin %38,5'i, kontrol grubundaki gebelerin %30,8'i pubis bölgesinde ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası deney grubundaki gebelerin %61,5'i, kontrol grubundaki gebelerin %65,4'ü pubis bölgesinde ağrısı olduğunu belirtmiştir (Tablo 34).

Geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubundaki gebelerin %80,8'i, kontrol grubu gebelerin %92,3'ü pubis bölgesinde ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin destekleyici hemşirelik bakımı sonrası %98,1'i pubis bölgesinde ağrısı olduğunu belirtmiştir (Tablo 34).

6.4 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınlara epizyotomi, indüksiyon ve lavman uygulanma durumları, laserasyon varlığı, laserasyon derecesi, amnion sıvısı yapısı, yenidoğanın cinsiyeti, doğumda gebelik haftası, bebeklerin boyu, kilosu ve birinci ve beşinci dakika Apgar skor ortalamalarına göre dağılımı, doğum süresi, doğumun zorluk algısı, doğuma ilişkin düşünceleri, hemşirelik bakımından memnuniyet durumları ve doğum sonrası döneme ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 35. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğuma İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Epizyotomi					
Var	39 (75,0)	42 (80,8)	81 (77,9)	0,502	0,478
Yok	13 (25,0)	10 (19,2)	23 (22,1)		
İndüksiyon					
Uygulandı	40 (76,9)	39 (75,0)	79 (76,0)	0,053	0,819
Uygulanmadı	12 (23,1)	13 (25,0)	25 (24,0)		
Lavman					
Uygulandı	10 (19,2)	19 (36,5)	29 (27,9)	3,873	0,049
Uygulanmadı	42 (80,8)	33 (63,5)	75 (72,1)		
Laserasyon					
Var	14 (26,9)	19 (36,5)	33 (31,7)	1,110	0,292
Yok	38 (73,1)	33 (63,5)	71 (68,3)		
Laserasyon derecesi					
1. derece	11 (78,6)	8 (42,1)	19 (57,6)	4,388	0,036
2. derece	3 (21,4)	11 (57,9)	14 (42,4)		
Amniyon sıvısının yapısı					
Berrak	50 (96,2)	48 (92,3)	98 (94,2)	0,707	0,400
Mekonyumlu	2 (3,8)	4 (7,7)	6 (5,8)		
Yenidoğanın cinsiyeti					
Kız	26 (50,0)	27 (51,9)	53 (51,0)	0,038	0,844
Erkek	26 (50,0)	25 (48,1)	51 (49,0)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 35’te gebelerin doğuma ilişkin özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Deney grubunda olan gebelerin %75,0’ına, kontrol grubunda olan gebelerin %80,8’ine epizyotomi uygulanmıştır. Epizyotomi uygulanma durumuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 35).

Deney grubunda olanların %76,9’una, kontrol grubundakilerin %75,0’ına indüksiyon uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında indüksiyon uygulanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 35).

Deney grubundaki gebelerin %19,2’sine, kontrol grubundaki gebelerin %36,5’ine lavman uygulaması yapılmış olup, iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,049$) (Tablo 35).

Deney grubundaki kadınların %26,9’unda, kontrol grubundakilerin %36,5’inde laserasyon olduğu belirlenmiştir. Laserasyon olma durumu açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan gebelerin %78,6’sında, kontrol grubundaki gebelerin %42,1’inde birinci derece laserasyon olduğu belirlenmiş, ikinci derece laserasyon deney grubunda %21,4, kontrol grubunda %57,9’dur. Laserasyonun derecesi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,036$) (Tablo 35).

Deney grubu gebelerin %96,2’sinin, kontrol grubu gebelerin %92,3’ünün amniyon sıvısı berraktır ($p>0,05$) (Tablo 35).

Deney grubundaki gebelerin %50,0’ının, kontrol grubu gebelerin %51,9’unun bebeklerinin cinsiyeti kızdır. Yenidoğanın cinsiyetine göre iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 36. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Gebelik Haftası, Bebeklerin Boyu, Kilosu ve Apgar Skoru Ortalamalarına Göre Dağılımı

Özellikler	Deney X ± SS	Kontrol X ± SS	t	p
Gebelik haftası	39,1 ± 1,2	39,4 ± 1,2	1,137	0,258
Bebekğin kilosu	3263,3 ± 441,7	3245,1 ± 346,1	0,233	0,816
Bebekğin boyu	50,2 ± 1,2	49,9 ± 1,7	0,940	0,349
1.Apgar (1.dk)	8,8 ± 0,7	7,8 ± 0,6	7,056	0,000
5.Apgar (5.dk)	10,0 ± 0,0	9,6 ± 0,5	5,878	0,000

Tablo 36’da deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin gebelik haftası, bebeklerin boyu, kilosu ve Apgar puan ortalamaları görülmektedir.

Deney grubunda olan kadınların gebelik haftası ortalaması 39,1±1,2, kontrol grubunda olan kadınların gebelik haftası ortalaması 39,4±1,2’dir. Gebelik haftasına göre deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 36).

Deney grubundaki kadınların bebeklerinin ortalama doğum kilosu 3263,3±441,7 gram, kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin ortalama doğum kilosu 3245,1±346,1 gramdır. Bebeğin doğum kilosuna göre deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 36).

Bebeklerin boy ortalaması deney grubunda 50,2±1,2 santimetre, kontrol grubunda 49,9±1,7 santimetredir. Bebeğin boyuna göre deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 36).

Bebeklerin birinci dakika Apgar skor ortalamaları deney grubunda 8,8±0,7, kontrol grubunda 7,8±0,6 olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 36).

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların bebeklerinin beşinci dakika Apgar skor ortalamaları deney grubunda 10,0±0,0, kontrol grubunda 9,6±0,5 olup, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,000$) (Tablo 36).

Tablo 37. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Süresi ve Doğum Zorluk Algısı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Özellikler	Deney X ± SS	Kontrol X ± SS	t	p
Doğum süresi	9,2±5,4	12,6±6,8	2,839	0,005
Doğum zorluk algısı	7,8±2,0	9,4±1,2	5,016	0,000

Tablo 37’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum süresi ve doğum zorluk algısı puan ortalamaları görülmektedir. Deney grubunda olan gebelerin doğum süresi ortalaması 9,2±5,4 saat, kontrol grubunda olanların doğum süresi ortalaması 12,6±6,8 saattir. Doğum süresi ortalaması kontrol grubunda yer alan gebelerde deney grubunda yer alan gebelere göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,005) (Tablo 37).

Doğum zorluk algısı puan ortalaması deney grubunda olan kadınlarda 7,8±2,0, kontrol grubunda 9,4±1,2 olarak belirlenmiştir. Doğum zorluk algısı puan ortalaması kontrol grubunda yer alan gebelerde deney grubunda yer alan gebelere göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,000) (Tablo 37).

Tablo 38. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğuma İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı

Doğuma İlişkin Düşünceler	Deney n (%)*	Kontrol n (%)*	Toplam n (%)*	χ^2	p
Doğum ağrısı algısı					
Beklediğimden fazlaydı	2 (42,3)	35 (67,3)	57 (54,8)	10,041	0,007
Beklediğim gibiydi	21 (40,4)	16 (30,8)	37 (35,6)		
Beklediğimden azdı	9 (17,3)	1 (1,9)	10 (9,6)		
Normal doğumdan memnun olma durumu					
Memnun olan	46 (88,5)	27 (51,9)	73 (70,2)	16,590	0,000
Memnun olmayan	6 (11,5)	25 (48,1)	31 (29,8)		
Doğum süresi algısı					
Beklediğimden uzundu	12 (23,0)	29 (55,8)	41 (39,4)	12,789	0,002
Beklediğim gibiydi	24 (46,2)	17 (32,7)	41 (39,4)		
Beklediğimden kısaydı	16 (30,8)	6 (11,5)	22 (21,2)		
Tekrar normal doğum yapmak isteme durumu					
Evet	50 (96,2)	39 (75,0)	89 (85,6)	9,426	0,002
Hayır	2 (3,8)	13 (25,0)	15 (14,4)		
Normal doğumu çevresindeki insanlara önerme durumu					
Önereceğini belirten	51 (98,1)	45 (86,5)	96 (92,3)	4,875	0,027
Önermeyeceğini belirten	1 (1,9)	7 (13,5)	8 (7,7)		
Toplam	52 (100,0)	52 (100,0)	104 (100,0)		

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 38’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğuma ilişkin düşüncelerinin dağılımı verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin %42,3’ü, kontrol grubundaki gebelerin %67,3’ü doğum ağrısının beklediğinden fazla olduğunu belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında doğum ağrısı algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,007$) (Tablo 38).

Deney grubundaki gebelerin %88,5’i, kontrol grubundaki gebelerin %51,9’u normal doğumdan memnun olduğunu belirtmiş olup, iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 38).

Deney grubundaki gebelerin %46,2’si, kontrol grubundaki gebelerin %32,7’si doğum süresinin beklediği gibi olduğunu belirtmiş, iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,002$) (Tablo 38).

Deney grubundaki kadınların %96,2’si, kontrol grubundaki kadınların %75,0’ı tekrar normal doğum yapmak istediğini belirtmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında tekrar normal doğum yapmayı isteme durumuna göre istatistiksel anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,002$) (Tablo 38).

Deney grubundaki gebelerin %98,1’i, kontrol grubundaki gebelerin %86,5’i çevresindeki insanlara normal doğumu önereceklerini belirtmiştir. Çevresindeki insanlara normal doğumu önerme durumuna göre iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,027$) (Tablo 38).

Tablo 39. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Bir Sonraki Doğumunu Normal Doğum ile Yapmak İsteme ve İstememe Nedenlerine Göre Dağılımı

Gebelerin Bir Sonraki Doğumunu Normal Doğum Yapmak İsteme ve İstememe Nedenleri	Deney n (%)	Kontrol n (%)
Bir sonraki doğumu normal doğum yapmak isteme nedenleri		
Kendini iyi hissetme	18 (36,0)	16 (38,3)
Kolay mobilize olma	9 (18,0)	7 (17,9)
Sağlıklı olduğunu düşünme	5 (10,0)	6 (15,4)
Çabuk toparlanma, iyileşme	9 (18,0)	3 (10,3)
Geçici ağrı yaşanması	2 (4,0)	3 (10,3)
Daha kolay olduğunu düşünme	5 (10,0)	1 (2,6)
Sezaryenden korkma	0 (0,0)	1 (2,6)
Bebegi ile rahat ilgilenbilme	2 (4,0)	1 (2,6)
Bir sonraki doğumu normal doğum yapmak istememe nedenleri		
Çok ağrılı olması	0 (0,0)	8 (61,5)
Doğum süresinin uzun olması	0 (0,0)	1 (7,7)
Sezaryenin daha rahat olduğunu düşünme	0 (0,0)	2 (15,4)
Ebelerin yaklaşımlarının olumsuz etkilemesi	0 (0,0)	2 (15,4)
Vajinal muayeden rahatsız olma	1 (50,0)	0 (0,0)
Bir daha çocuk istememe	1 (50,0)	0 (0,0)

Deney grubundaki kadınların %36,0'ı kontrol grubundaki kadınların %38,3'ü kendini iyi hissettikleri için bir sonraki doğumlarını normal doğum yapmak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 39).

Deney grubundaki kadınların %50,0'ı (n=1) vajinal muayeneden rahatsız olduğu ve %50,0'ı (n=1) bir daha çocuk sahibi olmak istemediği için bir sonraki doğumunu normal doğum yapmak istemediğini belirtmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %61,5'i (n=8) normal doğumun “çok ağrılı” olduğunu düşündüğü için bir sonraki doğumunu normal doğum ile yapmak istemediklerini ifade etmiştir (Tablo 39).

Tablo 40. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Normal Doğumu Çevresindekilere Önerme ve Önermeme Nedenlerine Göre Dağılımı

Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Normal Doğumu Çevresindekilere Önerme ve Önermeme Nedenlerine Göre Dağılımı	Deney n (%)	Kontrol n (%)
Normal doğumu çevresindekilere önerme nedenleri		
Kendini iyi hissetme	5 (9,8)	7 (15,6)
Kolay mobilize olma	4 (7,8)	3 (6,7)
Sağlıklı olduğunu düşünme	15 (29,5)	16 (35,6)
Çabuk toparlanma, iyileşme	10 (19,6)	9 (20,0)
Geçici ağrı yaşanması	4 (7,8)	5 (11,1)
Daha kolay olduğunu düşünme	7 (13,7)	2 (4,4)
Bebegi ile rahat ilgilenebilme	4 (7,8)	2 (4,4)
Memnun kaldığı için önerme	1 (2,0)	0 (0,0)
Doğumun kısa sürmesi	1 (2,0)	0 (0,0)
Sezaryenin daha ağrılı olduğunu düşünme	0 (0,0)	1 (2,2)
Normal doğumu çevresindekilere önermeme nedenleri		
Çok ağrılı olması	1 (100,0)	3 (42,8)
Doğum süresinin uzun olması	0 (0,0)	2 (28,6)
Sezaryenin daha rahat olduğunu düşünme	0 (0,0)	2 (28,6)

Deney grubundaki gebelerin %29,5'i, kontrol grubundaki gebelerin %35,6'sı normal doğumun sağlıklı olduğunu düşündükleri için çevresindekilere önereceğini belirtmiştir (Tablo 40).

Normal doğumu çevresindekilere önermeyeceğini belirten deney grubundaki bir kadın kontrol grubundaki üç kadın doğumun çok ağrılı olması nedeni ile normal doğumu çevresindekilere önermeyeceğini ifade etmiştir (Tablo 40).

Tablo 41. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Aldıkları Bakımından Memnuniyet Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Gruplar	Aldıkları Bakımından Memnuniyet Puan Ortalaması X ± SS (min, maks)	t*	p
Deney**	9,9 ± 0,2 (min=9, maks=10)	11,388	0,000
Kontrol***	7,2 ± 1,6 (min=1, maks=10)		

*Bağımsız gruplarda t testi

**Destekleyici hemşirelik bakımı

***Rutin bakım

Deney grubundaki gebelerin destekleyici hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması 9,9±0,2'dir. Kontrol grubundaki gebelerin hastanede sunulan rutin bakımından memnuniyet puan ortalaması 7,2±1,6'dır. İki grup arasında memnuniyet puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000) (Tablo 41).

Tablo 42. Deney Grubundaki Gebelerin Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Üzerine Etkisi Hakkında Düşüncelerine Göre Dağılımı

Destekleyici Hemşirelik Bakımın Doğum Etkisi Hakkında Düşünceler	n (%)
Rahatlamaya yardımcı olma	
Evet	52 (100,0)
Hayır	0 (0,0)
Kısmen	0 (0,0)
Huzur ve güven verme	
Evet	49 (98,1)
Hayır	0 (0,0)
Kısmen	3 (1,9)
Ağrıları hissetmeyi azaltma	
Evet	49 (94,2)
Hayır	0 (0,0)
Kısmen	3 (5,8)
Ortama uyum sağlamaya yardımcı olma	
Evet	51 (98,1)
Hayır	0 (0,0)
Kısmen	1 (1,9)
Toplam	52 (100,0)

Deney grubundaki gebelerin tamamı (%100,0) uygulanan destekleyici hemşirelik bakımının rahatlamalarına yardımcı olduğunu, %98,1'i kendilerine huzur ve güven verdiğini, %94,2'si ağrıları hissetmeyi azalttığını ve %98,1'i ortama uyum sağlamaya yardımcı olduğunu belirtmiştir (Tablo 42).

Tablo 43. Deney Grubundaki Gebelerin Destekleyici Hemşirelik Bakımı Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Uygulanan destekleyici bakım hakkında ne düşünüyorsunuz?	f
Rahatlamamı sağladı/kaygılarımı azalttı	18
Masaj çok iyi geldi/ağrımı azalttı	8
Açıklayıcı ve bilgilendiriciydi	6
Sürekli yanımda olup güler yüzle sorularımı yanıtlamanız çok iyi geldi	6
Ses tonunuz çok rahatlatıcı	5
Doğum çok kısa sürdü/kolay oldu	2
Nefesime odaklanmamı sağladı	2
Düş almak çok iyi geldi	2
Egzersizler yürüyüş açılmamı hızlandırdı	1
Kendime güvenimi arttırdı	1
Doğuma odaklanmamı sağladı	1
Bütün doğumlarda olmalı	1
Doğum boyunca elinizi tutmak desteğinizi daha da hissettirdi	1

Deney grubundaki gebelerin “Uygulanan destekleyici hemşirelik bakımı hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 43’te özetlenmiştir. Gebeler (f=18) destekleyici hemşirelik bakımının kendilerini rahatlattığını belirtmiştir.

Kadınların destekleyici hemşirelik bakımı hakkında düşüncelerine ait bazı ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

“.... bu benim üçüncü doğumum tayinimiz yeni buraya çıktı ve hiç kimseyi tanımıyorum. Çok korkuyordum ve kaygılıydım. Siz beni çok güzel karşıladınız kaygılarımı giderdiniz ses tonunuz yaptığınız açıklamalar beni çok rahatlatmış. İlk doğumum özeldeydi, ikinci doğum devlette ben böyle hiç bakım görmedim. Allah sizden razı olsun, size ömrüm boyunca dua edicem...” (Multıpar, 28 yaşında)

“...ilk doğumum çok heyecanlı ve korkuyordum. Siz en başından neler olacağını ve neler yapmam gerektiğini anlattığınız için içim rahatladı. Benimle oda içinde yürüdünüz bana egzersiz yaptırdınız. Nefes egzersizi öğrettiniz. Sadece benim değil anneminde kaygılarını giderdiniz ablam gibi hissettim sizi. Masaj uygulayınca ağrıyı

hissetmem çok azalıyordu. Pardon dalga, dalga diyecektik bebeğimi bana getiren dalga... Dışarıdan gelen sesleri duymamam için açtığınız o dingin müzik çok iyiydi televizyonda izlediğim doğumlar gibi, şu an kendimi çok iyi hissediyorum...”
(Primipar, 23 yaşında)

“... bu benim ikinci doğumum acil tıp teknisyeni olmama rağmen korkum ve tedirginliğim çoktu nasıl insanlarla nasıl karşılaşacağım diye. Doğum öncesi hazırlık sınıfına gittim doğuma hazır olmak için orada öğrendiklerimi uygulamak istiyordum ama nasıl bir ortam olacak hiç kestiremediğimden tedirgindim. Sayenizde nefes egzersizlerinden masaja, ten tene temasa kadar tüm öğrendiklerimi uygulama şansım olduğu için çok mutluyum. Doğum çok çabuk oldu bence bu yaptığınız uygulamalarla ilgili...” (Multipar, 28 yaşında)

“... adım adım ne yapacağını anlatan bilgili birinin yanımda olması, nazik bir şekilde sizinle ilgilenmesi, rahatlıkla konuşabilmem büyük şans, sakinleştim ve doğal olan bu süreci yaşamaya çalıştım ilk emzirmeyi de siz yaptırdığınız ya emmezse diye çok korkuyordum...” (Primipar, 37 yaşında).

“.... yanımda durmanız beni çok rahatlatmış masaj ve nefes egzersizleri kendime güvenimi artırdı, sorularıma verdiğiniz güler yüzlü yanıtlar hem beni hemde yakınımı rahatlatmış...” (Primipar, 24 yaşında).

“.... sormaya çekindiğim şeyleri size rahatlıkla sorabildim, söylenenleri anlamakta zorlanmıştım özellikle de doğum anında siz söyleyince daha anlaşılır oluyordu. Aylardır beklediğim bebeğime kavuşma heyecanıma ortak oldunuz, yardımcı oldunuz, doğum anında terimi sildiniz, cesaretlendirdiniz, duş almak çok iyi geldi.”
(Primipar, 23 yaşında).

“.... bu benim ikinci doğumum, ikinci doğumum olmasına karşın korkuyordum. Sayenizde doğum oldukça kolay oldu. Bence bu uygulamalar bütün doğumlarda olmalı....” (Multipar 26 yaşında).

7. TARTIŞMA

Bu araştırmada intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının algılanan doğum ağrısı ve süresi, durumluk kaygı düzeyi ile anne memnuniyetine etkisi incelenmiştir. Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı özellikleri, dilatasyon dönemi, latent, aktif, geçiş fazlarında Durumluk Kaygı Ölçeği ve Vizüel Analog Skala puan ortalamaları ile doğum süresi, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bulgulara yönelik tartışmaya yer verilmiştir.

7.1 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA

Bu araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $25,9 \pm 4,7$ olup, deney grubundaki gebelerin %50,0'si, kontrol grubundaki gebelerin %51,9'u 25-31 yaş grubundadır. Araştırmada gebelerin yaş ortalaması deney grubunda $27,0 \pm 4,8$, kontrol grubunda $26,9 \pm 4,7$ bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında; Çin'de primipar gebelere verilen sürekli ebelik desteğinin doğum şekli, doğumun ilerlemesi ve memnuniyetine etkisini inceleyen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin (n=170) yaş ortalaması $25,6 \pm 3,4$ kontrol grubundaki gebelerin (n=170) yaş ortalaması $25,4 \pm 3,5$ 'tir (Zhang ve ark. 2021). Brezilya'da masajın doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin (n=23) yaş ortalaması $19,0 \pm 3,0$ kontrol grubundaki gebelerin (n=23) yaş ortalaması $19,0 \pm 4,0$ bulunmuştur (Gallo ve ark. 2013). İsveç'te şiddetli doğum korkusu olan kadınlara sürekli ebelik desteğinin etkilerini belirlemek için yapılan çalışmada deney grubundaki gebelerin (n=14) yaş ortalaması $31,6 \pm 5,7$ kontrol grubundaki gebelerin (n=28) yaş ortalaması $29,2 \pm 3,4$ 'tür (Sydsjö ve ark. 2015). Hindistan'da primipar kadınların refakatçilerinin eğitilmesinin kadınların kaygı, doğum sonucu ve anne memnuniyeti üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin (n=17) %58,8'inin 18-22 yaş arasında olduğu kontrol grubundaki gebelerin (n=17) %47,0'ının 23-27 yaş arasında olduğu saptanmıştır (Jisha ve Sreeja 2021). İran'da masajın doğum süresine etkisini incelemek amacıyla yürütülen bir çalışmada ise deney grubundaki gebelerin (n=50) yaş ortalaması $25,8 \pm 5,2$ kontrol grubundaki

gebelerin (n=50) yaş ortalaması $23,4 \pm 4,5$ bulunmuştur (Bolbol-Haghighi ve ark. 2016). Ülkelere göre destekleyici bakımın etkilerini inceleyen çalışmalarda gebelerin yaş ortalamalarının 19-30 yaş arasında değişiklik gösterdiği görülmektedir.

İç Anadolu bölgesinde intrapartum dönemde destekleyici bakımın doğum korkusu ve doğum sonuçları üzerinde etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada gebelerin yaş ortalaması müdahale grubunda (n=36) $24,9 \pm 5,9$ kontrol grubunda (n=36) $25,0 \pm 4,7$ olarak belirlenmiştir (İşbir ve Serçekuş 2017). İzmir’de aralıklı destekleyici hemşirelik bakımının doğum sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yürütülen araştırmada müdahale grubundaki gebelerin (n=30) yaş ortalaması $25,4 \pm 4,2$ kontrol grubundaki gebelerin (n=30) yaş ortalaması $24,8 \pm 4,2$ ’dir (Çiçek ve Mete 2021). Burdur’da öğrenci hemşireler tarafından verilen destekleyici bakımın doğum konforuna etkisini belirlemek amacıyla bir araştırma yapılmış, deney grubundaki gebelerin (n=54) yaş ortalaması $26,5 \pm 6,3$ kontrol grubundaki gebelerin (n=54) yaş ortalaması $26,2 \pm 5,3$ olarak saptanmıştır (Kakaşçı ve ark. 2021). İstanbul’da doğum sürecindeki gebelere verilen fiziksel desteğin doğum sonuçlarına etkisini belirlemek için yürütülen araştırmada yaş ortalaması çalışma grubundaki gebelerde (n=30) $24,4 \pm 3,2$ kontrol grubundaki gebelerde (n=30) $24,6 \pm 4,1$ ’dir (Bayrı Bingöl ve ark. 2020). Türkiye’de yürütülen araştırma sonuçları ile bu çalışma bulgularında gebelerin yaş ortalamalarının benzer olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %42,3’ü, kontrol grubundaki gebelerin %53,8’i ilköğretim mezunudur. Brezilya’da yürütülen bir çalışmada müdahale grubundaki gebelerin %35,0’inin, kontrol grubundaki gebelerin %26,0’inin ilkokul mezunu olduğu (Gallo ve ark. 2013), Çin’de yürütülen bir çalışmada ise rutin ebelik bakım alan gebelerin %71,7’sinin, sürekli ebelik bakımı alan gebelerin %72,9’unun ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır (Zhang ve ark. 2021). İran’da bir çalışmada masaj grubundaki gebelerin %68,0’inin, kontrol grubundaki gebelerin %28,0’inin lise ve üzeri eğitime sahip olduğu belirtilmiştir (Bolbol-Haghighi ve ark. 2016). Hindistan’da doula tarafından verilen bakımının annenin kaygı düzeyine etkisini inceleyen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin (n=60) %36,7’si kontrol grubundaki gebelerin (n=60) %46,7’si ilköğretim mezunudur (Devi ve ark. 2020). Literatürde yürütülen uluslararası çalışmalarda gebelerin eğitim düzeyinin bu çalışma bulgularından yüksek olduğu görülmektedir. Burdur’da yürütülen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin %27,8’i, kontrol grubundaki gebelerin %18,5’i ilkokul mezunudur (Kakaşçı ve ark. 2021). İç Anadolu bölgesinde yapılmış bir çalışmada

müdahale grubundaki gebelerin %81,8'i, kontrol grubundaki gebelerin %70,0'ı ilkokul mezunudur (İşbir ve Serçekuş 2017). İzmir'de bir çalışmada müdahale grubundaki gebelerin %23,3'ünün kontrol grubundaki gebelerin %16,7'sinin ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır (Çiçek ve Mete 2021). İstanbul'da sakral masajın doğum ağrısı ve kaygısı üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin (n=30) %60,0'ı kontrol grubundaki gebelerin (n=30) %56,7'si ilkokul mezunudur (Çevik ve Karaduman 2021). Türkiye'de yürütülen çalışmalar ile bu araştırma bulguları eğitim durumuna göre kıyaslandığında araştırma örneklemelerinin farklılığına bağlı olarak eğitim durumunda farklılık gösterdiği görülmektedir.

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %73,1'i kontrol grubundaki gebelerin %86,5'i çalışmamaktadır. Bu çalışma bulgularına benzer biçimde; İsveç'te yürütülen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin %72,7'si, kontrol grubundaki gebelerin %84,6'sı (Sydsjö ve ark. 2015), İran'da yürütülen bir çalışmada masaj grubundaki gebelerin %86,0'ı, kontrol grubundaki gebelerin %90,0'ı (Bolbol-Haghighi ve ark. 2016), Hindistan'da yürütülen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin %64,7'si, kontrol grubundaki gebelerin %58,8'i (Jisha ve Sreeja 2021), Hindistan'da yürütülen bir diğer çalışmada ise deney grubundaki gebelerin %80,0'ı, kontrol grubundaki gebelerin %85,0'i çalışmamaktadır (Devi ve ark. 2020). Bu araştırma bulgusundan farklı olarak İspanya'da gebelerin %24,4'ünün çalışmadığı saptanmıştır (Gonzalez-Messa ve ark. 2019).

Türkiye'de yürütülen çalışmalar incelendiğinde; İzmir'de bir çalışmada deney grubundaki gebelerin %76,7'si, kontrol grubundaki gebelerin %56,7'si (Çiçek ve Mete 2021), Burdur'da deney grubundaki gebelerin %85,2'si, kontrol grubundaki gebelerin %79,6'sı çalışmamaktadır (Kakaşçı ve ark. 2020). SP6 noktasına yapılan akupresürün doğum ağrısı ve süresine etkisini belirlemek amacıyla Balıkesir'de yapılan bir çalışmada deney grubundaki gebelerin (n=30) %73,3'ü, kontrol grubundaki gebelerin (n=30) %66,7'sinin çalışmadığı bulunmuştur (Türkmen ve Turfan 2020). Gebelikte kültürel faktörlerin kaygı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla 250 Türk ve 264 İspanyol gebe ile yürütülen bir çalışmada Türk gebelerin %70,4'ü çalışmamaktadır (Gonzalez-Messa ve ark. 2019). Bu araştırma sonuçları ile önceden yürütülen çalışmalarda çalışmayan gebelerin yüzdelerinin benzer olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %73,1'inin, kontrol grubundaki gebelerin %86,5'inin ev hanımı olduğu görülmüştür. Gebelikte kültürel faktörlerin kadınların kaygı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada

İspanyol gebelerin %13,2'si Türk gebelerin %71,2'si (Gonzalez-Mesa ve ark. 2019), İran'da kadınların %88,0'ı (Bolbol-Haghigh ve ark. 2016), Etiyopya'da %33,4'ü ev hanımıdır (Workie ve ark. 2021). Bolu'da doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada (n=387) kadınların %75,5'inin (Bilgin ve ark. 2018), İstanbul'da doğum yapan kadınların (n=225) mahremiyet algılarının memnuniyet üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların %79,1'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Orman ve Demirci 2019). Bu araştırma bulgularına benzer şekilde ülkemizde yürütülen çalışmalarda da gebelerin büyük çoğunluğunun ev hanımı oldukları görülmektedir.

Bu çalışmada gebelerin büyük çoğunluğunun (%96,2) resmi nikahı bulunmaktadır. Brezilya'da masaj grubundaki gebelerin %30,0'ı kontrol grubundaki gebelerin %13,0'ının evli olduğu saptanmıştır (Gallo ve ark. 2013). İşveç'te deney grubundaki gebelerin %90,0'ının kontrol grubundaki gebelerin tamamının evli olduğu belirtilmiştir (Sydsjö ve ark. 2015). Afrika'da intrapartum dönemde ebelerin kadınlara doğum sırasında verdikleri destekleyici bakımı belirlemek amacıyla 24 gebe ve 12 ebe ile yürütülen nitel bir çalışmada gebelerin %42,0'ının (Maputle 2018), İspanya'da yapılan bir çalışmada gebelerin %47,2'sinin evli olduğu saptanmıştır (Gonzalez-Messa ve ark. 2019). Gebelerin evli olma durumu ülkelere göre farklılık gösterdiği çalışmalarda görülmektedir. Kadınların resmi nikahlı olma durumu ulusal çalışmaların bulguları ile karşılaştırıldığında bu çalışma bulgularına benzer biçimde; Antalya'da gebelerin %96,4'ünün (Gonzalez-Messa ve ark. 2019), Gaziantep'te %84,5'inin evli olduğu bulunmuştur (Kaplan ve ark. 2007).

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %82,7'sinin kontrol grubundaki gebelerin %75,0'ının sağlık güvencesine sahip olduğu saptanmıştır. Manisa'da bir çalışmada masaj grubundaki gebelerin %96,8'inin kontrol grubundaki gebelerin tamamının sağlık güvencesi olduğu bulunmuştur (Erdoğan ve ark. 2017). Bolu'da kadınların %97,7'sinin (Bilgin ve ark. 2018), İstanbul'da %76,2'sinin (Orman ve Demirci 2019), Afrika'da %79,6'sının sağlık güvencesi olduğu bulunmuştur (Mukomurigo ve ark. 2017).

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %61,5'inin, kontrol grubundaki gebelerin %65,4'ünün geliri giderine eşittir. Burdur'da yürütülen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin %50,0'ının, kontrol grubundaki gebelerin %44,4'ünün (Kakaşçı ve ark. 2021), İstanbul'da çalışma grubundaki gebelerin %86,7'sinin, kontrol grubundaki gebelerin %66,7'sinin (Bayri Bingöl ve ark. 2020), Antalya'da gebelerin

(n=259) %62,2'sinin gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur (Boz ve ark. 2019). Manisa'da kadınların intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda uygulanan girişimlerin uygulanma durumu ve kadınların tercihlerini inceleyen bir çalışmada kadınların (n=325) %19,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır (Uzel ve Yanikkerem 2018).

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %21,2'si, kontrol grubundaki gebelerin %19,2'si sigara içtiğini belirtmiştir. Çalışmalar incelendiğinde; Brezilya'da gebelerin %18,0'ının (Dias-Dame ve Caser 2015), Amerika Birleşik Devletleri'nde %25,0'ının (Moore ve ark. 2016), Romanya'da %35,0'ının (Jaber ve ark. 2021), Brezilya'da %13,4'ünün (Kataoka ve ark. 2018), Yunanistan'da %13,2'sinin (Tsakiridis ve ark. 2018), İspanya'da %20,4'ünün (Salinas ve ark. 2021), Türkiye'de %16,5'inin (Nur 2017), Danimarka'da %18,6'sının (Madley-Dowd ve ark. 2020), İsviçre'de %15,2'sinin (Floris ve ark. 2017), İspanya'da %11,1'inin ve Antalya'da %10,0'ının gebelik sırasında sigara içtiği saptanmıştır (Gonzalez-Messa ve ark. 2019).

Araştırmada gebelik öncesi beden kitle indeksi ortalaması deney grubundaki gebelerde $24,9 \pm 5,1$, kontrol grubundaki gebelerde $23,3 \pm 4,2$ olarak bulunmuş, deney grubundaki gebelerin %50,0'ının, kontrol grubundaki gebelerin %55,8'inin normal kilolu olduğu saptanmıştır. Önceden yapılan çalışmalar bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Gebelik öncesi beden kitle indeksi ortalaması İran'da yürütülen çalışmada masaj grubunda $25,8 \pm 5,2$, kontrol grubunda $25,0 \pm 3,9$ (Bolbol-Haghighi ve ark. 2016), İstanbul'da çalışma grubundaki gebelerde $23,9 \pm 3,9$, kontrol grubundaki gebelerde $22,9 \pm 3,5$ 'tir (Bayrı Bingöl ve ark. 2020). Bu araştırmaya benzer şekilde Balıkesir'de gebelerin benlik saygısı, depresyon ve beden imajını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada gebelerin (n=362) %56,6'sını gebelik öncesi normal kiloda olduğu belirlenmiştir (Çevik ve Yanikkerem 2020).

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %50,0'ının, kontrol grubundaki gebelerin %51,9'unun eşi 25-31 yaş grubundadır. Bununla birlikte, deney grubundaki gebelerin %86,5'inin, kontrol grubundaki gebelerin %84,6'sının eşi çalışmaktadır. Tekirdağ'da doğumda kadınların sosyal destek algıları ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada gebelerin (n=245) eşlerinin %89,4'ünün çalıştığı saptanmıştır (Uçtu ve Akan 2021). Manisa'da gebelerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada gebelerin (n=190) eşlerinin %92,6'sının çalıştığı saptanmıştır (Göker ve ark. 2021).

Bu araştırmada deney grubundaki gebelerin %40,7'si kontrol grubundaki gebelerin %50,0'ı primipardır. Uluslararası çalışmalara bakıldığında; Afrika'da gebelerin %35,4'ü (Mukamurigo ve ark. 2017), Güney Afrikada'da %54,0'ı (Maputle 2018), İsveç'te deney grubundaki gebelerin %27,3' kontrol grubundaki gebelerin %30,8'inin primipar olduğu belirtilmiştir (Sydsjö ve ark. 2015). Ulusal alışmalar incelendiğinde; Manisa'da bir çalışmada gebelerin %50,8'i (Uzel ve Yanıkkerem 2018), İç Anadolu bölgesinde müdahale grubunda gebelerin %30,3', kontrol grubundaki gebelerin %43,3' (İşbir ve Serçekuş 2017), Antalya'da %48,6'sı (Boz ve ark. 2019), Manisa'da masaj grubundaki gebelerin %80,6'sı, kontrol grubundaki gebelerin %61,3' primipardır (Erdoğan ve ark. 2017).

Çalışmada deney grubundaki gebelerin %23,1'i kontrol grubundakilerin %19,2'sinin düşük öyküsü olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgularına benzer şekilde İsveç'te yürütülen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin %18,2'sinin, kontrol grubundaki gebelerin %19,2'sinin düşük öyküsü olduğu belirlenmiştir (Sydsjö ve ark. 2015). Manisa'da bir çalışmada bu çalışma bulgularından düşük olarak masaj grubundaki gebelerin hiçbirinde düşük yapma öyküsünün bulunmadığı kontrol grubundaki gebelerin %4,8'inin düşük yaptığı saptanmıştır (Erdoğan ve ark. 2017). Manisa'da yürütülen bir başka çalışmada da gebelerin %8,6'sının düşük yaptığı belirlenmiştir (Uzel ve Yanıkkerem 2018).

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %19,2'si, kontrol grubundaki gebelerin %9,6'sı küretaj olmuştur. İsveç'te deney grubundaki kadınların %18,2'si kontrol grubundaki kadınların %19,2'si küretaj olmuştur (Sydsjö ve ark. 2015). Manisa'da kadınların %5,5'i (Uzel ve Yanıkkerem 2018) ve %4,8'inin küretaj öyküsü olduğu bulunmuştur (Erdoğan ve ark. 2017).

Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki gebelerin %2,9'unun ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Çalışma bulgularına benzer şekilde; Manisa'da kadınların %2,5'i (Uzel ve Yanıkkerem 2018) ve Türkiye Nüfus ve Sağlığı Araştırması verilerine göre evli kadınların %4,0'ının ölü doğum yaptığı saptanmıştır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018).

Bu araştırmada gebelerin çoğunluğunun (deney: %71,2 kontrol: %73,1) planlı gebeliğe sahip olduğu görülmektedir. İşpanya'da yürütülen bir çalışmada kadınların %78,2'sinin (Gonzalez-Messe ve ark. 2019), İzmir'de bir çalışmada müdahale grubundaki gebelerin %83,3'ünün, kontrol grubundaki gebelerin %80,0'ının (iek ve Mete 2021), İstanbul'da gebelerin tamamının (evik ve Karaduman 2021),

Manisa’da gebelerin %84,6’sının (Uzel ve Yanikkerem 2018), Antalya’da %60,0’ının (Gonzalez-Messe ve ark. 2019) ve %67,6’sının gebeliklerinin planlı olduğu belirtilmektedir (Boz ve ark. 2019). Manisa’da planlanmamış gebelik prevalansı ve gebelikte depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada gebeliklerin (n=550) %72,9’unun planlı olduğu saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2013). Ankara’da masaj ve akupresür uygulamasının doğum ağrısı, doğum süresi ve anne memnuniyeti üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada masaj grubundaki gebelerin (n=30) %96,7’sinin, akupresür grubundaki gebelerin (n=30) %93,3’ünün, masaj ve akupresür uygulaması yapılan gruptaki gebelerin (n=30) %96,7’sinin ve kontrol grubundaki gebelerin (n=30) tamamının (%100,0) gebeliklerinin planlı olduğu bulunmuştur (Gönenç ve Terzioğlu 2020). Ülkemizde illere göre planlı gebelik oranları farklılık göstermektedir.

Bu araştırmada deney grubundaki gebelerin %5,8’i kontrol grubundakilerin %11,5’i doğuma hazırlık kursuna katılmıştır. Literatürde ülkelere göre doğuma hazırlık sınıfına katılma oranları değişmekle birlikte; Brezilya’da yürütülen bir çalışmada masaj grubundaki gebelerin %30,0’ı, kontrol grubundaki gebelerin %26,0’ı, (Gallo ve ark. 2013), Amerika Birleşik Devletleri’nde gebelerin %34,2’si (Jou ve ark. 2015), Afrika’da gebelerin %4,0’ı doğum öncesi hazırlık sınıflarına katılmıştır (Maputle 2018). Hindistan’da primigravidalara doğumun birinci evresinde yasemin yağı ile yapılan masajın doğum ağrısı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülen bir çalışmada deney grubundaki gebelerin (n=20) %30,0’ının kontrol grubundaki gebelerin (n=20) %35,0’ının doğum öncesi hazırlık kurslarına gittiği belirtilmiştir (Joseph ve Fernandes 2013). Çalışmamızda uluslararası literatüre göre gebelerin doğum öncesi hazırlık kursuna katılım oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmamızın verisinin COVID-19 pandemi döneminde toplanması ve karantina uygulamalarının olmasıyla ilişkili olabilir.

Ulusal çalışmalara bakıldığında Antalya’da bir çalışmada gebelerin %20,5’inin (Boz ve ark. 2019), Manisa’da bir çalışmada kadınların %0,9’unun doğum öncesi hazırlık sınıfına katıldığı saptanmıştır (Uzel ve Yanikkerem 2018). Türkiye’de yürütülen çalışmalarda doğuma hazırlık sınıfına katılma durumlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada gebelerin doğum öncesi kontrole gitme sayısı ortalaması deney grubunda $9,0 \pm 2,3$ kontrol grubunda $8,5 \pm 2,2$ olup, deney grubundaki gebelerin %98,1’i kontrol grubundaki gebelerin tamamı en az dört kez doğum öncesi bakım almıştır. Sağlık Bakanlığı gebeliğin 14 haftası içinde ilk, 18-24. haftalar arası ikinci, 28-32.

haftalar arası üçüncü ve 36-38. haftaları arasında dördüncü olmak üzere gebelerin en az dört kez izlenen kadınları gerektiğini belirtmekte ve gebelerin belirtilen haftalar arasında en az dört kez izlenen kadınları tam izlenen gebe olarak tanımlanmaktadır (Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019). Dünya Sağlık Örgütü 2020 verilerine göre gebelerin %59,0'ı en az dört kez doğum öncesi bakım almıştır (World Health Organization 2020). Doğum öncesi en az dört kez bakım alma oranı Kenya'da %52,1, Malawi'de %47,0, Nijerya'da %85,9 olarak belirtilmiştir (Babalola 2014). En az dört kez doğum öncesi bakım alma oranı Batı Afrika'da %53,0, Orta Afrika'da %49,0, Güney Asya'da %49,0, Latin Amerika ve Karayipler'de %91,0'dır (World Health Organization 2020).

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 yılı verilerine göre Türkiye'de gebelerin %98,3'ü tam izlenmiştir (Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019). Balıkesir'de yürütülen bir çalışmada en az altı kez doğum öncesi bakım alan gebelerin oranı deney grubunda %83,3, kontrol grubunda %93,3 olarak saptanmıştır (Türkmen ve Turfan 2020). İstanbul'da yürütülen bir çalışmada kontrol grubundaki gebelerin %83,3'ünün, deney grubundaki gebelerin %96,7'sinin gebelikleri boyunca düzenli doğum öncesi bakım aldıkları bulunmuştur (Çevik ve Karaduman 2021). Bu çalışma ve yürütülen diğer çalışma bulgularında görüldüğü gibi son yıllarda doğum öncesi bakım alma oranlarının artması sevindirici bir gelişmedir.

Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin %28,8'i, kontrol grubundaki gebelerin %32,7'si gebeliği süresince düzenli egzersiz yaptığını belirtmiştir. Bununla birlikte deney grubundaki gebelerin %62,4'ü, kontrol grubundaki gebelerin %53,0'ı gebelik sürecince günde 30 dakika yürüyüş yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu araştırma bulgularına paralel olarak Manisa'da kadınların %13,7'sinin gebelikte spor yaptığı ve %69,2'sinin yürüyüş yaptığı saptanmıştır (Göker ve ark. 2021).

Bu araştırmaya katılan gebelerin normal yaşantılarında menstrual ağrı ile baş etme durumları incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarındaki gebeler sırasıyla sıcak su uygulama (%26,9, %30,8), bitki çayı içme (%17,3, %21,2) ağrı kesici alma (%42,3, %48,1), yürüyüş (%3,8, %1,9), yatma, dinlenmeye çalışma ve uyuma (%21,2, %19,2) yöntemlerini kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışma bulgularına benzer olarak İstanbul'da kadınların menstrual ağrı ile baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada (n=419) kadınlar menstrual ağrıyı gidermek için sıcak uygulama (%75,0), masaj (%75,0), ağrı kesici kullanma (%51,0) bitki çayı içme

(%47,0) ve yatarak dinlenmeye çalışma (%92,0) yöntemlerini kullanmaktadır (Yılmaz ve ark. 2020).

Bu çalışmada deney ve kontrol gruplarında kadınlar sırasıyla nefes egzersizi (%25,0, %26,9), ağrı kesici (%11,5, %7,7), yürüme/yürüyüş (%11,5, %19,2), pozitif konuşma/telkin (%23,1, %26,9), duş alma (%38,5, %48,1), dikkati başka yöne çekme (%15,4, %17,3), sıcak su torbası (%30,8, %40,4) ve masajın (%53,8, %67,3) doğum eylemi süresince deneyimleyeceği ağrıyı rahatlatacağını düşündüğü yöntemler olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada gebelerin çoğunluğu (deney=%67,3 kontrol=%65,4) analjezik yöntemlerin kullanımının doğum ağrısını rahatlatıp rahatlatmayacağını bilmediklerini belirtmiş olup, bu bulgu gebelerin doğum ağrısı yönetiminde kullanılabilecek farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler hakkında yeterli bilgilerinin olmamasına bağlı olabilir. Bu çalışma bulgularından farklı olarak Hindistan’da yapılan bir çalışmada kadınların (n=78) %46,1’i doğum ağrısı yönetiminde kullanılabilecek yöntemleri bildiğini, kadınların %39,0’ı epidural analjezi, %16,6’sı suda doğum, %11,5’i müzik terapi, %2,6 Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS), %1,2’si hipnoz yöntemlerini bildiklerini belirtmiştir (James ve ark. 2012). Etiyopya’da doğum öncesi bakım almak için hastaneye başvuran (n=410) gebeler ile yürütülen bir çalışmada gebelerin %8,0’ının doğum analjezisi hakkında farkındalığı olduğu belirtilmiştir (Workie ve ark. 2021). Çalışma sonuçlarından görüldüğü gibi kadınların doğum ağrısını azaltmada kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler hakkında yeterli bilgileri bulunmamaktadır. İntrapartum bakım veren sağlık profesyonellerinin kadınları bu konuda bilgilendirmesi önemlidir.

7.2 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİ OLAN DİLATASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA

Bu araştırmada latent fazda deney (%76,9) ve kontrol (%75,0) grubundaki gebelerin yaklaşık dörtte üçünün doğum ünitesine üç santimetre servikal dilatasyon ile başvurduğu bulunmuştur. Bu çalışmada latent fazda gebelerin efasmanının %50-60 arasında olma oranı deney ve kontrol grubunda sırasıyla %40,3 ve %21,2'dir. Manisa'da yapılan bir çalışmada gebelerin %40,9'unun 1-3 cm, %53,0'ının 4-6 cm servikal dilatasyon ile hastaneye başvurduğu belirtilmiştir (Uzel ve Yanikkerem 2018). Manisa'da yapılan başka bir çalışmada gebelerin %59,7'sinin 4 cm servikal dilatasyon ile hastaneye başvurduğu bulunmuştur (Erdoğan ve ark 2015). Pakistan'da hastaneye başvurudaki servikal dilatasyonun sezaryen oranına etkisini inceleyen 442 kişinin dahil edildiği retrospektif bir çalışmada 4 cm ve altında servikal dilatasyon ile hastaneye başvuran kadın (n=221) oranı %89,5 iken 4 cm servikal dilatasyon ve üzerine servikal dilatasyon ile hastaneye başvuran kadın (n=221) oranı %98,2'dir. Hastaneye başvuru anında servikal dilatasyonu 4 cm ve altında olan gebelerin vajinal doğum yapma oranı istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (Anjum ve ark. 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan preaktif ve aktif dönemde doğum ünitesine başvuran nullipar kadınların (n=216) sonuçlarını inceleyen bir çalışmada preaktif dönemde başvuran kadın oranı %52,8 aktif dönemde başvuruda kadın oranı %47,2'dir. Preaktif dönemde hastaneye başvuran kadınların %22,8'inin efasmanının %50-75 arasında olduğu bulunmuştur (Neal ve ark. 2014).

Bu çalışmada latent fazda gebelerin sistolik kan basıncı deney grubunda $109,8 \pm 11,6$, kontrol grubunda $106,9 \pm 10,6$ 'dır. Bu çalışmada latent fazda diastolik kan basıncı deney grubunda olanlarda $71,7 \pm 5,8$, kontrol grubunda olanlarda $71,3 \pm 5,6$ 'dır. Bu çalışma bulgularına benzer şekilde Manisa'da yapılan bir çalışmada latent fazda sistolik kan basıncı değeri masaj grubunda $105,2 \pm 10,9$ kontrol grubunda $109,0 \pm 10,2$ olarak saptanmıştır (Erdoğan ve ark. 2015). Latent fazda bu çalışmada deney grubundaki gebelerin nabız sayısı ortalaması $78,6 \pm 3,9$, kontrol grubundaki gebelerin $78,9 \pm 3,1$ 'dir. Manisa'da yapılan çalışmada masaj grubunda $80,2 \pm 6,7$ kontrol grubunda $80,4 \pm 5,9$ bulunmuştur (Erdoğan ve ark. 2015). Hindistan'da yapılan çalışmada annenin nabız sayısı ortalaması deney grubunda müdahale öncesi $82,4 \pm 5,1$ müdahale

sonrası $84,4\pm5,9$ olup, kontrol grubunda nabız sayısı ortalaması $77,2\pm5,5$ sonraki ölçümde $80,4\pm2,6$ olarak bulunmuştur (Joseph ve Fernandes 2013).

Bu çalışmada latent fazda çocuk kalp sesi ortalaması deney grubundakilerde $140,5\pm5,1$ kontrol grubunda olanlarda $140,5\pm3,5$ 'tir. Hindistan'da yapılan çalışmada doğumun birinci aşamasında çocuk kalp hızı deney grubunda müdahale öncesi $138,0\pm8,8$, müdahale sonrası $134,4\pm10,4$, kontrol grubunda müdahale öncesi $136,8\pm4,8$, müdahale sonrası $134,4\pm11,6$ olarak belirlenmiştir. Çalışmada annenin nabız ortalaması deney grubunda müdahale öncesi $82,4\pm5,1$ müdahale sonrası $84,4\pm5,9$ 'dur. Kontrol grubunda müdahale öncesi $77,2\pm5,5$ sonraki ölçümde $80,4\pm2,6$ 'dır (Joseph ve Fernandes 2013).

Bu çalışmada aktif fazda deney grubundaki gebelerin %67,4'ü, kontrol grubundaki gebelerin %80,8'i altı santimetre servikal dilatasyonda olup, deney (%75,0) ve kontrol (%57,7) grubundaki gebelerin yarısından fazlasının efasmanı %60-70 arasındadır. Bu araştırmada aktif fazda gebelerin sistolik kan basıncı ortalaması deney grubunda $113,6\pm9,0$, kontrol grubunda $114,2\pm6,9$ olup, aktif fazda gebelerin diastolik kan basıncı ortalaması deney grubunda $71,5\pm5,3$, kontrol grubunda $71,5\pm5,8$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmada aktif fazda deney grubundaki gebelerin nabız ortalaması $78,5\pm4,1$, kontrol grubunda $77,2\pm3,6$ olup, aktif fazda çocuk kalp sesi ortalaması deney ve kontrol grubundaki gebelerde sırası ile $141,0\pm6,0$ ve $139,0\pm7,0$ bulunmuştur. Bu çalışma bulgularına benzer şekilde Manisa'da yapılan bir çalışmada aktif fazda masaj grubunda nabız sayısı $81,7\pm16,6$ kontrol grubunda $83,6\pm6,4$ bulunmuştur (Erdoğan ve ark. 2015).

Çalışmada geçiş fazında deney ve kontrol grubundaki gebelerin %65,4'ü 10 cm servikal dilatasyonda olup, çalışmada geçiş fazında deney ve kontrol grubundaki gebelerin %88,5'inin efasmanı %90-100 arasındadır. Geçiş fazında deney grubundaki gebelerin sistolik kan basıncı ortalaması $109,8\pm11,6$, kontrol grubunda gebelerin $106,9\pm10,5$ olup, diastolik kan basıncı ortalaması deney grubunda $71,7\pm5,8$, kontrol grubunda $71,3\pm5,6$ 'dır. Bu çalışmada geçiş fazında deney grubundaki gebelerin nabız ortalaması $78,6\pm3,9$, kontrol grubundaki gebelerin $78,9\pm3,1$ 'dir. Geçiş fazında çocuk kalp sesi ortalaması deney grubunda $140,5\pm5,1$, kontrol grubunda $140,5\pm3,5$ 'tir.

Latent fazda hastanede sunulan rutin bakım uygulamaları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının latent fazda sözel, yazılı onamı alınmış, mahremiyetlerine dikkat edilmiş, eşyalarını yerleştirmede yardım, kontraksiyonlar sırasında masaj uygulaması, pozisyonlandırmada destek, el tutma ve omuz sıvazlama

gibi empatik girişimlerde bulunulmamıştır. Hastanede rutin bakımda sunulan yakın temas gerektiren bakım uygulamalarının görece düşük olmasının nedeni; araştırma verilerinin toplandığı dönemde COVID-19 pandemisinin olması, aşı uygulamasının henüz başlamamış olması ve her kadının yanında refakatçisinin bulunmasıyla ilişkili olabilir. Latent fazda rutin bakım uygulamaları çerçevesinde deney (%96,5) ve kontrol (%82,7) grubundaki gebelerin büyük çoğunluğu sıcak ve pozitif şekilde karşılanmıştır. Deney (%73,1) ve kontrol (%76,9) grubundaki gebelerin yaklaşık dörtte üçüne gebelerin olası isteklerine/sorularına açık net biçimde cevap verilmiştir. Yapılan girişimlerin nedenleri (vajinal tuşe, lavman, NST vb) deney grubundaki gebelerin %84,6'sına kontrol grubundaki gebelerin %78,8'ine açıklanmıştır. Deney grubundaki gebelerin %82,7'sine kontrol grubundaki gebelerin %80,8'ine destekleyici/övgü içeren sözler ile destek olunmuştur. Bu çalışmada aktif fazda deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin tamamının kişisel hijyen ihtiyaçları karşılanmış, yapılan girişimler ile ilgili olumlu/olumsuz düşünceleri ifade etmesi sağlanmış ve mahremiyetlerine dikkat edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelere masaj uygulaması yapılmamış olup, bu araştırma ile benzer olarak Manisa'da intrapartum dönemde kadınların %99,4'üne masaj uygulaması yapılmamıştır (Uzel ve Yanikkerem 2018). İstanbul'da doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas durumlarını inceleyen bir çalışmada katılımcıların (n=180) %5,0'ı ebe, %2,2'si anne, %30,6'sı eş desteği almış ve %58,9'u doğum desteği almadığını ifade etmiştir (Esencan ve ark. 2018). Bu çalışmada latent, aktif ve geçiş fazında rutin bakım uygulamaları kapsamında verilen bakımın araştırma verilerinin toplandığı dönemde COVID-19 pandemisi olması, sağlık çalışanları ve gebelerin aşısız olması nedeniyle bazı uygulamalar rutin bakımda sunulamamış olabilir.

7.3 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN LATENT, AKTİF, GEÇİŞ FAZLARINDA DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ, VİZÜEL ANALOG SKALA PUAN ORTALAMALARI VE AĞRI DİYAGRAMI KULLANILARAK BELİRLENEN AĞRI BÖLGESİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA

Bu çalışmada latent fazda destekleyici hemşirelik bakım öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda olan gebelerde $53,0 \pm 5,4$, kontrol grubundaki gebelerde $52,6 \pm 4,0$ olup, deney ve kontrol grupları arasında Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubundaki gebelerde $42,9 \pm 4,9$, kontrol grubundaki gebelerde $52,1 \pm 5,1$ olup deney grubunda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Ankara’da yapılan bir çalışmada bu çalışma bulgularına benzer olarak latent fazda masaj uygulaması sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $42,5 \pm 7,1$, akupresür uygulaması sonrası $43,3 \pm 9,9$, masaj ve akupresür uygulaması sonrası $41,8 \pm 7,0$ ve rutin bakım alan kontrol grubunda $55,6 \pm 6,8$ olarak bulunmuştur (Gönenç ve Terzioğlu 2020). Bu çalışma bulgularından farklı olarak Tekirdağ’da latent fazda kadınların sosyal destek algısı, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla 245 gebede yürütülen bir çalışmada Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $38,3 \pm 6,4$ saptanmıştır (Uçtu ve Akan 2021). İlgili çalışmada bu çalışma bulgularına kıyasla Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının düşük olması servikal dilatasyon 0-4 cm arasında iken kaygı düzeyinin ölçülmüş olması ile ilişkili olabilir.

Bu araştırmada aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubundakilerde $48,5 \pm 2,3$, kontrol grubundakilerde $53,5 \pm 4,0$ olup deney grubundaki gebelerde Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak düşüktür. Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubundaki gebelerde $45,9 \pm 4,1$, kontrol grubundaki gebelerde $53,4 \pm 3,6$ olup, deney grubunda olan gebelerde Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bu çalışma bulgularına benzer olarak, Ankara’da yapılan bir çalışmada aktif fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması masaj uygulaması sonrası $45,3 \pm 7,0$, akupresür uygulaması sonrası $49,5 \pm 7,3$, masaj ve akupresür uygulaması sonrası $44,6 \pm 5,6$ olarak bulunmuştur. Rutin bakım alan kontrol grubunda Durumluk

Kaygı Ölçeği puan ortalaması ($62,0 \pm 7,0$) diğer gruplara göre yüksek saptanmıştır (Gönenç ve Terzioğlu 2020). İstanbul’da sakral masajın doğum ağrısı ve kaygı üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada aktif fazda sakral masaj sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda ($n=30$) $39,5 \pm 4,1$ deney grubunda ($n=30$) $28,0 \pm 2,9$ ’dur (Çevik ve Karaduman 2021). Bu araştırma sonuçlarından yüksek olarak, Sivas’ta yapılan bir çalışmada aktif fazda deney ve kontrol grubundaki gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması sırasıyla $58,9 \pm 9,8$ ve $59,9 \pm 9,4$ bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmada 15 dakika süre ile iki kez terapötik dokunma uygulanmış ve uygulama sonrası doğumun dördüncü evresinde Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda ($34,0 \pm 3,6$) kontrol grubuna oranla ($59,3 \pm 10,1$) daha düşük saptanmıştır (Pınar ve Demirel 2021).

Bu çalışmada geçiş fazı destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda $50,0 \pm 3,4$, kontrol grubunda $55,3 \pm 3,4$ olup, kontrol grubunda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksektir. Bu çalışmada geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney ve kontrol grubunda olan kadınlarda sırasıyla $46,5 \pm 2,9$ ve $55,4 \pm 4,6$ olup deney grubunda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur. İsveç’te şiddetli doğum korkusu olan kadınlara sürekli ebelik desteğinin etkisini incelemek için yapılan bir çalışmada deney ($n=14$) ve kontrol ($n=28$) grubundaki gebelerin %80,0’ı doğum sırasında yüksek kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Sydsjö ve ark. 2015).

Bu çalışmada deney grubunda latent fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı öncesi $53,0 \pm 5,4$, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $42,9 \pm 4,9$ olup grup içi iki puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Latent fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda rutin bakım öncesi $52,6 \pm 4,0$, rutin bakım sonrası $52,1 \pm 5,1$ olup grup içi istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı uygulamaları kadınları rahatlatarak kaygılarını azaltmaktadır.

Bu araştırmada deney grubunda aktif fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı sonrası ($45,9 \pm 4,1$) öncesine ($48,5 \pm 2,3$) göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Aktif fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda rutin bakım öncesi $53,5 \pm 4,0$, rutin bakım sonrası $53,4 \pm 3,6$ ’dır. Aktif fazda deney grubundaki Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması

kontrol grubundan istatistiksel anlamlı olarak düşüktür. Bu çalışma bulguları ile paralel olarak doğumda ağrı yönetimi için masaj, refleksoloji ve diğer manuel yöntemlerin etkinliğini değerlendiren 10 çalışmanın dahil edildiği (n=1055) bir sistematik incelemede, doğumun birinci evresinde yapılan masaj uygulamasının kadınların kaygılarını azalttığı belirtilmektedir (Smith ve ark. 2018).

Çalışmada deney grubunda geçiş fazında Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı öncesi $50,0 \pm 3,3$ destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $46,5 \pm 2,8$ olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Geçiş fazında kontrol grubunun Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması rutin bakım öncesi $55,2 \pm 3,4$, rutin bakım sonrası $55,4 \pm 4,6$ olarak belirlenmiş ve kontrol grubunda iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Geçiş fazında deney grubunda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

Bu araştırmada deney grubunda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması doğum eyleminin üç fazında da destekleyici hemşirelik bakım sonrası destekleyici hemşirelik bakımı öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Deney grubundaki gebelerde destekleyici bakımın etkisiyle Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak düşerken, kontrol grubundaki gebelerde puan ortalamalarında bir değişim görülmemiştir.

Bu araştırmada latent, aktif ve geçiş fazında VAS puan ortalaması değerlendirildiğinde; destekleyici hemşirelik bakımı öncesi latent fazda VAS puan ortalaması deney grubundaki gebelerde $4,7 \pm 1,4$, kontrol grubundaki gebelerde $5,0 \pm 1,5$ olup, iki grubun puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur. Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası latent fazda VAS puan ortalaması deney grubunda olan gebelerde ($3,8 \pm 1,3$) kontrol grubundaki gebelere ($5,2 \pm 1,8$) göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımının verilmesi, ağrı skorlarının düşmesine olumlu katkı sağladığı söylenebilir. Hindistan'da yasemin yağı ile 3 kez 10 dakika süre ile yapılan masaj uygulaması öncesi VAS ağrı puan ortalaması deney grubunda $5,3 \pm 1,3$ kontrol grubunda $5,2 \pm 1,3$ olup, masaj uygulaması sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda $3,1 \pm 1,1$ 'e düştüğü kontrol grubunda $7,9 \pm 1,5$ 'e yükseldiği belirlenmiştir (Joseph ve Fernandes 2013). İzmir'de yapılan çalışmada aralıklı destekleyici hemşirelik bakımı sonrası latent faz VAS puan ortalaması müdahale grubunda $3,5 \pm 1,6$ iken kontrol grubunda $5,7 \pm 1,8$ 'dir (Çiçek ve Mete 2021). İstanbul'da yapılan araştırmada ise latent fazda gebelere uygulanan sakral

masaj uygulaması sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda $3,5 \pm 1,4$ iken kontrol grubunda $4,6 \pm 1,3$ 'tür (Çevik ve Karaduman 2021). Ankara'da yapılan bir çalışmada latent fazda VAS puan ortalaması masaj uygulaması öncesi $6,3 \pm 1,1$ masaj uygulaması sonrası $4,5 \pm 1,3$, akupresür uygulaması öncesi $5,8 \pm 1,6$ akupresür uygulaması sonrası $5,4 \pm 1,8$, akupresür ve masaj uygulaması öncesi $5,8 \pm 1,4$ akupresür ve masaj uygulaması sonrası $4,6 \pm 1,5$ 'tir. Kontrol grubunda VAS puan ortalaması rutin bakım öncesi $5,8 \pm 1,4$ ve rutin bakım sonrası $6,1 \pm 1,4$ olarak saptanmıştır (Gönenç ve Terzioğlu 2020). Önceden yapılan çalışmalar ile bu araştırma bulgularında görüldüğü üzere destekleyici hemşirelik bakım uygulamalarının kadınların algılanan doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Bu çalışma bulgularından farklı olarak İç Anadolu Bölgesinde yürütülen çalışmada destekleyici bakım sonrası latent fazda ağrı puan ortalaması müdahale grubunda $6,1 \pm 1,7$ kontrol grubunda $5,2 \pm 2,6$ bulunmuştur. Bu çalışmada fiziksel destekleyici bakım aşamalarında masaj uygulamasına yer verilmediği için destekleyici bakım sonrası ağrı puan ortalamalarının yüksek bulunduğu belirtilmiştir (İşbir ve Serçekuş 2017).

Çalışmada aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması deney grubundaki gebelerde $7,5 \pm 1,0$, kontrol grubundaki gebelerde $7,9 \pm 1,2$ olup deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Aktif fazda sunulan destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda olan gebelerde $6,3 \pm 1,4$, kontrol grubu gebelerde $8,0 \pm 1,0$ bulunmuştur. Çalışmanın bulgularında görüldüğü gibi kontrol grubunda aktif fazda VAS puan ortalaması deney grubundan istatistiksel anlamlı olarak yüksektir. Destekleyici hemşirelik bakımı sunulması ile deney grubundaki gebelerin ağrı skorları azalmıştır. İzmir'de yapılan çalışmada bu çalışma bulgularına benzer şekilde aktif fazda destekleyici bakım sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda $6,0 \pm 1,5$ kontrol grubunda $8,2 \pm 1,6$ 'dır (Çiçek ve Mete 2021). İstanbul'da yürütülen bir çalışmada aktif fazda gebelere yapılan sakral masaj uygulaması sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda $7,0 \pm 1,5$ kontrol grubunda $8,4 \pm 1,1$ bulunmuştur (Çevik ve Karaduman 2021). Sivas'ta terapötik dokunuşun doğum ağrısı, durumluk kaygı ve doğum tutumu üzerine etkisini inceleyen deney ($n=40$) kontrol ($n=40$) gruplu bir çalışmada; aktif fazda müdahale öncesi VAS puan ortalaması deney grubunda $8,6 \pm 1,3$ kontrol grubunda $7,9 \pm 1,6$ olarak bulunmuştur (Pınar ve Demirel 2021). Ankara'da yapılan bir çalışmada gebelerin aktif fazda VAS puan ortalaması masaj uygulaması öncesi $8,1 \pm 0,9$ masaj uygulaması sonrası $7,2 \pm 1,3$, akupresür uygulaması öncesi $7,9 \pm 1,4$ akupresür

uygulaması sonrası $7,5\pm1,5$ olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada VAS puan ortalaması akupresür ve masaj uygulaması öncesi $8,1\pm1,0$ akupresür ve masaj uygulaması sonrası $6,9\pm1,2$ olup, rutin bakım alan kadınlarda rutin bakım öncesi $9,2\pm0,8$ rutin bakım sonrası $9,4\pm0,7$ olarak saptanmıştır (Gönenç ve Terzioğlu 2020). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak İç Anadolu Bölgesinde yürütülen bir çalışmada aktif fazda destekleyici bakım sonrası deney grubundaki gebelerin ağrı puan ortalaması $7,3\pm1,7$ kontrol grubunda $7,9\pm2,3$ olup, iki puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır (İşbir ve Serçekuş 2017). Yukarıda belirtilen çalışmalarda VAS skorlarının bu çalışma bulgularından farklılık gösterdiği görülmektedir. Çalışmamızda VAS puan ortalamasının diğer çalışmalara kıyasla daha düşük olmasının nedeni doğumun birinci evresinde uygulanan masaj ile birlikte destekleyici hemşirelik bakımı uygulamalarının birlikte sunulması ile ilişkili olabilir.

Araştırmada destekleyici hemşirelik bakımı öncesi geçiş fazında VAS puan ortalaması deney grubundaki gebelerde $9,4\pm0,7$, kontrol grubundaki $9,8\pm0,4$ olup deney grubunda VAS puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak düşük belirlenmiştir. Geçiş fazında destekleyici bakım sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda olan gebelerde $8,3\pm0,7$, kontrol grubunda olan gebelerde $9,5\pm1,3$ bulunmuş, deney grubunda olan gebelerde VAS puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak düşüktür. Doğum eyleminin ilerlemesiyle birlikte doğum ağrılarının artması beklenen bir durum olsa da destekleyici hemşirelik bakımının ağrıyı azaltmada olumlu etkisinin olduğu görülmektedir. İzmir’de yürütülen bir çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde VAS puan ortalamasının deney grubunda $8,3\pm1,2$, kontrol grubunda $9,5\pm0,9$ olduğu saptanmıştır (Çiçek ve Mete 2021). Ankara’da yapılan bir çalışmada gebelerin geçiş fazında VAS puan ortalaması masaj uygulaması öncesi $9,1\pm0,6$ sonrası $8,1\pm1,0$, akupresür uygulaması öncesi $9,3\pm0,7$ sonrası $9,1\pm0,8$, akupresür ve masaj uygulaması öncesi $9,3\pm0,1$ sonrası $8,7\pm0,6$ ’dır. Bu çalışmada VAS puan ortalaması rutin bakım öncesi $9,9\pm0,2$ rutin bakım sonrası $9,3\pm0,2$ olarak saptanmıştır (Gönenç ve Terzioğlu 2020). İstanbul’da bir çalışmada benzer şekilde sakral masaj uygulamasından sonra VAS puan ortalaması deney grubunda $8,8\pm1,7$ kontrol grubundan $9,7\pm0,5$ ’tir (Çevik ve Karaduman 2021). Bu araştırma sonuçlarından farklı olarak İç Anadolu Bölgesi’nde yapılan çalışmada destekleyici hemşirelik bakımı sonrası ağrı puan ortalamasının deney grubunda $9,0\pm1,4$ kontrol grubunda $9,7\pm0,7$ olduğu, bu çalışma bulguları ile karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerde ağrı skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çalışmada ağrı puan ortalamalarının

deney grubunda yüksek olmasının nedeni olarak masaj uygulamasının yapılmaması belirtilmiştir (İşbir ve Serçekuş 2017).

Bu araştırmada latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubundaki gebelerin %53,8'i, kontrol grubundaki gebelerin %38,5'inde sakral bölgede ağrı var iken destekleyici hemşirelik bakımı sonrası deney grubundaki gebelerde sakral bölgede ağrısı olanların oranının %38,5'e düştüğü, kontrol grubundaki gebelerde ise bu oranın %59,6'ya yükseldiği saptanmıştır. Destekleyici hemşirelik bakımı deney grubundaki gebelerde sakral bölgedeki ağrıyı kontrol grubuna göre azaltmıştır.

Çalışmamızda aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubundaki gebelerin %38,5'inde, kontrol grubundaki gebelerin %30,8'inde pubis bölgesinde ağrı belirlenmiştir. Destekleyici hemşirelik bakımı sonrası deney grubundaki gebelerin %61,5'inde kontrol grubunda olanların %65,4'ünde pubis bölgesinde ağrı saptanmıştır. Kontrol grubunda deney grubuna kıyasla pubis bölgesinde yaşanan ağrının daha fazla olduğu görülmektedir. Brezilya'da yapılan bir çalışmada deney grubundaki kadınların %83,0'ı kontrol grubundakilerin %70,0'ı aktif fazda masaj uygulaması öncesi ağrıların suprapubik ve lomber bölgelerde olduğunu, masaj uygulaması sonrası deney grubundakilerin %57,0'ı kontrol grubundakilerin %65,0'ı suprapubik ve lomber bölgede ağrıları olduğunu belirtmişlerdir (Gallo ve ark 2013).

Bu çalışmada geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubundaki gebelerin %80,8'inde, kontrol grubundaki gebelerin %92,3'ünde pubis bölgesinde ağrı var iken destekleyici hemşirelik bakımı sonrası deney grubundaki gebelerde pubis bölgesinde ağrısı olanların oranı deney ve kontrol grubunda olan kadınların %98,1'inde olarak belirlenmiştir.

7.4 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARA YÖNELİK TARTIŞMA

Bu araştırmada deney grubundaki gebelerin dörtte üçüne (%75,0) kontrol grubundaki gebelerin beşte dördüne (%80,8) epizyotomi uygulanmıştır. Bu çalışma bulgularına benzer şekilde Manisa’da kadınların %87,4’üne (Uzel ve Yanikkerem 2018), Bolu’da kadınların %80,0’ına epizyotomi uygulandığı saptanmıştır (Bilgin ve ark. 2018). Van’da doğumdan memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada normal doğum yapan kadınların büyük çoğunluğuna (%90,0) epizyotomi uygulanmıştır (Özcan ve Aslan 2015). Çalışma sonuçlarından görüldüğü gibi ülkemizde epizyotomi uygulama oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada deney grubunda olanların %76,9’una, kontrol grubundaki gebelerin %75,0’ına indüksiyon uygulanmıştır. İsveç’te yürütülen bir çalışmada deney ve kontrol grubundaki gebelerin sırasıyla; %81,8 ve %53,8’ine indüksiyon uygulandığı belirlenmiştir (Sydsjö ve ark. 2015). İstanbul’da bir araştırmada gebelere doğum indüksiyonu uygulanma oranı deney grubunda %66,7 kontrol grubunda %89,7’dir (Bayri Bingöl ve ark. 2020). Manisa’da gebelerin %37,8’ine (Uzel ve Yanikkerem 2018), Bolu’da %69,7’sine (Bilgin ve ark. 2018), Van’da %90,0’ına indüksiyon uygulanmıştır (Özcan ve Aslan 2015). İç Anadolu’da yapılan bir çalışmada müdahale grubundaki gebelerin %69,7’sine kontrol grubundaki gebelerin %83,3’üne indüksiyon uygulanmıştır (İşbir ve Serçekuş 2017). İzmir’de müdahale grubundaki gebelerin %43,3’üne kontrol grubundakilerin %96,7’sine (Çiçek ve Mete 2021), Ankara’da yapılan bir çalışmada gebelerin %32,5’ine indüksiyon uygulaması yapıldığı bulunmuştur (Gönenç ve Terzioğlu 2020). Literatürde doğum indüksiyon uygulama oranları araştırmaya alınan örneklemelere göre farklılık göstermekle birlikte indüksiyon uygulanma oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmada deney ve kontrol grubundaki gebelerin sırasıyla %19,2 ve %36,5’ine lavman uygulaması yapılmıştır. Bu çalışma bulgularından farklı olarak Manisa’da kadınların %83,1’ine (Uzel ve Yanikkerem 2018), Van’da %90,0’ına lavman uygulaması yapıldığı saptanmıştır (Özcan ve Aslan 2015). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre lavman uygulamasının daha az olması veri toplanan hastanenin Anne Dostu Hastane olması ve gerekmedikçe lavman uygulamasının yapılmamasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada deney grubunda yer alan gebelerin %26,9'unda, kontrol grubundaki gebelerin %36,5'inde laserasyon olduğu saptanmıştır. Sivas'ta doğum sırasında yapılan perine masajının epizyotomi sıklığına ve perine yırtıklarına etkisini inceleyen bir çalışmada masaj grubundaki kadınların (n=142) %9,2'sinde ve kontrol grubundaki kadınların (n=142) %4,2'sinde laserasyon olduğu bulunmuştur (Demirel ve Gölbaşı 2015). Bu çalışmada deney grubundakilerin %96,2'sinin, kontrol grubundakilerin %92,3'ünün doğumda amniyon sıvısının berrak olduğu görülmüştür. Bu araştırma bulgularına benzer olarak Pakistan'da hastaneye başvuru servikal dilatasyonun sezaryen oranına etkisini inceleyen bir çalışmada hastaneye erken başvuru yapan gebelerin (4 cm'den az servikal dilatasyon) (n=221) %90,0'ı, geç başvuru yapan gebelerin (4 cm ve üzeri servikal dilatasyon) (n=221) ise %92,3'ünün amniyon sıvısının mekonyumlu olmadığı bulunmuştur (Anjum ve ark. 2020).

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki yenidoğanların yaklaşık olarak yarısı kız (%51,0) yarısı erkektir (%49,0). Bu çalışma ile benzer şekilde İzmir'de yürütülen bir çalışmada müdahale grubundaki kadınların %50,0'ı kontrol grubundakilerin %56,7'si kız bebeğe, deney grubundakilerin %50,0'ı kontrol grubundakilerin %43,3'ü erkek bebeğe sahiptir (Çiçek ve Mete 2021).

Bu araştırmada katılımcıların gebelik haftası ortalaması deney grubunda $39,1 \pm 1,2$, kontrol grubunda $39,4 \pm 1,2$ 'dir. Çin'de deney grubunda olan kadınların gebelik haftası ortalaması $38,5 \pm 3,4$ kontrol grubundakilerin $38,6 \pm 3,5$ 'tir (Zhang ve ark. 2021). İran'da bir araştırmada gebelik haftası ortalaması masaj grubundaki gebelerde $39,1 \pm 1,0$ kontrol grubundaki gebelerde $39,4 \pm 1,0$ olarak bulunmuştur (Bolbol-Haghighi ve ark. 2016). İç Anadolu'da bir çalışmada deney grubundaki gebelerin gebelik haftası ortalaması $39,3 \pm 1,0$, kontrol grubundaki gebelerin $39,2 \pm 1,2$ 'dir (İşbir ve Serçekuş 2017). İstanbul'da yürütülen bir çalışmada gebelik haftası ortalaması deney grubundaki gebelerde $39,5 \pm 1,0$, kontrol grubundaki gebelerde $39,5 \pm 1,2$ bulunmuştur (Bayrı Bingöl ve ark. 2020). İzmir'de yürütülen bir çalışmada gebelik haftası ortalaması deney grubundaki gebelerde $39,1 \pm 1,1$ kontrol grubundaki gebelerde $39,0 \pm 0,9$ olarak saptanmıştır (Çiçek ve Mete 2021). Literatürde yapılan çalışmalarda gebelik haftasının benzer olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların bebeklerinin ortalama doğum kilosu ortalaması $3263,3 \pm 441,7$ gram, kontrol grubunda yer alan gebelerin $3245,1 \pm 346,1$ gramdır. Bu çalışma bulgularına paralel olarak, Brezilya'da yürütülen bir çalışmada deney grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması $3300 \pm 470,0$

kontrol grubundakilerin $3170,0 \pm 350,0$ gramdır (Gallo ve ark. 2013). İstanbul'da bir çalışmada bebeklerin doğum kilosu ortalaması deney grubunda $3370,6 \pm 391,6$, kontrol grubunda $3284,4 \pm 372,9$ gram saptanmıştır (Bayri Bingöl ve ark. 2020). İzmir'de bir çalışmada bebeklerin doğum kilosu ortalaması deney grubunda $3176,3 \pm 291,2$ kontrol grubunda $3247,0 \pm 293,7$ gram olarak bulunmuştur (Çiçek ve Mete 2021).

Çalışmada gebelerin bebeklerinin boy ortalaması deney grubunda $50,2 \pm 1,2$ santimetre, kontrol grubunda $49,9 \pm 1,7$ santimetredir. Brezilya'da bir araştırmada bebeklerin boy ortalaması deney grubunda $49,6 \pm 2,0$ cm kontrol grubunda $49,3 \pm 1,7$ cm bulunmuştur (Gallo ve ark. 2013).

Apgar skoru değerlendirmesi doğumdan hemen sonra bebeklerin sağlığının değerlendirilmesi için en iyi standart yöntemdir (Akbarzadeh ve ark. 2016). Bu çalışmada gebelerin bebeklerinin birinci dakika Apgar skor ortalamaları deney grubunda $8,8 \pm 0,7$, kontrol grubunda $7,8 \pm 0,6$ olup, beşinci dakika Apgar skor ortalaması deney grubunda $10,0 \pm 0,0$, kontrol grubunda $9,6 \pm 0,5$ 'tir. Brezilya'da yürütülen çalışmada Apgar skorunun yedi üzeri olma durumu birinci dakikada deney grubunda %91,0 kontrol grubunda %87,0 iken beşinci dakika da deney ve kontrol grubunda %100,0 olarak belirlenmiştir (Gallo ve ark. 2013). İran'da yapılan çalışmada birinci dakika Apgar skoru sekizin üzerinde olma oranı destekleyici bakım alanlarda %86,0, akupresür bu oranlar destekleyici bakım grubunda %98,0, akupresür grubunda %96,0 ve kontrol grubunda %78,0 olarak belirlenmiştir (Akbarzadeh ve ark. 2016). İran'da bir araştırmada birinci dakika Apgar skoru ortalaması masaj grubunda $8,5 \pm 0,7$, kontrol grubunda $7,8 \pm 0,9$ ve beşinci dakikada deney grubunda $9,3 \pm 0,7$ kontrol grubunda $8,9 \pm 0,9$ 'dur (Bolbol-Haghighi ve ark. 2016). İstanbul'da yürütülen bir çalışmada birinci dakika Apgar skor ortalaması deney grubunda $7,7 \pm 0,5$ kontrol grubunda $8,0 \pm 0,6$ 'dır. Beşinci dakikada Apgar skoru ortalaması deney grubunda $8,9 \pm 0,2$ kontrol grubunda $9,1 \pm 0,5$ olarak saptanmıştır (Bayri Bingöl ve ark. 2020). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda birinci ve beşinci dakika Apgar skor puanlarının destekleyici hemşirelik bakımı alan grupta istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. İntrapartum dönemde sunulan destekleyici hemşirelik bakımının sadece anne sağlığı üzerinde değil yenidoğan sağlığı üzerinde de olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Araştırmada deney grubunda olan gebelerin doğum süresi ortalaması $9,2 \pm 5,4$ saat, kontrol grubunda olanların $12,6 \pm 6,8$ saattir. İran'da doğum süresi ortalaması deney grubunda $8,9 \pm 5,3$ saat, kontrol grubunda $11,4 \pm 3,7$ saattir (Bolbol-Haghighi ve ark.

2016). Bir araştırmada doğum süresi ortalaması deney grubunda $8,0 \pm 3,1$ saat, kontrol grubunda $12,7 \pm 5,0$ saat olarak saptanmıştır (İşbir ve Serçekuş 2017). Doğum süresi ortalaması İzmir’de bir çalışmada deney grubunda $11,3 \pm 5,0$ saat ve kontrol grubunda $14,5 \pm 5,8$ saat bulunmuştur (Çiçek ve Mete 2021).

Bu çalışmada deney grubunda yer alan gebelerin doğum zorluk algısı puan ortalaması $7,8 \pm 2,0$, kontrol grubunda $9,4 \pm 1,2$ olarak bulunmuştur. İstanbul’da yapılan bir çalışmada kontrol grubundaki kadınların %80,0’ı deney grubundaki kadınların %26,7’si doğumunun zor olduğunu belirtmiştir (Çevik ve Karaduman 2021).

Çalışmamızda deney grubundaki gebelerin %42,3’ü kontrol grubundaki gebelerin %67,3’ü doğum ağrısının beklediğinden fazla olduğunu belirtmiştir. Manisa’da yapılan bir araştırmada gebelerin büyük çoğunluğu (%71,4) doğum ağrılarını beklediğinden fazla olarak değerlendirmiştir (Uzel ve Yanikkerem 2018). Etiyopya’da yapılan bir çalışmada doğum ağrısını kadınların %75,2’sinin şiddetli, %21,9’unun orta şiddetli olarak algıladığı bulunmuştur (Workie ve ark. 2021). İstanbul’da primipar kadınların doğum deneyimi algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada vajinal doğum yapan kadınların %83,9’u sezaryen doğum yapan kadınların %22,2’si doğum ağrısının beklediğinden fazla olduğunu ifade etmiştir (Aslan ve Okumuş 2017). Manisa’da yapılan bir çalışmada masaj grubundaki gebelerin %25,8’i kontrol grubundaki gebelerin %87,1’i doğum ağrısını beklediğinden daha fazla ağrılı olarak değerlendirmiştir (Erdoğan ve ark. 2015). İntrapartum dönemde ağrıyı azaltıcı stratejilerin sunulması ile kadınların doğum ağrısını daha az hissetmesine neden olduğu çalışma sonuçlarında görülmekte olup, kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamaları için kadına ağrıyı azaltıcı yöntemlerin sunulması ve tercihinine göre istediği bir yöntemi kullanması teşvik edilebilir.

Bu araştırmada deney grubundakilerin %17,3’ü kontrol grubundaki gebelerin %1,9’u doğum ağrısının beklediğinden az olduğunu ifade etmiştir. Çalışmada deney ve kontrol grupları arasında doğum ağrısı algısı açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Manisa’da yapılan araştırmada gebelerin sadece %1,2’si doğum ağrısını “beklediğinden az” olarak ifade etmiştir (Uzel ve Yanikkerem 2018). İstanbul’da yapılan çalışmada deney grubunda olanların %6,7’si kontrol grubunun hiçbirisi doğum ağrısını “beklediğinden daha az” olarak ifade etmiş olup, kontrol grubundaki gebelerin tamamı doğum ağrısını “dayanılmaz bir ağrı” olarak tanımlarken, deney grubundaki kadınların %93,3’ü doğum ağrısını “dayanılmaz bir ağrı” olarak tanımlamıştır. Çalışma bulgularında görüldüğü gibi doğum ağrısının kadınlar tarafından olumsuz

algılanması ve deneyimlenmesi oldukça yüksek orandadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının doğum ağrısını azaltmaya yönelik girişimlerde bulunması önemlidir (Çevik ve Karaduman 2021).

Araştırmamızda istatistiksel anlamlı olarak deney grubundaki gebelerin (%88,5) kontrol grubundaki gebelere (%51,9) göre normal doğumdan daha fazla memnun olduğunu saptanmıştır. Bu durum destekleyici hemşirelik bakımının kadının doğum deneyimine olumlu etki yapmasına bağlı olabilir.

Çalışmada deney grubundaki gebelerin %46,2'si kontrol grubundaki gebelerin %32,7'si doğum süresinin beklediği gibi olduğunu belirtmiş iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Deney grubundaki gebeler (%96,2) kontrol grubundaki gebelere (%75,0) göre bir sonraki doğumlarını normal doğum ile daha fazla yapmak istediklerini belirtmişlerdir. Manisa'da yapılan bir araştırmada bu çalışma bulguları ile benzer şekilde kadınların %95,7'si tekrar normal doğum yapmak istediğini belirtmiştir (Uzel ve Yanikkerem 2018). Deney grubundaki gebeler (%98,1) kontrol grubundaki gebelere (%86,5) göre çevresindeki insanlara normal doğumu daha fazla oranda önereceklerini belirtmiştir. Manisa'da yapılan bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğu (%98,2) çevresindekilere normal doğumu önereceklerini belirtmiştir (Uzel ve Yanikkerem 2018).

Bu araştırmada deney grubundaki gebelerin destekleyici hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması $9,9 \pm 0,2$ olup, kontrol grubundaki gebelerin hastanede sunulan rutin bakımından memnuniyet puan ortalaması $7,2 \pm 1,6$ olarak bulunmuştur. İsveç'te doğum korkusu olan gebelerde ($n=10$) sürekli ebelik modelinin denendiği bir çalışmada, gebeler intrapartum dönemde verilen sürekli destekten çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Hildingsson ve ark. 2018). Hindistan'da primipar kadınların refakatçilerine verilen eğitimin anne memnuniyeti, doğum sonucu ve kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada Anne Memnuniyeti Ölçeği puan ortalaması deney grubunda olan kadınlarda ($132,0 \pm 3,1$) kontrol grubunda olanlara ($112,7 \pm 11,9$) göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Jisha ve Sreeja 2021). Brezilya'da yapılan bir çalışmada aktif fazda fizyoterapist tarafından yapılan masajdan deney grubundakilerin %65'i ve kontrol grubundakilerin %70'i memnun olduklarını belirtmiştir (Gallo ve ark. 2013). İran'da primipar kadınlarda doğum eyleminde masaj uygulamasının ve refakatçi varlığının ağrı, kaygı ve memnuniyet üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada, masaj grubundaki kadınların diğer gruptaki kadınlara göre daha yüksek memnuniyet oranına sahip olduğu belirtilmiştir (Mortazavi ve ark. 2012).

Bu çalışma bulgularına benzer olarak, yapılan metaanalizlerde sürekli doğum desteğinin anne memnuniyetini arttırdığına dair kanıtlar bulunmuştur (Hodnett ve ark. 2013; Bohren ve ark. 2017).

İstanbul'da sakral masajın doğum ağrısı ve kaygısı üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada deney grubundaki kadınların %66,7'si kontrol grubundakilerin %30,0'ı doğum sürecinden memnun olduklarını ifade etmiştir (Çevik ve Karaduman 2021). İzmir'de aralıklı destekleyici hemşirelik bakımının doğum sonuçlarına etkisini inceleyen bir çalışmada destekleyici bakım verilen grupta kontrol grubuna göre daha yüksek memnuniyet puanı saptanmıştır (Çiçek ve Mete 2021). İstanbul'da primipar kadınlara doğum sürecinde sunulan fiziksel desteğin doğum sonuçlarına etkisini inceleyen bir çalışmada, deney grubunda fiziksel destek alan vajinal doğum yapan kadınların %86,2'sinin kontrol grubunda olan kadınların %57,7'sinin memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (Bayrı Bingöl ve ark. 2020). Ankara'da masaj ve akupresürün doğum ağrısını, doğum süresi, anne memnuniyeti üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada masaj uygulanan gebelerin %96,8'i, akupresür uygulananların %93,3'ü ve masaj ve akupresür uygulananların tamamının yapılan uygulamalardan memnun oldukları belirtilmiştir (Gönenç ve Terzioğlu 2020). İntrapartum dönemde yapılan çalışmalarda kadına destekleyici bakım sunulmasının bu çalışma bulgularına paralel olarak anne memnuniyetini arttırdığı görülmektedir.

Şili'de doğum sürecinde tıbbi müdahalelerin anne memnuniyetine (n=1660) etkisini inceleyen kesitsel bir çalışmada sezaryen doğum yapanlarda, farmakolojik ağrı yönetimi kullanılanlarda, refakatçisi olmayanlarda, sürekli fetal kalp hızı izlemi ve epizyotomi uygulaması yapılan kadınlarda anne memnuniyetinin düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, doğum sürecinde kadının kendi seçtiği bir refakatçinin kadına destek vermesinin yüksek anne memnuniyeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Weeks ve ark. 2017).

Çalışmada deney grubundaki gebelerin tamamı uygulanan destekleyici hemşirelik bakımının rahatlamalarına yardımcı olduğunu, %98,1'i kendilerine huzur ve güven verdiğini, %94,2'si ağrıları hissetmeyi azalttığını, %98,1'i ortama uyum sağlamaya yardımcı olduğunu belirtmiştir. Yapılan bir meta analizde doğumda sürekli destek uygulamalarının kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamalarına katkı sağladığı belirtilmektedir (Hodnett ve ark. 2013). Bu çalışma bulgularına göre, intrapartum dönemde kanıta dayalı olarak sunulan destekleyici hemşirelik bakımının anne, bebek sağlığı ve doğum üzerine olumlu etkileri olduğu söylenebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı ve obstetrik özellikleri, dilatasyon dönemi, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Vizüel Analog Skala puan ortalamaları, doğum süresi, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin sonuçlara yer verilmiştir.

8.1 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

- ✓ Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $25,9 \pm 4,7$ (min=18-maks=39) olup; deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması $27,0 \pm 4,8$ (min=18-maks=39), kontrol grubundaki gebelerin $26,9 \pm 4,7$ 'dir (min=18-maks=39).
- ✓ İlköğretim mezunu olan gebelerin oranı deney grubunda %42,3 ve kontrol grubunda %53,8'dir.
- ✓ Deney (%73,1) ve kontrol (%86,5) grubundaki gebelerin büyük çoğunluğu herhangi bir işte çalışmamaktadır.
- ✓ Gebelerin büyük çoğunluğu doğuma hazırlık kursuna katılmamıştır (deney=%94,6 kontrol=%88,5).
- ✓ Deney grubundaki gebelerin %82,7'sinin, kontrol grubundaki gebelerin %75,0'mın sosyal güvencesi bulunmaktadır.
- ✓ Deney (%61,6) ve kontrol (%65,4) grubundaki gebelerin yarısından fazlası gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Deney grubundaki gebelerin %73,1'inin kontrol grubundaki gebelerin %86,5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır.
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sadece %3,8'inin resmi nikahı bulunmamaktadır.
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki yer alan gebelerin yaş grubu, eğitim, çalışma ve sosyal güvence durumu, mesleği, medeni durumu, algılanan gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki gebelerin yarısından fazlası (%65,4) daha önceden doğum yapmadığını belirtilmiş olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

- ✓ Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sırası ile %76,9 ve %80,8'i daha önce düşük yapmadığını ifade etmiştir.
- ✓ Deney grubundaki gebelerin %19,2'si kontrol grubundaki gebelerin %9,6'sı küretaj olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Deney grubunun yarısı (%50,0) ve kontrol grubundaki gebelerin %55,8'i gebelik öncesi normal kiloya sahiptir.
- ✓ Gebelerin yaklaşık beşte biri (deney=%21,2, kontrol=%19,2) gebeliği süresince sigara kullandığını belirtmiştir.
- ✓ Gebelerin yaklaşık üçte biri (deney=%28,8, kontrol=%32,7) gebelik boyunca egzersiz yaptığını, deney grubundaki gebelerin %62,5'i kontrol grubundaki gebelerin %52,9'u 30 dakika yürüyüş yaptığını ifade etmiştir.
- ✓ Gebelerin yaklaşık dörtte üçünün (deney=71,2, kontrol=73,1) gebeliklerinin planlı olduğu bulunmuştur.
- ✓ Kadınların doğum sayısı, düşük, küretaj öyküsü, doğum öncesi hazırlık sınıfına katılma durumu, gebelik öncesi beden kitle indeksi, gebeliği planlama, sigara kullanma durumu ve gebelikte egzersiz yapma açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Gebelerin eşlerinin yaş ortalaması deney grubunda $31,3 \pm 5,7$ kontrol grubunda $30,9 \pm 5,0$ 'dır. Deney grubundaki gebelerin eşlerinin %86,5'i ve kontrol grubundaki gebelerin %84,6'sı çalışmaktadır. Deney grubundaki gebelerin %38,5'inin kontrol grubundaki gebelerin %34,6'sının eşi ilköğretim mezunudur. Gebelerin eşlerinin yaşı, eğitim ve çalışma durumu açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki gebelerin menstrual ağrı ile baş etmede kullandıkları yöntemler; sıcak uygulama (%28,8), ağrı kesici kullanma (%45,2), bitki çayı içme (%19,2), yatmaya dinlenmeye çalışma (%20,2) ve yürüyüş yapmadır (%2,9). Deney ve kontrol grupları arasında menstrual ağrı ile baş etmede kullanılan yöntemler açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum eylemi sürecinde deneyimleyecekleri ağrıyı rahatlatacağını düşündükleri yöntemler; nefes egzersizi (%26,0), ağrı kesici kullanımı (%9,6), yürüme/yürüyüş (%15,4), pozitif konuşma/telkin (%25,0), duş alma (%43,3), dikkati başka yöne çekme

(%16,3), sıcak su torbası uygulama (%35,6) ve masaj uygulanmasıdır (%60,6). Deney ve kontrol grupları arasında doğum eylemi süresince deneyimleyecekleri ağrıyı rahatlatacağını düşündükleri yöntemler açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır.

8.2 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİ OLAN DİLATASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

- ✓ Gebelerin büyük çoğunluğu (deney=%76,9, kontrol=%75,0) üç santimetre servikal dilatasyon ile doğum ünitesine başvurmuştur. Deney (%38,5) ve kontrol (%40,3) grubundaki gebelerin doğum ünitesine başvuruda efasmanı %30-40 arasındadır. Deney ve kontrol grupları arasında doğum ünitesine başvuruda dilatasyon ve efasman açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ Deney grubundaki gebelerin sistolik kan basıncı ortalaması latent fazda $109,8 \pm 11,6$ aktif fazda $113,6 \pm 9,0$ ve geçiş fazında $109,8 \pm 11,6$ 'dır. Kontrol grubundaki gebelerin sistolik kan basıncı ortalaması latent, aktif ve geçiş fazında sırasıyla; $106,9 \pm 10,6$, $114,2 \pm 6,9$ ve $106,9 \pm 10,5$ 'tir.
- ✓ Deney grubundaki gebelerin diastolik kan basıncı ortalaması latent fazda $71,7 \pm 5,8$ aktif fazda $71,5 \pm 5,3$ ve geçiş fazında $71,7 \pm 5,8$ 'dir. Kontrol grubundaki gebelerin sistolik kan basıncı ortalaması latent, aktif ve geçiş fazında sırasıyla; $71,3 \pm 5,6$, $71,5 \pm 5,8$ ve $71,3 \pm 5,6$ 'dır.
- ✓ Deney grubunda gebelerin nabız sayısı ortalaması latent fazda $78,6 \pm 3,9$ aktif fazda $78,5 \pm 4,1$ ve geçiş fazında $78,6 \pm 3,9$ 'dur. Kontrol grubundaki gebelerin nabız sayısı ortalaması latent, aktif ve geçiş fazında sırasıyla $78,9 \pm 3,1$, $77,2 \pm 3,6$ ve $78,9 \pm 3,1$ 'dir. İki grup arasında sistolik, diastolik kan basıncı ve nabız sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.
- ✓ Deney grubundaki gebelerin çocuk kalp sesi ortalaması latent fazda $140,5 \pm 5,1$, aktif fazda $141,0 \pm 6,0$ ve geçiş fazında $140,5 \pm 5,1$ 'dir. Kontrol grubundaki gebelerin latent, aktif ve geçiş fazında çocuk kalp sesi ortalaması sırası ile $140,5 \pm 3,5$, $139,0 \pm 7,0$ ve $140,5 \pm 3,4$ 'tür. Doğum eyleminin fazlarında çocuk kalp sesi ortalamaları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

- ✓ Deney ve kontrol grubundaki gebelere latent, aktif ve geçiş fazında hastanede sunulan rutin bakım uygulamalarının yapılma durumuna göre iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır.

8.3 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN LATENT, AKTİF, GEÇİŞ FAZLARINDA DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ VE VİZÜEL ANALOG SKALA PUAN ORTALAMALARINA VE AĞRI DİYAGRAMI KULLANILARAK BELİRLENEN AĞRI BÖLGESİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

- ✓ Deney grubundaki gebelerin latent faz destekleyici bakım öncesi ve sonrası VAS puan ortalamaları sırasıyla; $4,7 \pm 1,4$ ve $3,8 \pm 1,3$ 'tür. Kontrol grubundaki gebelerin rutin bakım öncesi ve sonrası VAS puan ortalamaları ise sırasıyla; $5,0 \pm 1,5$ ve $5,2 \pm 1,5$ 'tir. Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi VAS puan ortalaması değerlendirmesinde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuç *“intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum ağrısı üzerine etkisi vardır”* hipotezimizi desteklemektedir.
- ✓ Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası deney grubundaki kadınların VAS puan ortalamaları sırasıyla; $7,5 \pm 1,0$ ve $6,3 \pm 1,4$ 'tür. Kontrol grubundaki gebelerin geçiş fazında rutin bakım öncesi ve sonrası VAS puan ortalamaları sırasıyla; $7,9 \pm 1,5$ ve $8,0 \pm 1,0$ 'dır. Aktif fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ilk VAS değerlendirmesinde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, destekleyici hemşirelik bakımı sonrası VAS puan ortalaması açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
- ✓ Geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubundaki gebelerin VAS puan ortalaması $9,4 \pm 0,7$ destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $8,3 \pm 0,7$ 'dir. Geçiş fazında kontrol grubundaki gebelerin VAS puan ortalaması rutin bakımı öncesi ve sonrası sırasıyla; $9,8 \pm 0,4$ ve $9,5 \pm 1,3$ 'tür. Geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve destekleyici hemşirelik bakımı sonrası deney ve kontrol grubunun VAS puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

- ✓ Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda olan kadınlarda $53,0 \pm 5,4$ destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $42,9 \pm 4,9$ bulunmuştur. Kontrol grubundaki gebelerin latent fazda rutin bakım öncesi Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması $52,6 \pm 4,0$ rutin bakım sonrası $52,1 \pm 5,1$ 'dir. Deney ve kontrol grubunun latent fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.
- ✓ Aktif fazda Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması deney grubunda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi $48,5 \pm 2,3$ ve destekleyici hemşirelik bakımı sonrası $45,9 \pm 4,1$ 'dir. Kontrol grubunda rutin bakım öncesi ve sonrası aktif faz Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması sırasıyla $53,5 \pm 4,0$ ve $53,4 \pm 3,6$ 'dır. İki grup arasında aktif faz Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.
- ✓ Deney grubunda geçiş fazında Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması destekleyici hemşirelik bakımı öncesi ve sonrası sırasıyla $50,0 \pm 3,4$ ve $46,5 \pm 2,9$ iken kontrol grubunda geçiş fazında rutin bakım öncesi ve sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması sırasıyla $55,2 \pm 3,4$ ve $55,4 \pm 4,6$ olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu arasında geçiş fazında Durumluk Kaygı Ölçesi puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu bulgular *“intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda verilen destekleyici hemşirelik bakımının durumluk kaygı düzeyine etkisi vardır”* hipotezimizi desteklemektedir.
- ✓ Latent fazda destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubundaki gebelerin %53,8'i destekleyici hemşirelik bakımı sonrası %38,5'i, kontrol grubundaki gebelerin rutin bakım öncesi %38,5'i rutin bakım sonrası %59,6'sı ağrının en fazla sakral bölgede lokalize olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubu gebelerin %34,6'sının kontrol grubundakilerin %46,2'sinin umblikus pubis arasında ağrısı olduğu, aktif faz destekleyici hemşirelik bakımı sonrası deney grubundaki gebelerin %61,5'inin kontrol grubunda olan gebelerin %65,4'ünün pubis bölgesinde ağrısı olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Geçiş fazında destekleyici hemşirelik bakımı öncesi deney grubundaki gebelerin %80,8'i, kontrol grubunda olan gebelerin %92,3'ü pubis bölgesinde ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin

destekleyici hemşirelik bakımı sonrası %98,1'i pubis bölgesinde ağrısı olduğunu belirtmiştir.

8.4 DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ GEBELERİN DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

- ✓ Deney grubundaki gebelerin dörtte üçüne (%75,0) kontrol grubundaki gebelerin %80,8'ine epizyotomi uygulanmış, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ Gebelerin indüksiyon uygulanma oranları deney grubunda %76,9 ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. İndüksiyon uygulaması açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- ✓ Deney grubunun %26,9'unda kontrol grubunun %36,5'inde laserasyon olduğu belirlenmiştir. Laserasyon açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Birinci derece laserasyon görülme oranı deney grubunda %78,6 kontrol grubunda %42,1'dir. İkinci derece laserasyon görülme oranı deney ve kontrol gruplarında sırasıyla %21,4 ve %57,9'dur.
- ✓ Gebelerin büyük çoğunluğunun (deney=%96,2, kontrol=%92,3) amniyon sıvısı berraktır.
- ✓ Doğum süresi ortalaması açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Bu sonuç *“intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum süresi üzerine etkisi vardır”* hipotezimizi desteklemektedir.
- ✓ Deney grubundaki gebelerin doğum zorluk algısı puan ortalaması $7,8 \pm 2,0$ kontrol grubundaki gebelerin $9,4 \pm 1,2$ 'dir. Doğum zorluk algısı puan ortalaması kontrol grubundaki gebelerde deney grubunda yer alan gebelere göre istatistiksel anlamlı yüksek bulunmuştur.
- ✓ Gebelerin yaklaşık yarısının kız bebeği olmuştur (deney=%50, kontrol=%51,9).
- ✓ Bebeklerin ortalama doğum ağırlığı deney grubunda $3263,3 \pm 441,7$ kontrol grubunda $3245,1 \pm 346,1$ gram, bebeklerin boy uzunluğu deney grubunda $50,2 \pm 1,2$ ve kontrol grubunda $49,9 \pm 1,7$ santimetre olup iki grup arasında

doğum ağırlığı ve boy uzunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

- ✓ Bebeklerin birinci dakika Apgar skor ortalamaları deney grubunda $8,8 \pm 0,7$, kontrol grubunda $7,8 \pm 0,6$ olup bu skorlar beşinci dakikada deney grubunda $10,0 \pm 0,0$ ve kontrol grubunda $9,6 \pm 0,5$ olarak belirlenmiş; deney ve kontrol grubu arasında birinci ve beşinci dakika Apgar skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.
- ✓ Deney grubunun %42,3'ü, kontrol grubunun %67,3'ü yaşadığı doğum ağrısını “beklediğimden fazlaydı” olarak değerlendirmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında doğum ağrısı algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- ✓ Deney grubunun %88,5'i, kontrol grubunun %51,9'u yaşadıkları normal doğum deneyiminden memnun olduğunu ifade etmiş, deney ve kontrol grupları arasında normal doğumdan memnun olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- ✓ Deney grubundaki gebelerin %30,8'i, kontrol grubu gebelerin %11,5'i doğum süresini “beklediğimden kısaydı” olarak değerlendirmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.
- ✓ Kadınlara tekrar normal doğum yapmak isteme durumu sorulduğunda; deney grubundaki kadınların büyük çoğunluğu (%96,2) kontrol grubundaki kadınların dörtte üçü (%75,0) tekrar normal doğum yapmak istediğini belirtmiş; iki grup arasında normal doğum yapmak isteme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir.
- ✓ Deney grubundaki kadınların %98,1'i, kontrol grubundaki kadınların %86,5'i çevresindeki kişilere normal doğumu önereceğini belirtmiştir. İki grup arasında normal doğumu çevresindeki kişilere önerme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- ✓ Deney grubundaki gebelerin destekleyici hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması $9,9 \pm 0,2$, kontrol grubundaki gebelerin rutin bakımından memnuniyet puan ortalaması $7,2 \pm 1,6$ bulunmuştur. Deney grubunun aldıkları destekleyici hemşirelik bakımı memnuniyet puan ortalaması kontrol grubunun rutin bakımından memnuniyetine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre “*intrapartum dönemde kanıta dayalı*

uygulamalar doğrultusunda verilen destekleyici hemşirelik bakımının anne memnuniyetine etkisi vardır” hipotezimiz doğrulanmıştır.

- ✓ Deney grubundaki gebeler destekleyici hemşirelik bakımının rahatlamaya yardımcı olduğunu (%100,0), huzur ve güven verdiğini (%98,1), ağrıları hissetmeyi azalttığını (%94,2) ve ortama uyum sağlamasına yardımcı olduğunu (%98,1) ifade etmiştir.

8.5 ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- ✓ Bu çalışmada intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının kadınların algılanan doğum ağrısına, durumluk kaygı düzeylerine, doğum süresine, doğumun zorluk algısına, ikinci derece laserasyonda azalma oranına, yenidoğanın birinci ve beşinci dakika Apgar skor puan ortalamalarına ve doğum sonrası anne memnuniyetine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte kadınların çoğu kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan destekleyici hemşirelik bakımının kendilerini rahatlattığını, huzur ve güven duymasına, ortama uyum sağlamasına yardımcı olduğunu ve daha az ağrı hissettiğini belirtmişlerdir. İntrapartum dönemde kadınlara sunulacak destekleyici bakım ile ilgili rehberler oluşturularak, hizmet içi eğitim programları ve kurslar ile kadın doğum alanında çalışan tüm sağlık personelinin bu rehberler doğrultusunda hizmet içi eğitim verilmesi önerilebilir. Böylece kadınların yaşadığı doğum deneyimine olumlu katkı sağlanabilir.
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki gebelerin bir sonraki doğumlarında normal doğumu istememe ve çevrelerine önermeme nedenleri arasında çok ağırlı bir deneyim olduğunun belirtilmesi doğum sürecinde ağrı yönetimin önemli olduğunu göstermektedir. İntrapartum dönemde kadınlara ağrıyı azaltıcı stratejilerin sunulması ile kadınların olumlu doğum deneyimi yaşaması sağlanarak sezaryen oranlarının azaltılmasına yardımcı olabilir.
- ✓ Çalışmada doğum öncesi hazırlık sınıflarına katılım oranının diğer ülkelere göre düşük olduğu görülmektedir. Antenatal dönemde izlem ve takipleri yapan hekim başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının erken dönemde gebelere

doğum öncesi hazırlık sınıfları hakkında bilgi vererek gebelerin doğum öncesi hazırlık sınıflarına katılımı teşvik edilebilir.

- ✓ Uzamış doğum eyleminin hem anne hem de fetüs sağlığı açısından ciddi riskleri bulunmaktadır. Bu çalışma sonuçlarında görüldüğü gibi destekleyici hemşirelik bakımının doğum süresini kısalttığı ve yenidoğanın Apgar skorları üzerine olumlu etkileri olduğu belirlenmiş olup, destekleyici hemşirelik bakımı uygulamalarının doğum ünitelerinde kullanımının sağlanması önerilebilir.
- ✓ Bu çalışmada deney grubunda olan gebelerde Durumluk Kaygı Ölçeği ve VAS puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. İntrapartum süreçte gebelerin kaygı düzeylerinin ve ağrı algısının azalmasında önemli rol oynayan destekleyici hemşirelik bakım uygulamalarının tamamının yer aldığı doğum yönetim rehberlerinin kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda revize edilmesi önerilebilir.
- ✓ Sağlık personelinin destekleyici hemşirelik bakımı uygulamalarını yapabilmesine olanak sağlamak için bu alanda çalışan personel sayısının artırılması ve gerekli çalışma koşullarının sağlanması önerilebilir.
- ✓ Doğumda etkin sağlık profesyonelleri olan hekim, hemşire ve ebelerin destekleyici hemşirelik bakımı uygulamalarına yönelik farkındalıklarının artırılması ve bu konuda hizmet içi eğitim programları önerilebilir.
- ✓ İntrapartum dönemde bire bir bakımı destekleyen bir bakım modeli oluşturulması için araştırmacılar ve Sağlık Bakanlığı ile ortak çalışma platformlarının oluşturularak kanıt temelli rehberlerin hazırlanması önerilebilir.
- ✓ İntrapartum dönemde kanıta dayalı olarak sunulan destekleyici bakım uygulamalarının sağlık alanında eğitim gören tüm bölümlerin müfredat programlarına eklenmesi önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Abushaikha L, Sheil EP. Labor stress and nursing support: How do they relate. *Journal of International Women's Studies*. 2006; 7(4): 198-208.

Acavut G, Güvenç G. Doğum eylemi ile ilişkili perine travmalarının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2020; 7(2): 125-130.

Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2008; 37: 106-115.

Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear Of Childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2012; 119: 1238-1246.

Ak PS, Vardar O, Özkan S. Anne dostu hastanelerin yaygınlaşması Türkiye için neden önemlidir?. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018; 1(1): 25-29.

Akbarzadeh M, Masoudi Z, Zare N, Kasraeian M. Comparison of the effects of maternal supportive care and acupressure on labor length and infant's apgar score. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(3): 236-240.

Alhafez L, Berghella V. Evidence-based labor management: first stage of labor *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2020; 2(4): 1-9.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics and Gynecology*. 2017; 129(2): 20-28.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics and Gynecology*. 2019; 133(2): 164-173.

American College of Obstetricians and Gynecologists. 2018. (Erişim Tarihi: 13 Eylöl 2021). Erişim Adresi: <https://www.acog.org/practice-management/health-it-and-clinical-informatics>.

Anjum N, Memon Z, Sheikh S, Naz U. Relationship between cervical dilatation at which women present in labor and subsequent rate of caesarian section. Journal of Ayub Medical College Abbottabad. 2020; 32(1): 58-63.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Continuous labor support for every woman. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing. 2018; 47(1): 73-74.

Azimirad A. Cesarean section beyond cesar's borders: a mini review on the cultural history of cesarean section high prevalence rates in the middle east. Archives of Iranian Medicine. 2020; 23(5): 335-337.

Babalola S. Women's education level, antenatal visits and the quality of skilled antenatal care: a study of three African countries. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2014; 25(1): 161-179.

Badaoui A, Abou Kassm S, Naja W. Fear and anxiety disorders related to childbirth: Epidemiological and therapeutic issues. Current Psychiatry Reports. 2019; 21(4): 1-14.

Bahri N, Vafae-Najar A, Ebrahimipour H, Askari F, Bashiri K. Quality of labor support during labor. Patient Safety Quality Improvement Journal. 2014; 2(1): 59-63.

Başgöl ř, Beji NK. Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 5(3): 66-71.

Barrett SJ, Stark. MA. Factors associated with labor support behaviors of nurses. The Journal of Perinatal Education. 2010; 19(1): 12-18.

Bayrı Bingöl F, Demirgöz Bal M, Esencan Yılmaz T. Doğum sürecinde gebelere verilen fiziksel desteğin doğum sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2020; 6(3): 506-513.

Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019; 1(2): 2-6.

Bilgin NÇ, Bedriye AK, Potur DC, Ayhan F. Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(3): 342-352.

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017; 7(1): 77-127.

Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019; 3(3):16-27.

Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of massage therapy on duration of labour: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Diagnostic Research. 2016; 10 (4): 12-15.

Börü F. Primipar Kadınların Doğum Kaygısı ile Doğum Şeklini Seçmeleri Arasındaki İlişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. Sabuncu). İstanbul, 2016.

Boz İ, Akgün M, Duman F, Uçan H, Duman F, Göksu M, Coşkun G, Hayta G. Gebelerin doğum eyleminde algıladıkları destekleyici bakım ile doğum algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2019; 16(4): 187-190.

Breman RB, Neerland C. Nursing support during latent phase labor: a scoping review. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2020; 45(4): 197-207.

Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*. 2006; 35(4): 456-464.

Centers for Disease Control and Prevention 2020. Cesarean Delivery Rate. (Erişim tarihi:10 Mart 2021). Erişim adresi: https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/sosmap/cesarean_births/cesareans.html.

Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, Bonapace J. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth*. 2014; 41(2): 122-137.

Cohen J. *Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences*. Second publishing. Lawrence Erlbaum Associates: Newyork; 1988, s:8-52.

Copur EO, Kuru N, Seyman CC. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2015; 1(2): 51-55.

Çakıl AN. Travaydaki Gebelere Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Annelik Hüznü ve Doğum Deneyiminden Memnuniyet Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E. Bayraktar). Kayseri, 2018.

Çevik AS, Karaduman S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japon Journal of Nursing Science*. 2020; 17(1): 1-9.

Çevik E, Yanikkerem E. İntrapartum Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda Sunulan Hemşirelik Bakımı. İçinde: Eti Aslan F. Güncel Hemşirelik Çalışmaları. 1. basım. Akademisyen Kitabevi A. Ş.: Ankara; 2021, s:189-199.

Çevik E, Yanikkerem E. The factors affecting self-esteem, depression and body image of pregnant women in a state hospital in Turkey. The Journal of the Pakistan Medical Association. 2020; 70(7): 1159-1164.

Çiçek Ö. Doğum Eyleminde Uygulanan Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Ağrısı, Doğum Süresi ve Memnuniyete Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. S. Mete). İzmir, 2016.

Çiçek Ö, Mete S. The effects of intermittent supportive nursing care on labor outcome: a quasi-experimental study. International Journal of Caring Sciences. 2021; 14(1): 337-345.

Çiçek NM, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 3. Baskı. Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti: Ankara; 2012, s:259-280.

Çoşkun AM. Hemşire ve Ebeler için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. 4. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti: İstanbul; 2021, s: 66-99.

Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich, A. Listening to mothers III: pregnancy and birth. Childbirth Connection. 2013; 1(1): 5-89.

Demirel G, Gölbaşı Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2015; 131(2): 183-186.

Desmawati D, Kongsuwan W, Chatchawet W. The effects of childbirth preparation nursing intervention integrating islamic praying program on duration of labor and neonatal outcomes in primiparous muslim women. Walailak Journal of Science and Technology. 2020; 17(10): 1048-1059.

Devi H, Sharma S, Kaur S, Sikka P. Effect of doula care on anxiety level among labouring mothers: a quasi-experimental study. International Journal of Science and Healthcare Research. 2020; 5(4): 309-316.

Dias-Dame JL, Cesar JA. Disparities in prevalence of smoking and smoking cessation during pregnancy: a population-based study. *Biomed Research International*. 2015; 1(1): 2-8.

Drevin J, Stern J, Annerbäck EM, Peterson M, Butler S, Tydén T, Kristiansson P. Adverse childhood experiences influence development of pain during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015; 94(8): 840-846.

Dönmez S, Yeniel ÖA, Kavlak O. Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(3): 908-920.

Erbaydar N. Mother-friendly hospital programme of Turkey: national intervention to improve the quality of maternity services. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2021; 27(2): 202-210.

Erdoğan SU, Yanikkerem E, Goke, A. Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2017; 28(1): 169-175.

Erenel ŞA, Vural G. Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım. İçinde: Erenel ŞA, Vural G. Hemşireler ve Ebeler için Perinatal Bakım. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2020, s: 241-276.

Ersöz M. Travayda Uygulanan Sakral Masajın Kadınların Kaygı Düzey, Doğum Ağrısı ve Doğum Süresine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi M.Öztürk). Adana, 2019.

Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005; 8(2): 117-123.

Erdoğan S. Alt Sırt Masajının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Sürecine Etkisinin İncelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Yüksek Lisans Tezi (Danışmanlar: Doç. Dr. E. Yanıkerem, Doç. Dr. A. Göker).
Manisa, 2015.

Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, Kılıççı Ç. Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2018; 26(1): 31-43.

Fathi Najafi T, Latifnejad Roudsari R, Ebrahimipour H. The best encouraging persons in labor: a content analysis of Iranian mothers' experiences of labor support. Public Library of Science. 2017; 12(7): 2-13.

Floris L, Irion O, Courvoisier D. Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. Psychology Health Medicine. 2017; 22(8): 969-977.

Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. Obstetric Anesthesia Digest. 2012; 32(2): 93-94.

Gams B, Neerland C, Kennedy S. Reducing primary cesareans: An innovative multipronged approach to supporting physiologic labor and vaginal birth. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing. 2019; 33(1): 52-60.

Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte, Quintana, SM. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. Journal of Physiotherapy. 2013; 59(2): 109-116.

Getu AA, Getie SA, Gela GB, Maseresha EA, Feleke BE, Muna A. M. Non-pharmacological labor pain management and associated factor among skilled birth attendants in Amhara Regional State health institutions, Northwest Ethiopia. Reproductive Health. 2020; 17(1): 1-8.

Gill P, Henning JM, Van Hook JW, Haddad LM. Abnormal Labor (Nursing). In: StatPearls. StatPearls Publishing Treasure Island: 2021, s: 1-7.

Gonzalez-Mesa E, Kabukcuoglu K, Körükcü O, Blasco M, Ibrahim N, Cazorla-Granados O, Kavas T. Correlates for state and trait anxiety in a multicultural sample of Turkish and Spanish women at first trimester of pregnancy. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 249: 1-7.

Gönenç IM, Terzioğlu F. Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time, and increasing delivery satisfaction. *Journal of Nursing Research*. 2020; 28(1): 68-70.

Göker AG, Yanikkerem E, Topsakal Ö. Gebelerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2021; 8(2): 315-322.

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; (5): 3-10.

Hanada N, Matsuzaki M, Ota E, Mori R. Psychosocial and educational interventions in latent phase or early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 1(2): 2-6.

Hanson L, VandeVusse L. Supporting labor progress toward physiologic birth. *The Journal of Perinatal Neonatal Nursing*. 2014; 28(2): 101-107.

Harding C, Skinner A, Ettridge L. Latent Phase of Labour. *Maternity Guidelines NHS Royal Bershire*. 2020; 1(1): 1-6.

Harrington L. Normal labor and delivery. *The Global of Women's Medicine*. 2008; 1(1): 101-127.

Hekmatzadeh SF, Bazarganipour F, Allan H, Aramesh S, Mohammadi J. Effects of boiled dill seed on anxiety during labor: a randomized clinical trial. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 2020; 26(2): 100-105.

Hildingsson I, Johansson M, Karlström A, Fenwick J. Factors associated with a positive birth experience: an exploration of Swedish women's experiences. *International Journal of Childbirth*. 2013; 3(3): 153-164.

Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual Reproductive Healthcare*. 2018; 16(1): 50-55.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; 3(1): 27-74.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; 10(1): 8-11.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013; 1(7): 1-87.

Hofmeyr GJ, Bernitz S, Bonet M, Bucagu M, Dao B, Downe S, Oladapo OT. WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2021; 128(1): 1658-1662.

Hotelling BA. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *The Journal of Perinatal Education*. 2007; 16(2): 38-43.

İşbir G, Serçekus P. The Effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: a single-blind randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research*. 2017; 25(2): 112-119.

Jaber R, Blaga OM, Dascal MD, Meghea CI. Perceived safety of smoking a few cigarettes during pregnancy and provider advice in a sample of pregnant smokers from Romania. *Society for The Study of Addiction*. 2021; 116(2): 394-399.

James JN, Prakash KS, Ponniah M. Awareness and attitudes towards labour pain and labour pain relief of urban women attending a private antenatal clinic in Chennai, India. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2012; 56(2): 195-198.

Jisha C, Sreeja GP. Effect of empowerment of empowered female labour companion on anxiety, female labour companion on anxiety, birth outcome, and maternal satisfaction among primiparturients. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*. 2021; 7(1): 47-53.

Joseph RM, Fernandes P. Effectiveness of jasmine oil massage on reduction of labor pain among primigravida mothers. *Journal of Health and Allied Sciences*. 2013; 3(4): 104-107.

Jou J, Kozhimannil KB, Johnson PJ, Sakala C. Patient-perceived pressure from clinicians for labor induction and cesarean delivery: a population-based survey of US women. *Health Services Research*. 2015; 50(4): 961-981.

Kabakian-Khasholian T, Portela A. Companion of choice at birth: factors affecting implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17(1), 1-13.

Kaçar N. Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan ebelik uygulamaları. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2020; 2(2): 113-130.

Kaçar N, Yazıcı S. Ebe tarafından verilen sürekli doğum desteğinin mesleki ve obstetrik sonuçlara etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 3(3): 214-224.

Kakaşçı ÇG, Gezgiç M, Dinçer H. Normal doğumda öğrenci hemşire tarafından verilen destekleyici bakım ile rutin bakımın doğum konforuna etkisinin

karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2021; 9(2): 770-780.

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2007; 10(1); 113-121.

Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2011; 19(1): 45-53.

Kahrs BH, Eggebo TM. Intrapartum ultrasound in women with prolonged first stage of labor. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2021; (1) 1:1-6.

Kataoka MC, Carvalheira APP, Ferrari AP, Malta MB, Carvalhaes MA. Smoking during pregnancy and harm reduction in birth weight: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18(1), 1-10.

Kaya N, Demirel G. İntrapartum perine masajı uygulamasına güncel bakış. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018; 3(1): 33-40.

Khavandizadeh Aghdam S, Kazemzade, R, Nikjoo R. The effect of the doula support during labor on delivery length in primigravida women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015; 18(150): 8-13.

Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Mori R. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017; 4(1): 40-58.

Koyucu GR, Demirci N. Doğumun ikinci evresinde kullanılan ıkınma tipleri. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2016; 2(1): 33-39.

Kozhimannil KB, Hardeman RR, Attanasio LB, Blauer-Peterson C, O'Brien M. Doula care, birth outcomes, and costs among Medicaid beneficiaries. American Journal of Public Health. 2013; 103(1): 113-21.

Kozhimannil KB, Attanasio LB, Jou J, Joarnt LK, Johnson PJ, Gjerdingen DK. Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. *The American Journal of Managed Care*. 2014; 20(8): 340.

Kömürcü N. Doğum Ağrısının Kontrolünde Nonfarmakolojik Olmayan Yöntemler. İçinde: Kömürcü N, Ergin AB, eds. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı. Bedray Yayıncılık: İstanbul; 2014, s: 53-92.

Kriebs JM. Supporting labor is hands-on care. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2019; 33(4): 372-373.

Lagrew DC, Low Lisa K, Brennan R, Corry MP, Edmonds JK, Gilpin BG, Frost J, Pinger W, Reisner D, Jaffer S. National Partnership for Maternal Safety. *Obstetrics & Gynecology*. 2018; 131(3): 503-513.

Madley-Dowd P, Kalkbrenner AE, Heuvelman H, Heron J, Zammit S, Rai D, Schendel D. Maternal smoking during pregnancy and offspring intellectual disability: sibling analysis in an intergenerational Danish cohort. *Psychological Medicine*. 2020; 1(1): 1-10.

Maputle MS. Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, limpopo province, South Africa: a participant observation study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(1): 1-11.

Mete S, Çiçek Ö. Labor support: an application is starting again come into prominence. *Bezmialem Science*. 2018; 6(2): 138-142.

Mocumbi S, Högberg U, Lampa E, Sacoor C, Vala A, Bergström A, Sevene E. Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019; 19(1): 1-14.

Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Vasegh Rahimparvar SF. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 286(1): 19-23.

Moore E, Blatt K, Chen A, Van Hook J, DeFranco EA. Relationship of trimester-specific smoking patterns and risk of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016; 215(1): 109-116.

Mukamurigo JU, Berg M, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Dencker A. Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17(1): 1-7.

Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companionintegrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2020; 20 (1):1-12.

Muslu A, Yanikkerem E. Doğum beklentileri ve deneyimleri ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik güvenirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2020; 13(4): 231-244.

Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comande D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V, Millar K, Morhason-Bello I, Castro CP, Pileggi VN, Robinson N, Skaer M, Souza JP, Vogel JP, Althabe F. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016; 29: 1-17.

Narman E. Doğumda Algılanan Destekleyici Bakım ile Doğum Ağrısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi D.B. Ertürk). Tokat, 2019.

National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies clinical guideline 2017. (Erişim Tarihi: 14 Eylül 2021). Erişim Adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.

Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. *Journal of Midwifery Women's Health*. 2014; 59(1): 28-34.

Nikula P, Laukkala H, Pölkki T. Mothers' perceptions of labor support. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2015; 40(6): 373-80.

Nielsen JH, Overgaard C. Healing architecture and snoezelen in delivery room design: a qualitative study of women's birth experiences and patient-centeredness of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1): 1-11.

Nur N. Association of risk factors with smoking during pregnancy among women of childbearing age: an epidemiological field study in Turkey. *Sao Paulo Medical Journal*. 2017; 135: 100-106.

Ondek M. Healthy birth practice two: walk, move around, and change positions throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*. 2019; 28(2): 81-87.

Orman H, Demirci N. Effects of confidentiality perception during delivery period on maternal satisfaction. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2019; 5(3): 219-227.

Oveysi M. Doğumda Algılanan Destekleyici Bakım ve Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. S.E. Apay). Erzurum, 2018.

Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları: İstanbul; 1983, s:1-26.

Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi yayınları: İstanbul; 1985, p.23.

Özcan Ş, Aslan E. Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.2015; 23(1): 41-48.

Özdemir ÖGN, Kariptaş E, Yalçın S. Gebelik sayısı ve doğum yapma şekilleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyi arasındaki ilişkilerin doğum öncesinde ve doğum sonrasında değerlendirilmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 1(1): 1-10.

Paul JA, Yount SM, Breman RB, LeClair M, Keiran DM, Landry N, Dever K. Use of an early labor lounge to promote admission in active labor. Journal of Midwifery & Women's Health. 2017; 62(2): 204-209.

Peydayesh M, Zamani N, Mohseni M, Dehghani Z, Nikfar S. The prevalence of cesarean section and some related factors: a cross sectional study in Iran. Annals of the Romanian Society for Cell Biology. 2021; 25(6): 3711-3717.

Pillai SG. Effect of empowered female labour companion on anxiety, birth outcome, and maternal satisfaction among primiparturients. Manipal Journal of Nursing and Health Sciences. 2021; 7(1): 8-10.

Pınar SE, Demirel G. The effect of therapeutic touch on labour pain, anxiety and childbirth attitude: A randomized controlled trial. European Journal of Integrative Medicine. 2021; 41(1): 1-24.

Pirdel M, Pirdel L. Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. Journal of Reproduction & Infertility. 2009; 10(3): 217-219.

Polnaszek BE, Cahill AG. Evidence-based management of the second stage of labor. Seminars in Perinatology. 2020; 44(2): 151-213.

Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Beji N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.: İstanbul; 2015, s: 306-317.

Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, Vannacci A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women and Birth*. 2021; 34(4): 335-343.

Salinas-Vilca A, Cuevas L, Bermejo-Sanchez E, Galan I. Smoking during pregnancy: changes and associated risk factors in Spain, 1980-2016. *Journal of Public Health*. 2021; 1(1): 1-9.

Sayın Ağ SN. Doğum ağrısının doğası ve mekanizması. *Türkiye Klinikleri Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği- Özel Konular*. 2015; 1(3): 1-5.

Sayın NC, Erzincan SG, Çilingir IU. Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği- Özel Konular*. 2018; 11(1): 76-81.

Serçekuş P, İşbir G. Aktif Doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2012; 11(1): 97-102.

Serhatlıoğlu SG, Karahan N. Doğum memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 2018; 12(3): 75-91.

Sethi D, Barnabas S. A pre-experimental study to evaluate the effectiveness of back massage among pregnant women in first stage of labour pains admitted in labour room of a selected hospital, Ludhiana, Punjab, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2017; 6(1): 76-83.

Sevil Ü, Ertem G. Perinataloji ve Bakım Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. İçinde: Güner Özçerezci Ö, Kavlak O. Doğum. 1. Basım. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.: Ankara; 2016, s: 299-372.

Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal Midwifery Womens Health*. 2004; 49: 489-504.

Singh N, Pradeep Y, Jauhari S. Indications and determinants of cesarean section: a cross-sectional study. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2020; 10(4): 280-283.

Sleutel MR. Intrapartum nursing: integrating Rubin's framework with social support theory. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*. 2003; 32(1): 76-82.

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (4): 3-26.

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Suganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; (3): 3-111.

Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press: California; 1970.

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Türkiye 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu 2019. (Erişim Tarihi: 15 Eylül 2021). Erişim Adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Turkiye-2nci-Ulusal-Gozden-Gecirme-Raporu_TR-WEB.pdf.

Sütlü S, Temizer NH, Til A. Opinions of healthcare professionals about cesarean birth in Burdur province. *Turkish Journal of Health Science and Life*. 2021; 4(1): 27-32.

Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjörn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15(1): 1-5.

Şahin NH. Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009; 2(3): 93-98.

Şenoğlu A, Karaçam Z. İntrapartum ebelik bakımının temel kalite göstergeleri. Life Sciences. 2021; 16(1): 19-29.

Erenel ŞA, Vural Ş. Perinatal Bakım. Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2020, s: 243-267.

Şimşek AÇ, Çakmak D. Ülkemizde yürürlükte olan kadın sağlığını koruma politikaları mevzuatı. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2019; 16(1): 45-50.

Taşkın L. Doğum Eylemi. İçinde: Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 16. Baskı. Akademisyen Tıp Kitapevi: Ankara; 2020, s:281-340.

Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. Women's Health. 2010; 6(3): 377-381.

Tsakiridis I, Mamopoulos A, Papazisis G, Petousis S, Liozidou A, Athanasiadis, A, Dagklis T. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors: a cross-sectional study in Northern Greece. The European Journal of Public Health. 2018; 28(2): 321-325.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) (Bilim Kurulu Çalışması) Enfeksiyon Kontrolü ve İzolasyon. (Erişim Tarihi: 19 Ağustos 2020). Erişim Adresi: https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/37699/0/covid-19rehberienfeksiyonkontrolu_ve_zolasyonpdf.pdf .

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağı Müdürlüğü. Doğum Eylemi Gözlem Formu. (Erişim tarihi: 10 Nisan 2020). Erişim Adresi: <https://sereflikochisardh.saglik.gov.tr/TR,280219/dogumhane.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Solunum Sistemi Hastalıklarının Yaygın Olduğu Dönemde Sağlık Kuruluşlarında Gebe Takibi. (Erişim Tarihi: 19 Ekim 2020). Erişim Adresi:

https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39101/0/covid-19solunumsistemihastaliklarinin_yayginoldugudonemdesaglikkuruluslarindagebetakibipdf.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. (Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2021). Erişim Adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı 2014. (Erişim Tarihi: 11 Haziran 2020) Erişim Adresi: <https://mersinism.saglik.gov.tr/Eklenti/11100/0/gebe-bilgilendirme-sinifi-egitim-kitabipdf.pdf>.

The American Congress of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion, Pain relief during labor, No:295. (Erişim Tarihi: 1 Nisan 2020). Erişim Adresi: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee>

The Organisation for Economic Cooperation and Development “Caesarean sections”, in Health at a Glance 2019: OECD Indicators. (Erişim Tarihi: 22 Ocak 2020). Erişim Adresi: <http://www.infocoponline.es/pdf/health-at-a-glance-oecd2019.pdf>.

Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women’s experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. Reproductive Health. 2019; 16(1): 71-75.

Türkmen H, Turfan ÇE. The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6 point randomized clinical trial. Japan Journal of Nursing Science. 2020; 17(1): 1-9.

Türkmen H, Oran, NT. Massage and heat application on labor pain and comfort: a quasi-randomized controlled experimental study. Explore. 2021; 17(5): 438-445.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018 (Erişim tarihi: 12 Ağustos 2021). Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf.

Topçu İ, Dişsiz M. Doğum eyleminde kullanılan manipülatif ve beden temelli tamamlayıcı alternatif yöntemler. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2018; 1(2): 33-37.

Uçtu AK, Akan A. Doğum eylemindeki kadınların sosyal destek algıları, durumluluk-süreklilik kaygı düzeyleri ile bazı değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2021; 18(2): 805-811.

Uzel HG, Yanikkerem E. İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: doğum yapan kadınların tercihleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 11(1): 26-34.

Vogel JP, Comrie-Thomson L, Pingray V, Gadama L, Galadanci H, Goudar S, Oladapo OT. Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization labour care guide: a mixed-methods, multicountry evaluation. Birth. 2021; 48(1): 66-75.

Yanikkerem E, Ay S, Piro N. Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2013; 39(1): 180-187.

Yılmaz T, Nuraliyeva Z, Dinç H. Genç kadınların dismenore ile baş etme yöntemleri. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2020; 6(2): 294-299.

Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. Journal of Midwifery & Women's Health. 2017; 62(2): 196-203.

World Health Organization. Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience 2018. (Erişim Tarihi: 11 Nisan 2021). Erişim Adresi: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

World Health Organization. World Health Organization labour care guide: user's manual 2020. (Erişim tarihi: 02 Mayıs 2021). Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>.

World Health Organization. World Health Organization statement on caesarean section rates 2015. Erişim tarihi: 10 Eylül 2021). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_eng.pdf;jsessionid=D53C093626375866B284E327ED780743?sequence=1.

Wolf MF, Shnaider O, Sharabi L, Biderman SN, Elon R, Bornstein J. Optimal continuous support accompanying labor-the midwives' and laboring women's point of view. Israel Journal of Health Policy Research. 2019; 8(1): 27.

Workie MM, Chekol WB, Fentie DY, Ahmed SA, Bizuneh YB. Assessment of awareness, attitude and desire for labor analgesia and associated factors among pregnant women in Ethiopia: a cross-sectional study. Pain and Therapy. 2021; 10(1): 363-376.

Wong CA. Advances in labor analgesia. International Journal of Women's Health. 2009; (1): 139-150.

Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2021; 152(2): 172-181.

Zhang Y, Xu K, Gong L, Sun Y, Ren F. The effect of continuous midwifery services on the delivery mode, labor progress, and nursing satisfaction of primiparas during natural deliveries. American Journal of Translational Research. 2021; 13(6): 7249-7255.