

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EYLEMDE AĞIZDAN SIVI GIDA DESTEĞİNİN
DOĞUM EYLEMİ SÜRESİNE ETKİSİ

Blm. Uzm. Şule ERGÖL

TEZ DANIŞMANLARI

Prof. Dr. Kafiye Eroğlu

Prof. Dr. Lale Taşkın

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2009

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
Hacettepe Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Lale Taşkın
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Füsun Terzioğlu
Hacettepe Üniversitesi

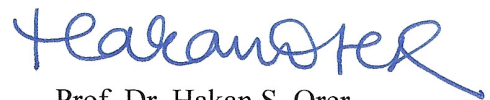


Üye: Doç. Dr. Aygül Akyüz
Gülhane Askeri Tıp Akademisi



ONAY:

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. Orer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmacı bu çalışmanın gerçekleşmesindeki katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Kafiye Eroğlu ve Prof. Dr. Lale Taşkın, tez danışmanlarım olarak değerli yol göstermişlerdir.

Sayın Doç. Dr. Füsun Terzioğlu, Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış ve Prof. Dr. Ayşe Akın tez izleme komitesinde yer alarak bilgi, görüş ve önerileri ile çalışmaya değerli katkılarda bulunmuşlardır.

Sayın Prof.Dr. Osman Saraçbaşı istatistiksel konulardaki danışmanlığı ile değerli katkılarda bulunmuştur.

Sayın Dr. Perran Möroy veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyerek çalışmanın devamını sağlamıştır.

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum servisi doktor, ebe ve hemşireleri çalışmanın gerçekleşmesi için her türlü desteği sağlamışlardır.

ÖZET

Ergöl, Ş., Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Desteğinin Doğum Eylemi Süresine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2009. Araştırma, doğum eylemi sırasında ağızdan sıvı gıda desteğinin, doğum eylemi süresine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış müdahale tipi bir çalışmadır. Örneklem büyüklüğü, NCSS - Statistical and Power Analysis Software - PASS programında Mc. Neamer test yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmaya, yaş ve eğitim durumuna göre bire-bir eşleştirilmiş toplam 110 kadın (55 müdahale ve 55 kontrol grubu) alınmıştır. Veriler, kadınların tanımlayıcı özellikleriyle ilgili veri toplama formu, doğum eylemini değerlendirme ve tanılama formu, doğum eylemi sırasında ağrı algılanmasını belirleme (VAS: Vizuel Analog Skalası) testi ve Spilberger' in durumluk ve sürekli kaygı envanteri aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 11.0 bilgisayar programında; ortalama, yüzdelik sayılar, t-testi, ki-kare testi, fisher'in kesin ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada, eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin eylem süresini yaklaşık iki saat kısalttığı bulunmuştur (**p<0.05**). Ancak doğum ve doğum sonu erken dönemde kaygı ve ağrı algılama şiddeti üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Araştırmada eylemde ağızdan sıvı gıda desteği verilmesi ve anne / yenidoğan sağlığı üzerine etkilerini belirlemeye ilişkin öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Eylemi, Ağızdan Sıvı Gıda Alımı, Hemşirelik, Doğum Eylemi Süresi

ABSTRACT

Ergöl, Ş., The Effect of Oral Fluid Food Support During Labor on Labor Duration, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Women Health and Diseases Nursing Programme, Ph.D. Thesis, Ankara, 2009. This research is an interventional study, carried out to determine the effect of oral fluid food support during labor on labor duration. The sample size was calculated using the Mc. Neamer test method at NCSS - Statistical and Power Analysis Software - Mc PASS program. The research were included total 110 women(55 intervention and 55 control groups) which according to age and education level is one-to-one matching. Data was collected by means of data collection form related to the identifying characteristics of women, labor assesment and diagnosis form, labor pain perception to determine test (VAS: Visual Analog Scale) and Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory. The collected data was processed in SPSS11.0 and was analyzed with levels of means, percentage points by means of t-test, Ki-square test and Fisher's exact ki-square test. In the research, it was found that oral fluid food support has shortened approximately two hours duration of labor ($p<0.05$). However it was detected that oral fluid food support has not effect on anxiety and perception to severe of pain in intrapartum and early postpartum periods. There are suggestions in the research related to oral fluid food support during labor and determine to it's effect on Maternal and Neonatal Health.

Keywords: Labor, Oral Fluid Intake, Nursing, Labor Duration

İÇİNDEKİLER

	sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.2.1. Araştırmanın Hipotezi	6
1.2.2. Araştırmanın Alt Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Doğum Eylemi	7
2.2. Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımının Eyleme Etkileri	8
2.3. Doğum Eyleminde Ağızdan Gıda Alımının Sınırlandırılmasının Olası Faydaları	9
2.4. Doğum Eyleminde Ağızdan Gıda Alımının Sınırlandırılmasının Olası Riskleri	11
2.4.1. Doğum Eyleminde Aç Bırakma İle İlişkili Riskler	11
2.4.2. Doğum Eyleminde İntravenöz Tedavi İle İlişkili Riskler	12
3. BİREYLER VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Şekli	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.3.2. Örneklem Seçim Kriterleri	16
3.4. Verilerin Toplanması	16
3.4.1. Uygulamada Kadınlara Verilecek Sıvının Hazırlanması	17
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	17
3.4.3. Ön Uygulama	20

3.4.4. Veri Toplama	20
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	22
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.7. Araştırmanın Uygulaması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	22
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
4. BULGULAR	24
4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	25
4.2. Kadınların Doğum Ve Doğum Sonu Erken Döneme İlişkin Bulguları	28
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
6.1. SONUÇLAR	38
6.1.1. Müdahale Ve Kontrol Grubundaki Kadınların Birebir Eşleştirilmesinde Kullanılan Özelliklere İlişkin Sonuçlar	38
6.1.2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	38
6.1.3. Doğum Ve Doğum Sonu Erken Döneme İlişkin Sonuçlar	39
6.2. ÖNERİLER	41
KAYNAKLAR	43
EKLER	
Ek 1. Doğum Eyleminde Ağızdan Alınabilen Katı Ve Sıvı Gıdalar	
Ek 2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerini Belirlemek Amacıyla Kullanılan Veri Toplama Formu	
Ek 3. Doğum Eylemini Değerlendirme Ve Tanılama Formu	
Ek 6. Kadınların Doğum Eylemi Sırasında Ağrının Algılanmasına İlişkin VAS (Visuel Analog Skalası) Testi	
Ek 7. Kadınların Anksiyete Düzeylerini Belirlemek İçin Spilberger' İn Durumluk Ve Sürekli Kaygı Envanteri	
Ek 9. Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Desteginin Doğum Ve Doğum Sonu Erken Dönemde Anne Ve Yenidoğan Sağlığına Etkisini İncelemek İçin Hasta Bilgilendirme Ve Olur Alma Formları	

Ek 10. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi Ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu'nun Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu

Ek 11. İzin Belgeleri

Ek 12. Akış Şeması

Ek 13. Ek Tablolar

ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ZTB: Dr. Zekai Tahir Burak

VAS: Vizuel Analog Skalası

GAS: Görsel Analog Skalası

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.3.1. Kadınların Birebir Eşleştirmede Kullanılan Özelliklerine Göre Dağılımı	16
Tablo 4. 1. 1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı	25
Tablo 4. 1. 2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı	26
Tablo 4. 1. 3. Kadınların Doğuma İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	27
Tablo 4.2.1. Kadınların Eylem Süresi Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı / dakika	28
Tablo 4. 2. 2. Kadınların Eylemin I. ve IV. Evresine Göre Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı	29
Tablo 4. 2. 3. Kadınların Eylemin I., II. ve IV. Evresinde Ağrı Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı	30
Tablo 4. 2. 4. Kadınların Eylem Boyunca Aldıkları Kalori ve Sıvı Miktarı Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı	31

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kadın sağlığı, çocuk ve aile sağlığını etkilerken, aile sağlığı da toplum sağlığını etkilemektedir. Toplum sağlığı açısından oldukça önemli bir yere sahip olan kadınlar, günümüzde hala cinsiyetleri nedeniyle bazı hastalıklara karşı riskli durumunu korumaktadır. Doğurgan çağdaki birçok kadın için gebelik, doğum ve annelik fizyolojik bir olay olarak kabul edilse de beraberinde bazı riskleri de getirmektedir. Toplam hastalık yükü içerisinde üremeye ilişkin hastalık yükü erkeklerde %12.3 iken, 15-44 yaş grubundaki kadınlarda %36.6'dır (3,51,61-63,89).

Dünya'da her yıl yaklaşık 129 milyon kadın doğum yapmakta gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar sonucu, yaklaşık 529 000 anne ölmektedir. Anne ölümlerinin %11-17'si doğum sırasında, %50-71'i doğum sonu dönemde gerçekleşmektedir. Doğum sonu anne ölümlerinin bir kısmı, doğum sırasında yapılan uygulamaların sonucu gelişmektedir (91). Wildman ve ark.(2004) doğum sırasında anne ölüm oranını, anne ölüm hızının yüksek olduğu ülkelerde yüz bin canlı doğumda 10.2, anne ölüm hızının düşük olduğu ülkelerde ise 5.9 olarak bulmuştur (96).

Yukarıda da belirtildiği gibi gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerdeki riskler; gebelik ve doğumun güvenli hale getirilmesi, kadının sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, hizmetlerin kalitesi ve zamanında kullanımı, yani anneliğin güvenli hale getirilmesi ile azaltılabilmektedir (51). Bu nedenle üreme çağındaki kadınların yeterli doğum öncesi bakım almalarının, güvenli ve sağlıklı bir ortamda doğum yapmalarının, doğum ve doğum sonrası bakım ve aile planlaması hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmalarının sağlanması gerekmektedir (73). Anneliğin güvenli hale getirilmesi için yapılması gereken önemli bir uygulama da doğum eylemi sırasında gereksiz ve aşırı müdahalelerden kaçınılmasıdır (35).

Son yıllarda dünya'da doğum eyleminin, tıbbi müdahalelerle bozulan doğal bir süreç olduğu düşüncesi giderek yaygınlaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda eylem sırasında, kadının ihtiyaçlarının, isteklerinin bilindiği ve saygı gösterildiği durumlarda, anne adayının gücünü iyi kullanabilmesini sağlayan, endişesini, rahatsızlığını, yalnızlığını ve yorgunluğunu azaltmayı amaçlayan, tıbbi olmayan

destekleyici bir bakım almasının, aşırı ve gereksiz müdahaleleri azalttığı gösterilmektedir (14,33,47,75,81).

Normal bir doğum eylemindeki bakım, destekleyici bakımın yanı sıra birçok müdahale ve yoğun izleme kadar uzanan geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu süreçte yapılan uygulamaların doğruluğunu ispatlayacak kanıtlara ihtiyaç bulunmaktadır. Literatürde eylemde ebeler tarafından sürekli verilen bakımın, eylem boyunca verilen desteğin, epizyotomi uygulamasındaki sınırlılığın, eylemin üçüncü evresinde rutin oksitosin ve amniyotomi uygulanmasının, fetüs kalp seslerinin sürekli monitörize edilmesinin, epidural anestezinin ve doğum sonu kanamayı önlemek için oksitosin ve ergometrin uygulamasının hem fayda, hem de risklerinin bulunduğu kanıtlanmıştır (8,33,35,78). Ancak rutin olarak yapılan perine traşı, boşaltıcı lavman ve kadını aç bırakmanın faydası ya da zararını gösterir yeterli kanıt bulunmamaktadır (8,33,36).

Destekleyici bakım doğum hemşirelerinin, bakım rollerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Literatürde farklı destekleyici hemşirelik bakım tipleri tanımlanmakla birlikte, tüm destekleyici hemşirelik bakımlarında, eylemdeki kadının fiziksel rahatlığının sağlanması yer almaktadır (1,74,81). Fiziksel rahatlığın sağlanması amacıyla yapılabilecek destekleyici hemşirelik uygulamaları ise çevrenin kontrolü, eylemin birinci ve ikinci evresinde annenin pozisyonunun düzenlenmesi, dokunma, soğuk/ sıcak uygulama, hijyen, su terapisi, boşaltım, beslenmeyi destekleme ve eşi bakıma katmayı içermektedir (1,74). Bu destekleyici uygulamalar içinde eylemde kadının beslenme ihtiyacının karşılanması önemli yer tutmaktadır (1,26,74).

Doğum, kadının bir atletin yarışmada tükettiği enerji kadar enerjiye ihtiyaç duyduğu fizyolojik bir süreçtir. Bu süreçte annede, glikoz kullanımı ve oksijen tüketimi artmaktadır. Dolayısıyla doğum eyleminin sağlıklı ilerleyebilmesi için doğuma hazırlanması ve uyumu kadar, doğum eylemi sırasında ihtiyaç duyduğu enerjinin karşılanması da önemlidir. Hodnett (35), eylemi güçlendirmek gerektiğinde, yeme ve içme isteklerini karşılamak gibi yaklaşımların oksitosin kadar etkili olabildiğini ileri sürmektedir. Literatürde eylem sırasında kadının beslenme ve enerji ihtiyacına ilişkin çok az bilgi bulunmaktadır (6,20,48,76).

Bununla birlikte eylem sırasında ağızdan sıvı ve gıda alınmasının kısıtlanması ya da durdurulması 1940'lardan beri birçok ülkede uygulanan faydası ya da zararı kanıtlanmamış bir bakım şekli olarak karşımıza çıkmaktadır (26,36,38). Ağızdan sıvı ve gıda alınmasının kısıtlanması ya da durdurulması, Mendelson'ın 1946'da eylem sırasında mide içeriğinin boşalmasıdaki gecikmenin aspirasyon pnemonisi oluşturduğuna, mide içeriğinin asiditesinin ölüm riskini ve maternal komplikasyonların şiddetini belirlediğine yönelik teorisine dayanmaktadır (50).

Eylem sırasında kadının aç kalmasının, midenin tamamen boşalmasını sağlamadığı ve kadının eylemden önce aldığı besinlerin bir kısmının hala midede bulunduğu bilinmektedir. Bu nedenle anestezi uygulamalarında kadınlar aç olmalarına rağmen, intubasyon sırasında asit inhalasyonunu önlemek için cricoid basınç uygulaması gibi tekniklerin kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (11,13,23,30,57). Aspirasyon insidansı incelemeleri, vakaların neredeyse tamamının anestezi uygulama hatalarından kaynaklandığını göstermektedir. Ayrıca son zamanlarda, gebe kadınlarda genel anestezi yerine epidural anestezi uygulaması daha çok tercih edilir hale gelmiştir (16,32,36,46).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, İngiltere, Avustralya ve birçok Avrupa ülkelerinin çeşitli merkezlerinde, doğum eylemi sırasında kadınların ağızdan bisküvi, bal, yoğurt, açık çay, kahve , su gibi bazı gıdaları (Bkz. Ek.1) almalarına izin verilmektedir (52,66,93). Son yıllarda eylemde ağızdan gıda alımına yönelik ılımlı politikalar olmasına rağmen bazı ülkelerde, ağızdan gıda alımı kısıtlaması devam etmektedir (52-53,93,98). Bu ülkelerde doğum yapmak için bir kliniğe başvuran kadınlarda, ağızdan katı ve sıvı gıdaların alımı tamamen durdurulmakta ya da sınırlı olarak ağıza buz parçası alınmasına ya da yudum yudum su içilmesine izin verilmektedir (53,79,98). Ayrıca kadınların enerji ihtiyaçlarının giderilmesi için Ringer Laktatlı solüsyonlar ya da %5 Dextroz gibi glikoz içerikli solüsyonlar intravenöz (IV) olarak verilmektedir (92-93).

Yukarıda da görüldüğü gibi bugün dünyada, eylem sırasında kadınların ağızdan gıda almalarına izin verilip verilmemesi konusunda tartışmalar devam etmektedir. Tartışmaların merkezinde iki ayrı konu bulunmaktadır (64). Birincisi, daha çok anestezistler tarafından ifade edilen eylem sırasında genel anestezi gerektiğinde mide içeriğinin aspirasyonuna bağlı olarak komplikasyonların ortaya

çıkması korkusudur. Özellikle acil durumlarda genel anestezi gerektiğinde, ağızdan gıda alan kadınlarda regurjitasyon ve aspirasyon riskinin arttığı belirtilmektedir. İkincisi ise, eylem sırasında ağızdan gıda ve bazı içeceklerin alınmasının anneye, fetüse ve eylem sürecine zarar verebileceği inancıdır. Bu görüş ebeler ve bazı kadın doğum uzmanları tarafından dile getirilmektedir. Literatürde gebelerde genel anestezi uygulamasının giderek azaldığı ve son 50 yıldır anestetik ilaçlar ve teknikler konusundaki gelişmelerle aspirasyon hızının önemli derecede düştüğü savunulmaktadır (38,56,65-66).

Eylemde ağızdan gıda alımına ilişkin hastanelerde yapılan uygulamalarda da farklılıklar görülmektedir. İngiltere ve Walles'ta 381 ünitenin 351'inde ağızdan gıda alımı politikalarına ilişkin yapılan araştırmada (1989) ünitelerin %96'sında kadınların ağızdan besin almalarına izin verildiği belirtilmektedir. Ağızdan gıda alımına izin verilen doğum ünitelerinin %67.2'si sadece içeceğe izin verirken, %32.8'i hem yiyecek hem içeceğe izin vermektedir (52). Hawkins ve ark. (1998) tarafından yapılan çalışmada, ABD'de doğumun latent fazında hastanelerin ortalama % 63'ünde buz ve yudum yudum parçacık içermeyen sıvıların verildiği, %25'inde sınırsız olarak parçacık içermeyen sıvıların verildiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada doğumun aktif fazında ise hastanelerin ortalama %74'ünde buz ve yudum yudum sıvı alınmasına izin verildiği, sadece %8'inde sıvı kısıtlaması yapıldığı saptanmıştır (31).

Avustralya'da hastanelerde eylemde ağızdan gıda alımına ilişkin politikalar incelenmiş ve 109 hastanenin %52'sinde düşük riskli gebelerin dilediğini yemesine, % 15'inde partikülsüz sıvıları içmesine, %11'inde buz ve suya izin verilirken, sadece %1'inde ağızdan hiçbir şey verilmediği belirlenmiştir. Aynı araştırmada yüksek riskli gebeler için hastanelerin %33'ünde ağızdan hiçbir şey verilmediği, %24'ünde parçacık içermeyen sıvıların içilmesine, %14'ünde buz ve suya izin verildiği, sadece %4'ünde dilediğini yemesine izin verildiği bulunmuştur (66).Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği (American of Anesthesiologists) herhangi bir risk taşımayan gebelerde eylem sırasında parçacık içermeyen sıvıların verilmesini ancak katı gıdalardan kaçınılmasını önermektedir (7). Kanada Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Derneği (Canada Society of Obstetricians and Gynecologists) aktif eylemde kadınların tercihlerine göre hafif ya da sıvı diyetin önerilebileceği görüşündedir (85).

Yazılı politika ve klinik uygulama rehberlerinde eylem sırasında düşük riskli gebeler için ağıza buz verme ya da yudum yudum su içmesine izin verme yapılan uygulamalardır (7,53,85,98). Ancak birçok hastanede yazılı politika ve klinik uygulama rehberleri bulunmamakta ya da bunlara uygun bakım verilmemektedir. Uygulamalar gebeliğin düşük riskli/yüksek riskli olmasına ya da eylemin latent ya da aktif fazda olmasına göre değişiklik göstermektedir. Çoğunlukla değişik şekillerde ağızdan gıda alımının sınırlandırıldığı görülmektedir (66).

Eylemde kadınların ağızdan sıvı ve gıda alımının sınırlandırılması, annede ketosiz, ketosiz ile ilişkili uzamış eylem, dehidratasyon, müdahaleli doğum ve doğum sonu kanamaya neden olabilmektedir. Kan glikoz seviyesindeki düşüşler ise fetüste solunum ve hareketliliği olumsuz etkilemektedir (12,22,43,45,82,92). Ketosizi önlemek için yapılan IV tedaviler ise; annede hiponatremi, hiperglisemi, fetüste iyatrojenik hiperinsulinemi buna bağlı olarak yenidoğanda hipoglisemi, fetüs serum pH'sında düşme ve fetal laktat seviyesinde artmaya neden olduğu bilinmektedir. Kadında açlığa bağlı stres seviyesinde artma da ketosizi şiddetlendirmektedir. Aynı zamanda açlık ağrı algılamasını da etkilemekte, kadın başağrısı, bulantı, hareket kısıtlılığı, katater yerinde lokal ağrı gibi sorunlar yaşamaktadır. Tüm bu olumsuz gelişmeler kadının eyleme uyumu zorlaştırarak eylemin ilerleyişini etkilemektedir (22,90,92).

Ülkemizde de eylem sırasında yaygın olan uygulamanın ağızdan gıda alımının tamamen durdurulması olduğu gözlemlendiği gibi konu ile ilgili yapılmış bir araştırmaya da rastlanmamıştır. Bu çalışma eylem sırasında ağızdan sıvı gıdaların alımı ile yukarıda söz edilen potansiyel anne komplikasyonlarının önlenebileceği düşüncesi ile yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı doğum eylemi sırasında ağızdan sıvı gıda desteğinin doğum eylemi süresi üzerine etkisini belirlemektir.

1.2.1. Araştırmanın Hipotezi

1. H_0 : Eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup (I. Grup) ile almayan grup (II. Grup) arasında, doğum eylemi süresi açısından fark yoktur.

2. H_1 : Eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup ile almayan grup arasında doğum eylemi süresi açısından I. Grup lehine fark vardır.

1.2.2. Araştırmanın Alt Hipotezleri

1. H_1 : Eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup ile almayan grup arasında, doğum ve doğum sonu erken dönemde annede kaygı açısından I. Grup lehine fark vardır.

2. H_2 : Eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup ile almayan grup arasında, doğum ve doğum sonu erken dönemde ağrı algılama açısından I. Grup lehine fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Tarihsel olarak bakıldığında çağlar boyunca eylem ve eylemdeki kadının beslenmesi üzerine odaklanılmıştır. Ancak eylemdeki kadının beslenmesine ilişkin inanç ve uygulamalar ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bazı kültürlerde eylem boyunca kadına özellikle sıvı yiyeceklerin verilmesi yaygındır (64-66). İngiltere’de 20 yy. ilk yarısında kadınlar, eylemde yaşanan yorgunluk, uzamış eylem ve ciddi doğum sonu kanamalarla başa çıkabilmek için eylem boyunca yeme içmek konusunda cesaretlendirilmekteydiler (45). Eylem ve doğum enerji gerektiren normal bir süreçtir. Gebeliğin son haftalarında hem anne hem de bebek doğum için hazırlanmaya başlar.

2.1. Doğum Eylemi

Eylem, genellikle gebeliğin 38. ve 42. haftaları arasında, fetüsün miyadı dolunca ve doğuma hazırlanırken başlar. Eylemin başlangıcının, nasıl olduğuna ilişkin çok az şey bilinmektedir. Ancak endokrin ve fiziksel değişikliklerin bir ya da birkaçından etkilendiği düşünülmektedir. Doğum eylemi, ilerleyici servikal silinme ve dilatasyona, yenidoğan ve plasentanın aşağı doğru inmesine ve doğumuna neden olan etkili, koordineli, istemsiz kontraksiyonlardan meydana gelmektedir. Doğum eyleminde rol alan dört önemli faktör bulunmaktadır. Doğum kanalı, fetüs, annenin psikolojisi ve doğum eylemindeki güçlerdir (17,27,95).

Doğum eyleminin üç evresi vardır. Birinci evre; gerçek doğum ağrıları ile başlar ve serviksin dilatasyonu 10 cm. olana kadar devam eder. Başlangıçta kontraksiyonlar kısa, hafif şiddette ve 10-15 dakika aralıklarla gelirken eylem ilerledikçe kontraksiyonlar uzar, şiddetlenir ve aralıkları kısalır. Doğumun bu evresinin üç fazı bulunmaktadır. Bunlar; (38,56,70).

1. Latent faz,
2. Aktif faz,
3. Geçiş fazıdır.

Latent faz, düzenli kontraksiyonlarla başlar. Bu fazda kontraksiyonlar hafiftir, servikal silinmenin tamamlanması ve dilatasyonun da yaklaşık 5cm. olmasına kadar devam eder.

Aktif faz, kontraksiyonlar sıklaşmış ve uzamıştır, dilatasyonun yaklaşık 8 cm. olmasına kadar devam eder.

Geçiş fazında, kontraksiyonlar çok sık ve oldukça güçlüdür, dilatasyon 10 cm. olduğunda faz tamamlanır. Eylemin birinci evresi primiparlarda yaklaşık 12 saat sürmektedir.

Eylemin ikinci evresinin sınırları kesin değildir ancak bu evrede fetüs annenin pelvis kanalında aşağıya doğru iner. İkinci evrede annenin itici güçleri de eyleme katılır. Annenin enerjisini iyi kullanarak itici güçlere yardımcı olması eylemi kolaylaştırır. Bu evre fetüsün doğumu ile sonlanır, primiparlarda yaklaşık iki saat sürer .

Eylemin üçüncü evresi, plasental evre olarak ta adlandırılmaktadır. Bu evrede plasentanın uterustan ayrılması ve doğması gerçekleşir, yaklaşık 20 -30 dakika sürer

2.2. Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımının Eyleme Etkileri

Doğum kadın, fetüs ve aile için hem bir bitiş, hem de bir başlangıç zamanıdır. Eylem ve doğum sırasında, kadının ulaşabildiği tüm psikolojik ve fizyolojik baş etme mekanizmalarının kullanılması gerekmektedir (71). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Teknik Çalışma Grubu, Normal Doğumda Bakım: Uygulama Rehberi'nde, bakımın amacını güvenli bir şekilde mümkün olan en az müdahale ile sağlıklı bir anne ve bebeğe ulaşmak olarak belirtmiştir. Bakım verenlerin görevleri şunlardır (98):

1. Eylem sırasında, doğum anında ve sonraki dönemde kadını, eşini ve ailesini destekleme,
2. Eylemdeki kadını gözleme: fetal monitörizasyonunu, doğum sonu bebeğin değerlendirilmesini, risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve sorunun erken tespit edilmesini,
3. Gerektiğinde amniyotomi, epizyotomi, doğum sonu bebek bakımı gibi küçük müdahaleleri yapma,
4. Eğer risk faktörleri varsa yada komplikasyon oluşmuşsa daha ileri bakıma ulaşmasını sağlama.

20.yy sonlarına doğru doğumda fetal monitörlerin ve diğer tıbbi müdahalelerin yaygın olarak kullanımı ile eylemde hemşirelik bakımının destekleyici uygulamalardan daha ziyade teknik uygulamalara yöneldiği görülmektedir (87). Ancak eylemde destekleyici bakım güçlü bir hemşirelik fonksiyonudur. Eylemde destekleyici hemşirelik bakımının, eylem süresinde azalma (39,42,44,69,86), anestezi ve analjezi kullanımında azalma (28,39), müdahaleli vajinal doğum hızında azalma

(34,47) , doğum süreci ile ilgili anne memnuniyetinde artma, oksitosin kullanımında azalma (25,39,42), sezaryen hızında azalma (24,39,42), ağrı algısında azalma (28,34), annede ateş görülme oranında azalma (39), annenin kendini daha iyi hissetmesi (28) gibi etkilerini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Eylemde destekleyici hemşirelik bakımı kadının anksiyete, rahatsızlık, yalnızlık ya da yorgunluğunu kendi güçlerini kullanarak azaltmayı amaçlayan, ihtiyaç ve isteklerini bilen ve saygı gösteren tıbbi olmayan bakımdır (81). Hemşire araştırmacılar eyleme destek uygulamalarını değişik yollarla sınıflamışlardır. Ancak birçok araştırmacının ortak olarak kullandıkları sınıflandırma şekli fiziksel, duygusal, bilgisel/yapısal uygulamalar ve savunuculuktur. Ayrıca eylemdeki kadının eşine destekte bu sınıflamaya eklenebilir. Hemşireler, hastaların değişik ihtiyaçları için farklı destek davranışları uygulamaktadır. Ancak bazen bu destek davranışlarının birkaçı birden uygulanmakta ya da bir davranış birden fazla sınıflama içerisinde yer alabilmektedir (1,26,56,81).

Fiziksel eylem destek davranışları, çevre kontrolü, pozisyon, dokunma, sıcak/soğuk uygulama, hijyen, hidroterapi, idrar boşaltımı, beslenme ve eşin bakımını kapsamaktadır. 20. yy. ortalarında eylemdeki kadının genel anestezi gerektiğinde mide içeriğini aspire edeceği düşüncesiyle ağızdan sıvı ve gıda alımının sınırlandırılması önerilmiştir. Ancak tıbbi uygulamalardaki gelişmelerinde etkisi ile konu ile ilişkili tartışmalar bulunmaktadır (1,81). Bazı kültürlerde kadınların eylemde ağızdan sıvı ve gıda alımı desteklenirken, bazılarında desteklenmemektedir. Hollanda’da kadınlar yiyip içerken, İngiltere, ABD, Avustralya’da hastanede uygulamalara bağlı olarak değişik derecelerde kısıtlamalar yapılmaktadır (31,52,66,77). Amerika Hemşire-Ebe Koleji (2000)’de düşük riskli kadınların ağızdan tolere edebildikleri kadar yeme ve içmelerine izin verilmesini önermiştir (6).

2.3. Doğum Eyleminde Ağızdan Gıda Alımının Sınırlandırılmasının Olası Faydaları

Mendelson aspirasyon insidansını tespit etmek amacıyla New York’ta bir hastanede 1932–1945 yılları arasında obstetrik anestezi hastalarının kayıtlarını incelemiş ve 44 016 hastadan 66’sında anestezi ile ilişkili aspirasyon tespit etmiştir. Aspirasyon pnömonisinden ölen kadın olmadığını tüm hastaların iyileştiği ancak ölen iki kadının aspire ettikleri büyük yiyecek parçalarının trakeayı tıkamasına bağlı

boğulma sonucu öldükleri tespit edilmiştir. Bu araştırmanın sonucunda Mendelson midenin tamamen boş olmasını sağlamak için eylemdeki tüm kadınlara ağızdan hiçbir şey verilmemesini önermiştir (50).

Eylemde kadınların ağızdan gıda alımının tamamen durdurulması ya da sınırlandırılması uygulaması, midenin boş olmasının sağlanacağı inancına dayanmaktadır. Boş bir mide, genel anestezi sonucunda oluşan kusma ve regürjitasyonu kompanse edici bir faktör olarak düşünülmektedir. Gebelikte hormonlar ve fiziksel değişikliklerin, midenin boşalmasını, özefagial sfinkterin gevşemesini ve intraabdominal basınçta artmayı etkilediği düşünülmektedir (23,57).

Termdeki kadınların %80'inde özefagial reflü belirtileri görülmekte ve belirti görülmeyen kadınlarda özefagusun alt kısımlarında ki pH düşmesine bakılarak mide içeriğinin reflü olduğu düşünülmektedir. Alt özefagial sfinkterin düz kasları üzerine progesteronun gevşetici etkisi kadar, gebelik sırasında görülen mide içindeki ilerleyici basınç özefagial sfinkter basıncındaki azalmaya neden olan faktörler arasındadır (55,94). Mendelson'ın sonuçlarına dayanılarak eylemdeki kadınların ağızdan hiçbir şey almamaları politikası uygulanmaya başladıktan sonra yapılan araştırmaların sonuçları, eylemde midenin boşalmasının geciktiğini gösterir bulguları desteklemektedir. İlk araştırmalarda mide boşalmasında çok az gecikme bulunurken daha sonraki araştırmalarda birkaç saatlik gecikme saptanmıştır. Araştırmalar arasındaki farkın kullanılan yöntemlerin değişik olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (10). Son yayınlarda narkotik analjezikler kullanılmadıkça, eylemdeki kadınlarda midenin boşalmasında gecikme olmadığı, doğum eylemi sırasında sıklıkla yaşanan anksiyete, stres ve ağrının mide boşalmasında etkili olduğu tespit edilmiştir (49,83). O'Sullivan ve ark., (1987) gebe olmayan kadınlar, gebeliğinin üçüncü trimestirindeki kadınlar ve postpartum kadınların mide içeriklerini karşılaştırdıkları araştırmada narkotik analjezik alan postpartum kadınlarda mide boşalmasında gecikme olduğu saptanmıştır (57).

Mide içeriğinin volümü ve asiditesini mide sekresyonu, alınan gıdalar ve midenin boşalma hızı etkiler. Midenin boşalmasında su için yarılanma zamanı yaklaşık 10 dakikadır. Partikülsüz sıvıların %95'i yaklaşık bir saat içinde mideyi boşaltır ve katı gıdaların mideyi boşaltma hızı sabittir ve yiyecekler alındıktan bir saat sonra mide boşalmaya başlar. Yiyeceklerin %50'si iki saat içinde duodenuma

geçer (23). Carp, Jayaram ve Stoll'un(1992) son yemek yeme zamanları farklı olan 39 aktif eylemdeki kadının mide içeriğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, örneklemin üçte ikisinde mide de yiyecek bulunduğu tespit edilmiştir. Kadın ne kadar zaman aç kalırsa kalsın hiçbir zaman mide tam olarak boşalmamaktadır. Ancak açlık mide asiditesini arttıran bir faktördür. Çünkü açlık durumunda, mide sekresyonu uyarılmakta ve hem mide volümü artmakta hem de pH düşmektedir. Dolayısıyla bu durum aspirasyon riskini arttırabilmektedir (11,13,23,29)

2.4. Doğum Eyleminde Ağızdan Gıda Alımının Sınırlandırılmasının Olası Riskleri

Eylemde ağızdan sıvı gıda alımının sınırlandırılması ile ilişkili olası riskler iki nedenden kaynaklanmaktadır. Birincisi kadının aç bırakılması, ikincisi ise enerji ve sıvı ihtiyacını karşılamak için yapılan IV sıvı tedavisidir (93).

2.4.1. Doğum Eyleminde Aç Bırakma İle İlişkili Riskler

Eylem sırasında harcanan fiziksel güç büyük bir kalori ihtiyacına neden olmaktadır. New York'ta 'Yiyecek ve Beslenme Komisyonu' eylem sırasında 700 ile 1100 kalori/gün verilmesini önermesine rağmen, eylemdeki kadınların kalori ihtiyacını belirlemeye yönelik araştırmalar literatürde bulunamamıştır. Parsons (2004)'nin belirttiğine göre kırk yıldan uzun bir süredir gebe ve eylemdeki kadınlarda, açlığın etkilerini belirlemek amacıyla birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar genellikle anne ve bebek kan glikoz seviyesi ve keton cisimleri üzerine odaklanmıştır (65).

Normal şartlar altında vücut, açlık durumunda enerji için karaciğerde depolanan glikojeni kullanır. Karaciğerde depolanan glikojen bittiği zaman, enerji için yağlar mobilize edilir ve kanda keton cisimleri yükselir. Karaciğerden diğer organlara enerji elde etmek için taşınan keton cisimleri, karbondioksit ve su ile okside edilerek periferik dokularda kullanılabilecek enerji açığa çıkarılır. Ancak açlık ve aşırı egzersiz gibi çok şiddetli durumlarda periferik metabolik süreç, durumla başa çıkamaz ve kanda ketonlar birikir. Ketosiz olarak bilinen bu durum genellikle idrarda keton cisimlerinin varlığı ile kanıtlanır. Ketosiz olduğu zaman vücut keton cisimlerini alternatif enerji kaynağı olarak kullanır. Normal koşullar altında ketosiz,

enerji ihtiyacının arttığı zamanlarda, alternatif enerji kaynağı kullanımını sağlayan vücudun fizyolojik koruyucu sistemi olarak düşünölmektedir (43,92).

Eylemde fiziksel stres ve yiyecek alımının kısıtlamasına bağılı olarak ketosiz sıklıkla görölebilen bir durumdur. Uzamış eylem ile ketonuri arasındaki ilişki bilinen bir durumdur ancak hangisinin neden, hangisinin etki olduğı açık değildir (22,92). Nullipar kadınlarda ketosiz insidansının yüksek olduğı bulunmuştur (12). Ketosiz doğum sonu aşırı kan kaybı, forsepsle doğum gibi istenmeyen etkileri bilinmektedir. Ancak plasentadan geçmesine rağmen fetus üzerine etkileri tam bilinmemektedir (12,22). Annenin glikoz seviyesindeki düşme fetal solunum ve genel aktiviteyi etkilemektedir (45). Ketonüri durumlarında, eylemdeki kadına müdahale etmek gerektiğı inancı yaygın olduğundan, bazen kadınlar ağızdan kalori almak için cesaretlendirilmekte bazen de IV sıvı tedavisi verilmektedir (90,92).

2.4.2. Doğum Eyleminde Intravenöz Tedavi İle İlişkili Riskler

IV sıvı tedavilerinde genellikle Ringer Laktat sıvılar kullanılmaktadır. Birçok hastanede ketosizi önlemek amacıyla yaygın olarak verilen IV sıvı tedavilerinin de istenmeyen yan etkileri bulunmaktadır. Saatte 25 gramdan daha fazla glikoz verildiğinde annede hiperglisemi fetüste iyatrojenik hiperinsulinemi ve buna bağılı doğum sonrası yenidoğanda hipoglisemi gelişebilmektedir. Bu nedenle saatte 10 gr. glikozun ve 100-120cc sıvı ile verilmesi önerilmektedir (18,38,92).

Tuzsuz IV solusyonların aşırı verilmesine bağılı olarak, hem annede hem de bebekte hiponatremi geliştiğı belirlenmiştir. Bunların dışında IV tedavilere bağılı olarak annede sıvı yüklenmesi, başağrısı, bulantı, hareket kısıtlılığı, lokal ağrı,fetüs pH'sında düşme ve fetal laktat seviyesinde artma saptanmıştır (13,22).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, doğum eylemi sırasında ağızdan sıvı gıda desteğinin, doğum eylemi süresine etkisini belirlemek amacıyla müdahale tipi bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Dr. Zekai Tahir Burak (ZTB) Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğumhane Ünitesinde yapılmıştır. Araştırma Ankara ilinde en büyük, yıllık en fazla doğum sayısına sahip ve araştırmanın yapılmasına izin veren ZTB Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırma kapsamına, araştırmanın seçiminde belirtilen koşulları karşılayan kadınlar alınmıştır.

ZTB Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum servisi 19 doğum eylemi izleme yatağı, dört refakatli doğum odası, 10 doğum ve bebek bakım odası ve bir suda doğum odası bulunan bir ünedir. Çalışma ekibi; perinatoloji ünitesinde görevli iki klinik şefi, altı şef yardımcısı, 20 uzman doktordan oluşmaktadır. Ekip üç haftada bir birer haftalık rotasyonlarla çalışmaktadır. Ayrıca ekipte 20 asistan doktor, bir psikolog ile 40 ebe/hemşire bulunmaktadır. Psikolog doğum servisinde sürekli durmamakta, serviste çalışan ekip gerekli gördüğünde hastayı konsülte etmektedir. Doğum ünitesinde bir hemşire ve 39 ebe, dört grup halinde çalışmaktadır. Ancak bu sayı yeni atamalar ve istifalar nedeniyle değişkenlik göstermektedir. Doğum servisi sorumlusu ve bir servis sorumlu yardımcısı 8-16 saatleri arasında çalışmakta diğer saatlerde ise her grubun kendi içindeki sorumlusu idari sorunları çözmektedir. Her grupta bir ya da iki bebek hemşiresi bulunmaktadır. Üniteye bebek hemşiresi yetiştirmek üzerine hizmet içi eğitimler uygulanmaktadır. Değişiklikler olmakla birlikte gruplar 8-16 ve 16-08 saatleri arasında çalışmaktadır. Her grup nöbet değişiminde grup sorumlusunun onayı ile, bir hemşire hasta kabulde, iki ya da üç hemşire travay ünitesinde, bir ya da iki hemşire bebek hemşiresi olarak, diğerleri doğum odalarında, bir hemşire doğum sonu annelerin servise naklinde refakat etmek üzere görev dağılımı yapılmaktadır. Tüm hemşireler rotasyon şeklinde travay ünitesinde çalışmaktadır ve eylemdeki annenin bakıma ilişkin ayrıca bir hizmet içi eğitim programı yoktur.

Acil ya da gebe polikliniklerinde doğum servisine yatırılan gebeler, servis dışında sekreterler tarafından karşılanmakta, üniteye ait kıyafetler giydirildikten sonra servis girişindeki hasta kabul ünitesine alınmaktadır. Burada gebe, hemşire tarafından karşılanmakta, çeşitli kan tetkikleri için kan alınmakta, kilo ve tansiyonu ölçülmekte, IV mayi verilmesi için damar yolu açılarak travay odasına gönderilmektedir. Travay odasındaki doktorlar gebeyi karşılamakta, dosyasını doldurduktan sonra yatağa alarak istemini yazmaktadır. Travayda çalışan ebeler; gebeye mayinin takılması, lavmanın ve ilaç uygulamalarının yapılması ve doğumu yaklaşan gebelerin doğum odasına ya da sezaryen olacak gebelerin hazırlıklarının tamamlanıp ameliyathaneye nakledilmesi görevlerinden sorumludur. Komplike doğumlar gerekli görüldüğünde travay ünitesine yatırılmakta ve bu hastaların takipleri de travay ebelerince yapılmaktadır. Doğum odasında çalışan ebeler, doğum odasını hazırlamakta, doğum sırasında doktorla işbirliği halinde gebeye yardım etmekte, yenidoğan bakımını yapmaktadır. Gerekli durumlarda yenidoğanın ilk bakımını bebek hemşireleri, doğum odasındaki ebeler ile birlikte yerine getirmektedir. Ayrıca doğumdan sonra annenin ilk perine bakımını doğum odası hemşiresi yapmakta ve istemlenen ilaçları uygulamaktadır.

Bebek hemşireleri vajinal doğum yapmış annelerin bebeklerini emzirmelerini sağlamakta, emzirme konusunda kısaca bilgi vermekte, sezaryen doğumlara katılarak yenidoğanın ilk bakımını yapmaktadır.

Annenin kanaması doktorlar tarafından değerlendirildikten sonra servise çıkarılması uygun görülürse, bir ebe refakatinde anne doğum sonu servisine çıkarılmaktadır.

Eylem boyunca gebeye hiçbir şekilde ağızdan sıvı ya da gıda verilmemekte, IV mayi verilmektedir. Ancak IV mayi miktarına ilişkin oluşturulmuş bir protokol bulunmamaktadır. Suda doğum ünitesinde takip edilen kadınlara doktor istemlerse, ikinci evrenin sonlarına doğru %5 dextroz ağızdan yudum yudum verilebilmektedir.

Doğum sonrası annelere bebeğin doğumunu takiben mayi içerisinde 15 IU. oksitosin infuzyonu yapılmakta, plasentanın doğumunu takiben de TA: 130/80 mmHg altında ise bir ampul ergometrin IM. olarak uygulanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Şubat 2007 - Eylül 2007 tarihleri arasında doğum yapmak için başvuran kadınlar oluşturmuştur. Bu tarihler arasında hastaneye doğum yapmak için başvuran nullipar kadınlardan, 55'er kişilik iki grup (müdahale Grubu: doğum eylemi sırasında ağızdan sıvı gıda desteği alan, Kontrol Grubu: Hastane protokolüne göre bakım alan) oluşturulmuştur. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken doğum eyleminin süresinin uzaması temel komplikasyon olarak ele alınmıştır. Araştırma da incelenecek olan alt hipotezler doğum eyleminin süresinin uzamasına neden olan faktörler ve eylemin uzaması ile ortaya çıkan sonuçlardır. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçlarına göre uzamış doğum eylemi görülme oranı % 36'dır (2). Örneklem büyüklüğü, NCSS - Statistical and Power Analysis Software - PASS programında birebir eşleme, Mc. Neamer test yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır.

Kontrol grubu uzun eylem oranı 0.365

Müdahale grubu uzun eylem oranı 0.165

Mc. Neamer testine göre kontrol grubunda uzun eylemi olanların 0.60' nın eşinde doğum eyleminin süresinin normal sınırlara çekilebileceği hipotezini $\alpha=0.01$ 'de $1-\beta=0.70$ güçte test için 55 kişi gerektiği belirlenmiştir.

Buna göre araştırma kapsamına 55 müdahale ve 55 kontrol grubu olmak üzere, yaş ve eğitim durumuna göre bire-bir eşleştirilmiş toplam 110 kadın alınmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların birebir eşleştirmede kullanılan özellikleri Tablo 3.3.1'de yer almaktadır.

Tablo 3.3.1. Kadınların Birebir Eşleştirmede Kullanılan Özelliklerine Göre Dağılımı

Bazı Demografik Özellikler	Gruplar			
	Müdahale (n:55)		Kontrol (n:55)	
	S	%	S	%
Yaş				
19 yaş ve altı	7	6.4	9	8.2
20 – 24 yaş	35	31.8	33	30.0
25 – 29 yaş	13	11.8	13	11.8
Öğrenim Düzeyi				
İlkokul	10	9.1	10	9.1
Ortaokul	18	16.4	18	16.4
Lise	21	19.1	21	19.1
Yüksekokul-fakülte	6	5.5	6	5.5

3.3.2. Örneklem Seçim Kriterleri

- 18-34 yaş grubunda olan,
 - Nullipar,
 - Boy: 1.50 cm üzerinde olan,
 - Malignensi öyküsü olmayan,
 - Genetik geçişli bir hastalığı olmayan,
 - Bilinen bir hastalığı olmayan (hipertansiyon, diyabet, üriner enfeksiyon, anemi, epilepsi, pulmoner hastalıklar, karaciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalık gibi),
 - Sezaryenle doğum yapması planlanmayan,
 - Şimdiki gebeliğinde kanama geçirmemiş olan,
 - Anormal fetüs prezantasyonu olmayan,
 - Çoğul gebelik olmayan,
 - Gebeliğinden önce gastrointestinal sorunları olmayan,
 - Pelvik muayene sonucu serviks açıklığı 4 cm geçmemiş olan,
- Kadınlar örneklem kapsamına alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Uygulamada Kadınlara Verilecek Sıvının Hazırlanması

Araştırmacı tarafından literatürde yer alan araştırmalar (6,36,43,52,6,78,93) kadınların eylem sırasında ağızdan aldıkları gıdalar, bu gıdaların hangi sıklıkta verildiği ve kalori miktarları açısından incelenmiş ve eylem sırasında ağızdan alınan gıdalar listelenmiştir (Ek 1). Kadınların doğum eyleminde ağızdan beslenmesine yönelik özel bir çalışma bulunmadığından Sayın S. Attila¹ ile görüşülmüştür. Uzman, literatür bilgileri doğrultusunda meyve suyunun tercih edilebileceğini ve kalori hesaplamasının kolay yapılabilmesi için tek tip bir meyve suyunun tercih edilmesini ve kullanım kolaylığı açısından katkı maddesi içermeyen (içerisinde Sitrik Asit E 330 kullanılmamaktadır) hazır meyve sularının uygun olacağı yönünde görüş belirtmiştir. Sayın T. Şahim²’le görüşülmüş ve hastanede eylemdeki kadınlara ağızdan gıda verilmesine ilişkin bir uygulama yapılmadığı ve eylemin uzaması durumunda bazen gebelere doktorların Rejim II (sıvı içerikli) gıdaların verilmesini istemledikleri tespit edilmiştir.

Ayrıca aşırı sıvı tüketimine bağlı olarak kadınlarda sıvı yüklenmesi riski bulunduğundan, literatüre göre kadınların tercihlerinin sıvı gıdalar yönünde olması, sıvı gıdaların mideyi daha hızlı boşaltmaları nedeniyle aspirasyon riskinin daha az olacağı, anestesi uzmanlarının partikülsüz sıvıların ağızdan alınmasına izin verilebileceği görüşü ile çalışmada meyve suyunun kullanımına karar verilmiştir. Uzman önerisi doğrultusunda katkısız meyve suları incelenmiş daha az sıvı içerisinde daha fazla kalori içeren üzüm suyunun (64kcal/100ml) kullanımı uygun bulunmuştur.

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Bu araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından literatür (43,66,78,82,93) taranarak oluşturulmuş aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan, kadınların tanımlayıcı özelliklerini belirlemek amacıyla kullanılan veri toplama formu (Ek 2), doğum eylemini

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Dr. Beslenme ve Diyetetik Uzmanı

² Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyetisyeni

değerlendirme ve tanılama formu (Ek 3), üç uzman görüşü (Taşkın L.³, Akın A.⁴, Eroğlu K.⁵) doğrultusunda düzenlenmiştir. Yapılan ön uygulama (Bkz Ön uygulama) sonrası içerik ve anlaşılabilirlik açısından gerekli düzenlemeler tamamlanmış ve veri toplama formu son haline getirilmiştir. Ayrıca kadınların doğum eylemi sırasında ağrı algılanmasını belirleme (VAS: Vizuel Analog Skalası) testi (Ek 4), anksiyete düzeylerini belirlemek için Spilberger' in durumluk ve sürekli kaygı envanteri (Ek 5) kullanılmıştır.

1. Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu(Ek 2)

- a. Kadınların sosyo-demografik özelliklerini içermektedir.

2. Doğum Eylemini Değerlendirme ve Olası Komplikasyonları Tanılama Formu (Ek 3)

- a. Eylemin takip bilgilerini (kontraksiyon, vajinal muayene, fetus kalp sesleri takibi v.s.),
- b. Gebenin vital bulgularını,
- c. Doğumun şekli ve özelliklerini,
- d. Gebenin aldığı sıvı miktarını,
- e. Olası komplikasyonlar bilgisini içermektedir.

3. Doğum Eylemi Sırasında Ağrı Algılanmasını Belirleme Testi (VAS: Vizuel Analog Skalası) (Ek 4)

İlk olarak 1921 yılında Hayes ve Paterson duyguların seviyelerinin çizgiler üzerinde ifade edilebileceğini bildirmişlerdir. Görsel Analog Skalası (GAS) olarak da adlandırılmaktadır. Bu çizgilerin sınırları duyguların en uç durumlarını gösteren ifadeler ile belirlenmektedir. VAS için genellikle 100 mm' lik bir çizgi kullanılmaktadır. Hastada ki ağrının şiddetini ölçmektedir. VAS, ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Geçerlilik ve güvenirliliği yapılan bu ölçek 10 cm uzunluğunda olup, vertikal veya horizontal hat üzerinde iki ucu farklı olarak isimlendirilmiştir

³ Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Prof. Dr.

⁴ Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü Prof. Dr.

⁵ Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Prof. Dr.

(0=ağrı yok, 10= en şiddetli ağrı). Hastadan, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile hattın en düşük ucu (0=ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir (37). VAS'ın kullanımı kolaydır, birçok değişik durumun (duygular, anksiyete, sesin yüksekliği, bulantı, kusma, baş dönmesi gibi durumlar için) grafik olarak gösterilmesi için kullanılmıştır. VAS'ın en üstün yanı iki aşırı durum arasında sonsuz sayıda sayı ile ölçüm yapabilmesidir .

4. Doğum Eylemi Sırasında Kadınların Anksiyete Düzeylerini Belirlemek İçin Spilberger' in Durumluk Ve Sürekli Kaygı Envanteri (Ek 5)

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970 yılında Spilberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları 1974 -1977 yılları arasında Öner ve LeComte tarafından yapılmıştır. "Kendini Değerlendirme Ölçeği" adı altında kullanılmaktadır. Durumluluk Kaygı Ölçeği, toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. "Sürekli Kaygı Ölçeği" bireyin genelde kendisini nasıl hissettiğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Alfa korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayısı 0.83 ile 0.87 arasındadır. " Durumluk Kaygı Ölçeği", bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini gösterir. Güvenirlik katsayısı 0.94 ile 0.96 arasında değişen bir ölçektir.

Her iki ölçekte 20'şer madde içermektedir. Ölçekteki durumluk anksiyetesi ile ilgili ifadeler 1- hiç, 2- biraz, 3- çok, 4- tamamiyle, sürekli anksiyete ile ilgili ifadeler 1- hemen hemen hiçbir zaman, 2- bazen, 3- çok zaman ve 4- hemen her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler bulunmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise yedi tane (21, 26, 16, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifadelerdir. Tersine çevrilmiş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'de, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35 eklenir. Ölçeklerden alınan puanların yükselmesi, kaygı seviyelerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Envanterden elde edilen toplam

puan 20-39 ise anksiyete hafif, 40-59 ise orta, 60-79 ise ağır olarak değerlendirilmektedir (59).

3.4.3. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formları (Ek 2, Ek 3) ZTB Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi ve Doğum sonu servisinde 3-21 Nisan 2006 tarihleri arasında doğum yapan 30 kadına uygulanmıştır. Yapılan ön uygulama sonrası içerik ve anlaşılabilirlik açısından tekrar gözden geçirilen veri toplama formlarına son şekli verilmiştir.

3.4.4. Veri Toplama

Araştırmanın veri toplama aşaması 5 Şubat 2007- 19 Ekim 2007 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Araştırmacı tarafından doğum salonuna başvuran eylemdeki gebeler, örneklem seçim kriterleri doğrultusunda incelenmiş ve kritere uygun gebeler ile tanışılarak yazılı izin alınmış, klinikteki asistan doktor ve günün sorumlu uzman doktorundan sözel izin alınarak gebeler örnekleme dahil edilmişlerdir. Diğer klinik çalışanlarına da hangi gebenin örnekleme alındığı belirtilmiştir. Gebe klinikten ayrılana kadar gerekli müdahale ve tedaviler yapılmıştır (Bkz. Akış Şeması)

Müdahale grubunda yer alan gebelerden yazılı izin alındıktan sonra Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formu (Ek 2), Doğum Eylemi Sırasında Ağrı Algılamasını Belirleme Testi (VAS) (Ek 4), Doğum Eylemi Sırasında Kadınların Anksiyete Düzeylerini Belirlemek İçin Spilberger' In Durumluluk Ve Sürekli Kaygı Envanteri (Ek 5) doldurulmuştur. Gebelere ağrının nedeni, ağrı sırasında doğru nefes alma teknikleri, doğru şekilde ıkınma hakkında kısaca bilgi verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Bu aşama ortalama 35-45 dakika sürmüştür. Gebelere üzüm suyu verilerek « dilediği zaman dilediği kadar » içebileceği ifade edilmiş ve aldıkları sıvı sürekli değerlendirilmiştir. Araştırmacı gebelerin tedavi ve bakımlarına katılmış ve eylem sırasında onları cesaretlendirmiştir. Eylemin ikinci aşamasına gelindiğinde Ek 4 tekrarlanmıştır.

Araştırmacı doğum anında gebelerin yanında bulunmuş, bakımlarına katılmış, eylemin başından sonuna kadar Doğum Eylemini Değerlendirme ve Olası Komplikasyonları Tanılama Formu (Ek 3)'nü doldurmuştur. Doğum sonrası ilk birinci saatte Ek 4, Ek 5 tekrarlanmıştır. Bu aşama ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Eğer takip edilen eylem sezaryen doğumla sonuçlanmışsa araştırmacı gebe operasyona alınana kadar gerekli tüm bakım ve tedaviye katılmış ve formları doldurmuş ancak operasyondan sonra kullanılan formlar annenin anestezi almış olması nedeni ile doldurulmamıştır. Ör ; Gebe eylemin ikinci evresine ulaşmadan ameliyata alınmış ise Ek 2, Ek 4, Ek 5 doldurulmuş ancak eylemin ikinci evresinde tekrarlanması gereken Ek 4 , Doğum sonrası ilk birinci saatte tekrarlanan Ek 4, Ek 5 tekrarlanmamıştır.

Araştırmanın **kontrol grubunda** yer alan gebelerde, uygulama aşamaları aynı şekilde yürütülmüş sadece bu gebelere üzüm suyu verilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'ndan 2.11.2005 tarihinde, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurumu'ndan 9.12.2005 tarihinde yazılı izin alınmıştır. 24.03.2006 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek 9) Araştırma kapsamına alınan tüm kadınlardan aydınlatılmış yazılı onam alınmış ve araştırmacıya ulaşabilecekleri telefon numaraları verilmiştir. Araştırmacı, hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan kadınları eylemleri boyunca takip etmiş, sorularını cevaplamış ve tüm tedavi ve bakımlarına katılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Şubat 2007 - Eylül 2007 tarihleri arasında doğum yapmak için başvuran kadınlar arasından 55 müdahale, 55 kontrol grubunu oluşturacak şekilde seçildiği için sonuçlar örneklem grubunu yansıtmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı hastanede var olan rutin IV sıvı uygulaması yapılmaktadır. Hastanenin rutin uygulamalarına müdahale edilemediğinden hem müdahale, hem de kontrol grubunda kadınlara IV sıvı verilmiştir.

Hastaneye başvuran kadınlar doğum ünitesine kabul edilmeden önce, antenatal polikliniği ya da acil serviste değerlendirilmekte ve eylemin aktif olarak başladığına karar verildiğinde doğum ünitesine yatırılmaktadır. Bu nedenle eylemin başlangıç süresi kadınların ifadelerine göre belirlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulaması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın uygulandığı hastanede mide içeriğinin aspire edilmesi riski nedeniyle eylemdeki gebelere ağızdan hiçbir şey verilmemektedir. Bu nedenle ekip araştırmacının müdahale grubuna seçeceği hastaların sezaryen doğum gerektiğinde epidural anestezi uygulanabilmesi için mümkün olduğunca gündüz saatlerinde doğum yapabilecek şekilde seçilmelerini istemişlerdir. Bu nedenle sabah erken saatlerde başvuran gebeler müdahale grubuna, öğleden sonra başvuran gebeler kontrol grubuna alınmıştır. Aynı nedenle hafta sonları ve resmi tatil günlerinde hasta alınamamıştır.

Doğum ünitesinde çalışan doktorlar her ay rotasyon yaptıklarından her yeni gelen gruba araştırma tekrar açıklanmıştır. Ancak hastanede var olan uygulamanın

tersi bir çalışma yapıldığından doktorlar gerekli izinler alınmasına rağmen temkinli davranmışlar ve bazen vaka seçimine izin vermemişlerdir. Bu nedenle güven ortamının oluşturulması uzun sürmüştür. Tüm bu nedenlerden örneklem sayısına ulaşmak güçleşmiş ve uzun zaman almıştır. Araştırma sonuçlarının daha az etkilenmesi amacıyla müdahale ve kontrol grubu mümkün olduğunca birlikte yürütölmeye çalışılmıştır.

Örneklem sayısına ulaşmada yaşanan güçlükler nedeniyle, araştırmanın başlangıcında NCSS - Statistical and Power Analysis Software - PASS programında birebir eşleme, Mc. Neamer test yöntemi kullanılarak

Kontrol grubu uzun eylem oranı 0.365

Müdahale grubu uzun eylem oranı 0.165

Mc. Neamer testine göre kontrol grubunda uzun eylemi olanların 0.60' nın eşinde doğum eyleminin süresinin normal sınırlara çekilebileceği hipotezini $\alpha=0.01$ 'de $1- \beta=0.80$ güçte test etmek için 68 kişi olarak hesaplanan örneklem büyüklüğü, $\alpha =0.01$ 'de $1- \beta=0.70$ güçte test için gerekli olan 55 kişi'ye indirilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 11.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler Ki-kare Testi, Fisher'in Kesin Ki-kare Testi, t-testi ile değerlendirilmiş ayrıca ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile sayı ve yüzdelikler kullanılmıştır (60).

Müdahale ve kontrol gruplarının bire-bir eşleştirilmesinde eğitim durumu ve yaş dikkate alınmıştır. Araştırmanın diğer değişkenleri aşağıda belirtilmiştir.

Bağımsız değişkenler

Kadının çalışma durumu,
Eşinin öğrenim durumu,
Sosyal güvence durumu,
Gebelik haftası,
Doğuma ilişkin bilgi alma durumu,
Meyve suyu alma,

Bağımlı değişkenler

Doğum eyleminin süresi,
Doğum ve doğum sonu erken
dönemde annede kaygı,
Doğum ve doğum sonu erken
dönemde ağrı,

4. BULGULAR

Bu bölümde doğum eylemi sırasında ağızdan sıvı gıda desteğinin doğum eylemi süresi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki başlık altında ele alınmıştır;

1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. Kadınların doğum ve doğum sonu erken döneme ilişkin bulguları

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. 1. 1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Bazı Demografik Özellikler	Gruplar				İstatistik değerleri
	Müdahale (n:55)		Kontrol (n:55)		
	S	%	S	%	
Eşin Öğrenim Düzeyi					
İlkokul	8	14.5	12	21.8	X ² =1.050 SD=3 p= 0.789
Ortaokul	14	25.5	12	21.8	
Lise	26	47.3	25	45.5	
Yüksekokul-fakülte	7	12	6	10.9	
Çalışma Durumu					
Çalışan	12	21.8	5	9.1	X ² =3.409 SD=1 p= 0.065
Çalışmayan	43	78.2	50	90.9	
Sosyal güvence					
Olan	48	87.3	50	90.9	X ² =0.374 SD=1 p= 0.541
Olmayan	7	12.7	5	9.1	

Tablo 4.1.1’de kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların eşlerinin çoğunluğunun lise mezunu olduğu (%47.3), çoğunluğunun çalışmadığı (%78.2) ve sosyal güvencelerinin olduğu (87.3) belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların eşlerinin ise çoğunluğunun lise mezunu olduğu (%45.5), çoğunluğunun çalışmadığı (%90.9) ve sosyal güvencelerinin olduğu (90.9) görülmektedir. Tanımlayıcı özellikleri açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4. 1. 2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Gruplar				İstatistik değerleri
	Müdahale (n:55)		Kontrol (n:55)		
	S	%	S	%	
Gebelik Haftası					
37 hafta	2	3.7	2	3.7	X ² =222 SD=3 p= 0.974
38 hafta	17	30.9	19	34.5	
39 hafta	17	30.9	17	30.9	
40 hafta	19	34.5	17	30.9	
Daha önce düşük yapma					
Evet	4	7.3	6	10.9	X ² =440 SD=1 p= 0.507
Hayır	51	92.7	49	89.1	

Tablo 4. 1. 2’de kadınların bazı obstetrik özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların çoğunluğu (% 34.5) 40.’ıncı gebelik haftasında, kontrol grubundaki kadınların çoğunluğu (% 34.5) ise 38.’inci gebelik haftasındadır. Müdahale grubunda 4 kadın, kontrol grubunda 6 kadın daha önce düşük yapmıştır. Tabloda gösterilmemekle birlikte müdahale ve kontrol grubundaki kadınların % 98.2’i, hem eşi hem kendisi bu gebeliği istemektedir. İncelenen obstetrik özellikleri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4. 1. 3. Kadınların Doğuma İlişkin Bilgi Alma Durumlarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Doğuma İlişkin Bilgi Alma Durumu	Gruplar				İstatistik değerleri
	Müdahale (n=55)		Kontrol (n=55)		
	S	%	S	%	
Alan	4	7.3	3	5.5	p= 0.716*
Almayan	51	92.7	52	94.5	

*Dört gözlü düzenlerde beklenen frekanslardan herhangi biri 5'den küçük olduğu için testi Fisher Kesin Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 4. 1. 3'de kadınların doğuma ilişkin bilgi alma durumları ve bilgi kaynaklarının dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların % 92.7'si, kontrol grubundaki kadınların % 94.5'i doğuma ilişkin bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale grubundaki bilgi alan kadınların dördü kitaplardan, biri internetten bilgiye ulaştığını söylerken, kontrol grubundaki bilgi alan kadınların ikisi doktordan, ikisi internetten bilgiye ulaştığını ifade etmiştir. Kadınların doğuma ilişkin aldıkları bilginin içeriği, müdahale grubunda nefes egzersizleri, kontraksiyon/ pelvik muayene olarak ifade ederken üç hemşire eyleme ilişkin tüm bilgiler şeklinde ifade etmiştir. Kontrol grubunda ise doğumun başlangıç belirtileri, nefes egzersizler ve silinme/dilatasyon şeklinde ifade edilmiştir. Doğuma ilişkin bilgi alma durumları açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

4.2. Kadınların Doğum Ve Doğum Sonu Erken Döneme İlişkin Bulguları

Tablo 4.2.1. Kadınların Eylem Süresi Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı / dakika

	Gruplar					Min.	Max.	İstatistik değerleri		
	Müdahale			Kontrol						
	n	$\bar{X}$	$\pm SS$	n	$\bar{X}$				$\pm S$	
Eylem Süresi/ dk	46*	489	± 235	44**	604	± 205	105	1118	t=-2.46	p=0.016

* Müdahale grubunda 9 kadın sezaryen ile doğum yapmıştır..

** Kontrol grubunda 11 kadın sezaryen ile doğum yapmıştır.

Tablo 4. 2. 1 'de kadınların eylem süresi ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınlarda eylem ortalama 489 dakika (8:15 saat) sürerken, kontrol grubunda 604dakika (10:06 saat) sürmüştür. Gruplar arasındaki süre farkı müdahale grubu lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (**p<0.05**).

Eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup ile almayan grup arasında, doğum eyleminin süresi açısından fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H_1 hipotezi kabul, H_0 hipotezi ise red edilmiştir.

Tablo 4. 2. 2. Kadınların Eylemin I. ve IV. Evresine Göre Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Eylemin evreleri	Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları								İstatistik değerleri	
	Müdahale				Kontrol					
	n	$\bar{X}$	$\pm$	SS	n	$\bar{X}$	$\pm$	SS		
Eylemin I. evresi	55	42.1	$\pm$ 5.9		55	40.8	$\pm$ 6.1		t=1.098	p=0.275
Eylemin IV. evresi	46	43.5	$\pm$ 5.5		44	43.8	$\pm$ 5.9		t=0.300	p=0.765

Tablo 4. 2. 2 'de kadınların eylemin I. ve IV. Evresine göre durumluk kaygı puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Eylemin I. evresinde durumluk kaygı puan ortalamalarının, müdahale grubunda 42.1, kontrol grubunda 40.8 olduğu, Eylemin IV. evresi durumluk kaygı puan ortalamalarının, müdahale grubunda 43.5, kontrol grubunda 40.8 olduğu saptanmıştır. Eylemin I. ve IV. evresi durumluk kaygı puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın alt hipotezlerinden “eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup ile almayan grup arasında, doğum ve doğum sonu erken dönemde annede kaygı açısından fark vardır” H_1 hipotezi red edilmiştir.

Tablo 4. 2. 3. Kadınların Eylemin I., II. ve IV. Evresinde Ağrı Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Eylemin evreleri	Ağrının şiddeti							İstatistik değerleri		
	Müdahale				Kontrol					
	n	—	±	SS	n	—	±	SS		
		X				X				
I. evre	55	6.7		2.1	55	6.3		2.5	t=0.729	p=0.468
II. evre	47	9.8		0.5	46	9.7		1.4	t=0.391	p=0.696
IV. evre	46	4.1		2.2	44	3.3		2.5	t=1.618	p=0.109

Tablo 4. 2. 3’de kadınların eylemin I., II. ve IV. evresinde ağrı şiddetini algılama puan ortalamalarının müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımı verilmiştir. Eylemin I. evresinde ağrı şiddetini algılama puan ortalaması 6.7, kontrol grubunun 6.3 olarak bulunmuştur. Eylemin I. evresinde ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Eylemin II. evresi ağrı şiddetini algılama puan ortalamasının müdahale grubunda 9.8, kontrol grubunda 9.7 olduğu belirlenmiştir. Eylemin II. evresinde ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınların eylemin IV. evresi ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları müdahale grubunda 4.1, kontrol grubunda 3.3 olarak saptanmıştır. Eylemin IV. evresinde ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın alt hipotezlerinden “eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup ile almayan grup arasında, doğum ve doğum sonu erken dönemde annede ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları fark vardır” H_2 hipotezi red edilmiştir

Tablo 4. 2. 4. Kadınların Eylem Boyunca Aldıkları Kalori ve Sıvı Miktarı Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Sıvı Miktarı ve Kalori Ortalamaları	n	Müdahale			n	Kontrol			İstatistik değerleri
		$\bar{X}$	$\pm$	SS		$\bar{X}$	$\pm$	SS	
Kalori Miktarı (kcal)	55	291.9		194.3	55	154.4		146.3	t=4.191 p=0.001
IV Sıvı miktarı (cc)	55	714.0		474.1	55	966.9		693.8	t=2.232 p=0.028
Ağızdan alınan sıvı miktarı (cc)	55	254.1		180.9	-	-		-	

Tablo 4. 2. 4’de kadınların eylem boyunca aldıkları kalori ve sıvı miktarı ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde, müdahale grubundaki kadınların ortalama 291.9 kcal., kontrol grubundaki kadınların ise ortalama 154.4 kcal. kalori aldıkları görülmektedir. Toplam kalori alımı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.01$).

Araştırmaya katılan kadınların eylem boyunca aldıkları IV sıvı miktarı müdahale grubunda ortalama 714.0 cc, kontrol grubunda 966.9 cc olduğu saptanmıştır. Ancak toplam alınan sıvı miktarı müdahale grubunda ortalama 968.1, kontrol grubunda 966.9’dır. Gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Müdahale grubundaki kadınların ağızdan aldıkları sıvı miktarı ortalama 254.1 cc’dir.

5. TARTIŞMA

Doğum eylemi enerji ve dayanıklılık isteyen yorucu bir süreçtir (56). Normal bir doğum eyleminin başlamasında ve ilerlemesinde rol oynayan dört temel faktör bulunmaktadır. Bunlar, doğum kanalı, fetüs, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler ve kadının psikososyal durumudur (38,71,89). Bu dört temel faktör dışında kadının yaşı, paritesi, kilosu, boyu, eyleme uyumunu etkileyebilecek faktörler (eğitimi, eyleme ilişkin bilgisi, destekleyici unsurlar v.s.) ve daha birçok etkenin eylemin süresini etkilediği bilinmektedir (38,40,58,80,89). Bu nedenle çalışmamıza alınan kadınların yaş ve eğitim durumları birebir eşleştirilmiştir.

Kadınların eyleme uyumlarını etkileyebileceği düşünülen, eyleme ilişkin bilgi alma durumlarına bakıldığında her iki grubunda çoğunluğunun, eyleme ilişkin bilgi almadıkları bulunmuştur (M: %92.7 K: %94.5) (Tablo.4.1.3) .

Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler uterus kontraksiyonlarıdır. Gebeliğin son haftalarında görülmeye başlayan düşük yoğunluklu kontraksiyonlar, eylemde hem şiddet, hem de sıklık olarak artmaktadır. Bu kontraksiyonların eylemde etkili olabilmesi için kuvvetli, düzenli ve belirli aralıklarla gerçekleşmesi gerekmektedir. Uterus kontraksiyonları bu kriterlere uymadığı zaman servikal silinme ve dilatasyon ile fetusun pelvis içindeki inişi gerçekleşmemekte ve eylem uzamakta ya da zor doğum eylemi gerçekleşmektedir (17,27,38,48,56,76,89).

Eylemin ikinci evresi başladığında, kontraksiyonlar daha kuvvetli ve sık aralıklarla gerçekleşmektedir. Kontraksiyonlar sayesinde fetüs başı vajinal açıklığa ulaşır ve kadın itici güçlerini kullanarak doğumun gerçekleşmesini sağlar. Hem kontraksiyonların gerçekleşebilmesi, hem de kadının eyleme uyum sağlayarak kontraksiyonlar esnasında solunum egzersizlerini yapabilmesi ve itici güçlerini iyi kullanabilmesi için enerjiye ihtiyacı vardır (17,27,56,89). Eylemde enerji ihtiyacı ile ilişkili literatürde güncel bilgiler olmamakla birlikte, kadının aktif eylemde 50-100 kalori/ saatte alması önerilmektedir (6). Kadının enerji ihtiyacının karşılanmamasının eylem süresinin uzamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sıvı gıda desteği verilen müdahale grubundaki kadınların ortalama eylem süresi ile ağızdan bir şey verilmeyen kontrol grubundaki kadınların

eylem süreleri arasında yaklaşık iki saatlik bir fark saptanmıştır [M:489 dk.(yaklaşık 8st.) ; K: 604dk.(yaklaşık 10 st.)] (Tablo. 4. 2. 1). Müdahale grubu lehine tespit edilen bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (**p: 0.016**).

Eylemde ağızdan gıda alımının eylem süresi üzerine etkileri inceleyen birçok çalışmada birbirinden farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmaların bir kısmı eylemde gıda alımının eylem süresi üzerine etkisi olmadığını belirlerken (43,54,79,93), bir kısmı eylem süresini uzattığını (67,68,76), biri ise eylem süresini kısalttığını (4) belirlemiştir.

Ürdün’de Al Olaimat(4) tarafından yapılmış olan çalışmada, 390 kadının eylemde ağızdan sıvı ya da hafif gıdalar almalarına izin verilirken, kontrol grubuna alınan 1950 kadına çalışmamızda olduğu gibi hastane uygulamalarına göre ağızdan hiç bir şey verilmemiştir. Bu çalışmada müdahale grubundaki kadınlarda eylemin ikinci evresinin süresinin, kontrol grubundaki kadınlara göre daha kısa sürdüğü saptanmıştır. Çalışmamız da da sıvı gıda desteği verilen müdahale grubunun eylem süresinin kontrol grubuna göre daha kısa sürdüğü saptanmıştır.

Ancak Scheepers ve ark.(76), Parsons ve ark.(68), Parsons ve ark.(67) yaptıkları çalışmalarda, araştırmamızın tam tersine ağızdan gıda alan kadınların eylem sürelerinin kontrol grubundaki kadınlara göre daha uzun olduğunu saptamışlardır. O’Sullivan ve ark.(54), Scrutton ve ark.(79), Tranmer ve ark. (93), Kubli ve ark.(43)’nın yaptıkları çalışmalarda ise ağızdan gıda alan kadınlar ile kontrol grubundaki kadınlar arasında eylem süresi açısından fark bulunmamıştır.

Görüldüğü gibi eylemde ağızdan gıda alımının eylem süresi üzerinde etkileri değişik çalışmalarda birbirinden farklı bulunmuştur. Ancak çalışmalar incelendiğinde;

Eylem süreleri açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark olmadığını bulan O’Sullivan ve ark.(54)(n:2426) ile Scrutton ve ark.(79)(n:94)’nın ağızdan katı gıdaları da içeren hafif diyet alan kadınlar ile sadece su içen kadınları karşılaştırırken, Tranmer ve ark.(93)(n:257)’nin ağızdan sıvı ve katı gıda alan kadınlar ile hiç bir şey almayan ya da sadece buz parçaları alan kadınları, Kubli ve ark.(43)(n: 60)’nın ise hem izotonik enerji içeceği hem de su içen kadınlar ile sadece su içen kadınların sonuçlarını karşılaştırdığı görülmektedir.

Ağızdan sıvı ya da katı gıda desteği alan kadınların eylem sürelerini daha uzun bulan çalışmalarda ise, Scheepers ve ark (76)(n:203) özel bir karbonhidrat solüsyonu içen kadınlar ile karbonhidrat içermeyen bir başka sıvıyı içen kadınların, Parsons ve ark.(68)(n:176) ağızdan gıda alan kadınlar ile, hiç bir şey almayan kadınların sonuçlarını karşılaştırmıştır. Parsons ve ark.(67) yaptıkları başka bir çalışmada örneklem (n:217) dört alt gruba ayrılmıştır. Birinci alt grup (n: 82) sadece eylemin erken döneminde, ikinci alt grup (n: 10) eylemin ileri dönemlerinde ağızdan gıda almış, üçüncü alt grup (n: 31) hem erken, hem ileri dönemde ağızdan gıda almış dördüncü alt grup (n: 94) ise eylemin erken ve ileri döneminde ağızdan partikülsüz sıvılar almıştır. Birinci grupta eylem süresinin 2.26 saat ve üçüncü grupta 3.5 saat uzadığı bulunmuştur.

Literatürdeki eylemde ağızdan gıda desteğinin eylem süresi üzerine etkilerinin farklı şekillerde bulunmasının, araştırmaların farklı örneklem büyüklüklerine sahip olmaları ve yukarıda açıklandığı gibi farklı yöntemler kullanılarak yapılmış olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğum eylemi boyunca stres hormonlarının(epinefrin, norepinefrin, kortizol) salınımı artmaktadır (5,14). Epinefrin salınımı mutsuzluğa neden olan duygusal durumlarda, kortizol korku, kaygı ve kontrol eksikliği gibi negatif duyguların yoğun yaşandığı durumlarda uyarılmaktadır. Norepinefrin ise özellikle fiziksel durum ve vücut postürüne hassastır (5,14,72). Doğum eyleminde epinefrin salınımı uterin aktiviteyi azaltırken, norepinefrin uterin aktiviteyi artırır. Ancak norepinefrin aynı zamanda uterin aktiviteyi düzensizleştirdiği için disfonksiyonel eyleme neden olabilmektedir. Kortizolün doğum eyleminin başlamasını sağlayan oksitosin hormonunun salınımını etkilediği ileri sürülmektedir. Eylem sırasındaki korku ve fiziksel zorlanmanın, uterus kontraksiyonları ve stres hormon değişikliklerine uyum ile ilişkili olarak değişeceği düşünülmektedir (14). Reynolds (72)'a göre, eylemde kadının kaygılı olmasının, eylemi uzattığı ve yenidoğan sonuçlarını olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamızda hem müdahale hem de kontrol grubundaki kadınların, eylemin I. ve IV. evrelerinde orta derecede kaygılı oldukları saptanmıştır. Her iki evrede de, müdahale grubundaki kadınların kaygı puan ortalamalarının (I evre: 42.1; II evre 43.5) kontrol grubundaki kadınların kaygı puan ortalamalarından (I evre: 40.8; II

evre: 40.8) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo. 4. 2. 2).

Eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin kadının açlık, susuzluk ve ağız kuruluğu gibi fiziksel rahatsızlıklarını azaltarak kaygı düzeyini azaltacağı düşünülmese de bu çalışma eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin, kadının kaygı durumunu etkilemediğini göstermiştir. Annenin kaygısının pozitif deneyimlerinin azlığı, doğuma ilişkin memnuniyetsizliği, deneyimlediği ağrı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (5,84). Çalışmamızda, gruplar arasında kaygı puan ortalamaları açısından fark bulunmamasının kadının kaygı düzeyini etkileyen diğer sosyo-kültürel faktörlerin (eyleme ve doğuma ilişkin beklentileri, hastane ortamı ve daha önceki deneyimleri, doğum olayını algılayışı v.s.) etkisinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Doğum eylemi, bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Primipar olan kadınların % 60'ının, multipar olanların ise % 40'inin şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak ağrı doğumun fizyolojik sürecinin basit bir sonucu değildir. Eylem sırasındaki ağrı, her kadının doğum ve eylemde yaşadığı fiziksel ve duygusal uyaranlar ile ilişkili çeşitli faktörlerin birleşiminden etkilenen karmaşık bir sonuçtur (9). Bu nedenle bazı kadınlar uterus kontraksiyonları sırasında şiddetli ağrı hissederken, diğerleri daha az ağrı hissedebilirler. Kadınların kültürel özellikleri, dini inançları, daha önceki ağrı deneyimleri, ağrı ile baş etme yöntemleri, yalnızlık, geçmişte çözülmemiş psikolojik ve fizyolojik stresler gibi pek çok faktör ağrı çekmeyi etkilemektedir (88).

Çalışmamızda kadınların eylem ilerledikçe daha şiddetli ağrı hissettikleri belirlenmiştir. Müdahale grubundaki kadınlar tüm eylem evrelerinde ağrıyı kontrol grubundaki kadınlara göre daha şiddetli algılamışlardır (I evre puan ortalaması : M:6.7; K:6.3, II evre : M: 9.8; K: 9.7, IV evre: 4.1; K: 3.3). Kadının enerjisinin yüksek olmasının, fiziksel ve psikolojik olarak rahatlamasını, eyleme daha iyi uyum sağlamasını sağlayacağı kabul edilmiştir. Kadının eyleme uyumunun da özellikle solunumun düzenlenmesini sağlayıp uterin dokuların oksijenlenmesini artırarak ağrının daha az hissedilmesine neden olacağı düşünülmüştür. Ancak müdahale grubu ile kontrol grubu arasındaki bu fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo.4.2.3). Klassen (41) multipar kadınlarda ağızdan sıvı gıda alımının

sınırlandırılmamasının/ ağrı ve kontrol algısının etkilerini incelediği çalışmada servikal dilatasyon sonrası ağrıyı değerlendirmiş ve çalışmamızla benzer şekilde eylem ilerledikçe ağrının arttığını ancak müdahale grubu ile kontrol grubu arasında fark olmadığını saptamıştır. Ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark bulunmamasının diğer ağrı algısını etkileyen diğer faktörlerin etkisinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Epizyotomi, özellikle ilk doğumlarda bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve kadında perine ve vajen laserasyonlarını önlemek amacıyla sık uygulanan bir müdahaledir (19,38). Ancak Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Koleji [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)].- Tıp Uzmanlık Derneği (Medical Specialty Society) iyi ve tutarlı bilimsel kanıtlara dayandırarak epizyotomi kullanımının sınırlandırılmasını önermektedir (21). Çalışmamızda vajinal doğum yapmış olan kadınların tamamına rutin epizyotomi açılmış olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu nedenle normal vajinal doğum açısından gruplar arasında değerlendirme yapılamamıştır.

Bu çalışmada hem müdahale hem de kontrol grubundaki kadınların çoğunluğuna oksitosin ile indüksiyon (M: % 65.2; K: % 68.1) ve analjezik uygulanmıştır (M: % 65.2; K: % 79.5) (Ek Tablo. 1). Ağızdan gıda desteğinin eylem üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalarda da(43,54,76,93) çalışmamızla benzer şekilde indüksiyon uygulaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

Müdahale grubunun yaklaşık altıda biri ve kontrol grubunun beşte biri sezaryen ile doğum yapmıştır (M: %16.4; K: %20). Hem müdahale hemde kontrol grubunda sezaryen ile doğum yapma nedenleri çoğunlukla fetal distres ve ilerlemeyen eylem olarak bulunmuştur (M: %66.6; K:%63.6) (Ek. Tablo.1). Ancak her iki grupta sezaryen ile doğum yapan kadın sayısı az olması nedeniyle istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır. O’Sullivan ve ark.(54), Scrutton ve ark. (79), Tranmer ve ark. (93), Scheepers ve ark (76)’nın çalışmalarında da sezaryen ile doğum oranları çalışmamızla benzer bir şekildedir ve Dünya Sağlık Örgütü (97) tarafından konulan hedefin (%5-15) üzerindedir. Al Olaimat (4), Kubli ve ark. (43) çalışmalarında ise müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen ile doğum oranları düşük bulunmuştur. Ancak tüm bu çalışmalarda müdahaleli doğum ve sezaryen ile doğum

oranları açısından müdahale ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Scheepers ve arkadaşları (76) yaptıkları çalışmada ise müdahale grubunda sezaryen ile doğum oranının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin eylem süresini kısalttığı bulunmuştur. Ancak kadında doğum ve doğum sonu erken dönemde kaygı ve ağrı şiddetini algılama üzerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBUNDAKİ KADINLARIN BİREBİR EŞLEŞTİRİLMESİNDE KULLANILAN ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

Araştırma kapsamına, 55 müdahale, 55 kontrol grubu olmak üzere yaş ve eğitim düzeylerine göre bire-bir eşleştirilmiş toplam 110 kadın alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların, % 14.6'sı 19 yaş altında, % 61,8'i 20-24 yaş arasında, % 23.6'sı 25-29 yaş arasındadır. Kadınların %18.2'si ilkokul mezunu, %32.8'i ortaokul mezunu, % 38.2'si lise mezunu, % 11'i yüksekokul ya da fakülte mezunudur.

6.1.2. KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

1. Müdahale grubundaki kadınların eşlerinin çoğunluğunun lise mezunu olduğu (%47.3), kontrol grubundaki kadınların eşlerinin ise çoğunluğunun lise mezunu olduğu (%45.5), her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun çalışmadığı (M:%78.2; K: %90.9), ve sosyal güvencelerinin olduğu (M: 87.3; K:90.9) görülmektedir. Tanımlayıcı özellikleri açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.1.1).

2. Müdahale grubundaki kadınların % 34.5'i 40.'ıncı gebelik haftasında, kontrol grubundaki kadınların % 34.5'i ise 38.'inci gebelik haftasındadır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların % 98.2'sinin, hem eşi hem kendisi bu gebeliği istemektedir. İncelenen obstetrik özellikleri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.1.2).

3. Müdahale grubundaki kadınların % 92.7'si, kontrol grubundaki kadınların % 94.5'i doğuma ilişkin bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale grubundaki bilgi aldığını ifade eden kadınların dördü kitaplardan, biri internetten bilgiye ulaştığını söylerken, kontrol grubundaki bilgi kadınların ikisi doktordan, ikisi internetten bilgiye ulaştığını dile getirmiştir. Kadınların doğuma ilişkin aldıkları

bilginin içeriği, müdahale grubunda nefes egzersizleri, kontraksiyon/ pelvik muayene ve eyleme ilişkin tüm bilgiler (Sağlık personeli olan üç kadın bu ifadeyi kullanmıştır) şeklinde dağılırken, kontrol grubunda doğumun başlangıç belirtileri, nefes egzersizler ve silinme/dilatasyon şeklindedir. Doğuma ilişkin bilgi alma durumları açısından gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.1.3).

6.1.3. DOĞUM VE DOĞUM SONU ERKEN DÖNEME İLİŞKİN SONUÇLAR

1. Müdahale grubundaki kadınlarda eylem ortalama 489 dakika sürerken, kontrol grubunda 604 dakika sürmüştür. Gruplar arasındaki süre farkı müdahale grubu lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1). Eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup ile almayan grup arasında, doğum eyleminin süresi açısından fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H_1 hipotezi kabul, H_0 hipotezi ise red edilmiştir.

2. Eylemin I. evresinde durumluk kaygı puan ortalamalarının, müdahale grubunda 42.1, kontrol grubunda 40.8 olduğu, eylemin IV. evresi durumluk kaygı puan ortalamalarının, müdahale grubunda 43.5, kontrol grubunda 40.8 olduğu saptanmıştır. Eylemin I. ve IV. evresi durumluk kaygı puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.2.2). Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın alt hipotezlerinden “eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan grup ile almayan grup arasında, doğum ve doğum sonu erken dönemde annede kaygı açısından fark vardır” H_1 hipotezi red edilmiştir.

Eylemin I. evresinde ağrı şiddetini algılama puan ortalaması 6.7, kontrol grubunun 6.3, eylemin II. evresi ağrı şiddetini algılama puan ortalaması müdahale grubunda 9.8, kontrol grubunda 9.7, eylemin IV. evresi ağrı şiddetini algılama puan ortalaması müdahale grubunda 4.1, kontrol grubunda 3.3 olarak saptanmıştır. Her üç ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.2.3). Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın alt hipotezlerinden “eylemde ağızdan sıvı gıda desteği alan

grup ile almayan grup arasında, doğum ve doğum sonu erken dönemde annede ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları fark vardır” H_2 hipotezi red edilmiştir.

3. Araştırmaya katılan kadınların eylem boyunca aldıkları IV sıvı miktarı müdahale grubunda ortalama 714 cc, kontrol grubunda 966 cc olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak toplam alınan sıvı miktarı müdahale grubunda ortalama 968.1 cc, kontrol grubunda 966.9 cc’dir. Eylemde alınan toplam kalori miktarı, müdahale grubundaki kadınlarda ortalama 291.94 kcal., kontrol grubundaki kadınlarda ise ortalama 154.47 kcal. kalori olduğu saptanmıştır. Toplam kalori alımı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.01$)(Tablo 4.2.4).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda annelere yönelik geliştirilen öneriler şunlardır:

1. Çalışmamız eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin kadınların eylem sürelerini kısalttığı bulunmuştur. Ayrıca müdahale grubundaki kadınların daha az susuzluk ve açlık hissettikleri, kendilerini daha dingin hissettikleri de bulunmuştur. Kadını eylemde fiziksel rahatlığının sağlanması eyleme uyumunu arttırmaktadır. Bu nedenle;

- a. Eylemdeki kadınlara ağızdan hiçbir şey verilmemesi yerine kalorisi yüksek meyve sularının verilmesi,
- b. Ancak literatürde ağızdan gıda verilerek yapılan çalışmalarda eylem süreleri ile ilgili çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir. Bu nedenle eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin anne ve yenidoğan sonuçları üzerine etkilerini belirlemeyi amaçlayan daha geniş grupları kapsayan çalışmaların planlanması,
- c. Çalışmaların sonuçları doğrultusunda sağlık personeline eylemde ağızdan sıvı gıda desteğine ilişkin eğitim materyalleri hazırlanarak hizmet içi eğitimlerin planlanması,

2. Ağızdan sıvı gıda desteğinin eylem süresine etkisini belirlemek amacıyla sadece ağızdan sıvı gıda alan kadınlar ile ağızdan ve IV yol ile hiçbir şey almayan kadınların karşılaştırıldığı araştırmaların planlanması,

3. Çalışmada kadınların tamamının eylemde orta derecede kaygılı olduğu ve gruplar arasında fark bulunmadığı saptanmıştır. Ancak kaygı psikososyal ve kültürel boyutu olan bir duygu durumudur. Bu nedenle kadınların eylemde yaşadıkları kaygı, korku v.b. duyguları belirlemek amacıyla gebeliğin son haftaları, doğum eylemi ve doğum sonu birkaç günü kapsayacak uygun veri toplama yöntemlerinin kullanılacağı çalışmalar planlanması,

4. Çalışmada müdahale grubundaki kadınların eylemin IV.evresinde kontrol grubuna göre daha şiddetli ağrı hissettiğini ifade etmiştir. Bu durum istatistiksel olarak önemsiz bulunsa da durumun daha geniş gruplarda tekrar çalışılması,

5. Müdahale grubundaki kadınlar eylem boyunca yaklaşık 292 kcal., kontrol grubunun ise 155 kcal almıştır. Literatürde eylemde kadının enerji ihtiyacını belirlemeye yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Kadınların eylemde enerji ihtiyaçlarını belirlemeyi amaçlayan laboratuvar bulguları ile desteklenmiş çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Adams, E.D., Bianchi, A.L.(2008).A Practical Approach to Labor Support, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37,106-115.
2. Akın A., Özvarış Ş.B.(2002). *Türkiye’de Doğum ve Doğum Sonu Hizmetlerden Yararlanma, Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması ve İsteyerek Düşükler*; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları, Ed.Ayşe Akın, H.Ü.,Türkiye Aile Sağlığı ve Planlama Vakfı, UNFPA,Ankara.
3. Akın, A. , Biliker, M.A., Doğan, B., Mıhçıokur, S. (2001). Türkiye'de Anne Ölümleri ve Nedenleri. *Aktüel Tıp Dergisi*, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1), 184.
4. Al Olaimat, H.H. (2007). Maternal Energy During Labor İntrapartum Nutrition and Nourishment: A Clinical Study, *Jordan Medical Journal*, 41 (2), 75-79 (Abstract).
5. Alehagen S., Wijma B., Lundberg U., Wijma K. (2005). Fear, Pain And Stress Hormones During Childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3),153–165.
6. American College of Nurse- Midwives (2000). Intrapartum Nutrition, *American College of Nurse-Midwives Clinical Bulletin*, February No:3
7. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia (2007). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by The American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology* ,106, 843– 63.
8. Ballen, L.E., Fulcher, A.J.(2006). Nurses and Doulas: Complementary Roles to Provide Optimal Maternity Care, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(2), 304-311
9. Barragán Loayza I.M., Gonzales F.(2006). Biofeedback for Pain During Labour (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4): CD006168.
10. Begs A.J., Stainton, M.C.(2002). Eat, Drink and Be Labouring? *The Journal of Perinatal Education*,11(1), 1-13.

11. Brady M., Kinn S., Stuart P. (2003). Preoperative Fasting for Adults to Prevent Perioperative Complications. *Cochrane Database Syst Rev*;4:CD004423.
12. Broach J., Newton N. (1988). Food and Beverages in Labor. Part II: The Effects of Cessation of Oral Intake During Labor. *Birth*, 15(2), 88-92.
13. Carp H., Jayaram A., Stoll M. (1992). Ultrasound Examination of The Stomach Contents of Parturients. *Anesthesia-Analgesia*, 74, 683-7.
14. Chang M.Y., Wang S. Y. & Chen C. H. (2002). Effects of Massage on Pain and Anxiety During Labour: A Randomized Controlled Trial in Taiwan, *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68-73
15. Cheung, W., Ip, W.Y., Chan, D. (2007). Maternal Anxiety and Feelings of Control During Labour: A Study of Chinese First-Time Pregnant Women . *Midwifery*, 23 (2), 123 - 130
16. Cooper G. M., Mc Clure J. H. (2005). Maternal Deaths From Anaesthesia. An Extract From Why Mothers Die 2000-2002, The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, *British Journal of Anaesthesia*, 94 (4), 417-23
17. Cunningham, G. (2005). *Williams Obstetric* 22. Edition USA: McGraw-Hill Companies pp:407-631
18. Cunningham, F.G., Mac Donald, P.C., Leveno, K.J., Gant, N.F., Gilstrap, L.C., Clark, S.I. (1993). *Williams Obstetrics*. (19th ed.) Norwalk, Connecticut: Appleton&Lange.
19. Duran, E.H., Eroğlu, D., Sandıkçı, D. ve ark. (2002). Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulamasının Gerekliliği Üzerine Bir Prospektif Randomize Çalışma, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 12(1), 12-19.
20. Eliasson, A.H., Phillips, Y.Y., Stajduhar, K.C., Carome, M.A., Cowsar, J.D. (1992). Oxygen Consumption and Ventilation During Normal Labor, *Chest*, 102, 467-471
21. Episiotomy (2006). ACOG Practice Bulletin No. 71. American College of obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 107, 957-962.

22. Foulkes J., Dumoulin J.G. (1985). The Effects of Ketonuria in Labour. *British Journal of Clinical Practice*, 39(2), 59-62.
23. Frca D. (2006). Pre-Operative Fasting— 60 Years on From Mendelson, Continuing Education in Anaesthesia, *Critical Care & Pain* ,6(6) ,215-218.
24. Gagnon, A. J., Waghorn, K. (1999). One-to-One Nurse Labor Support of Nulliparous Women Stimulated With Oxytocin. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28, 371-376.
25. Gagnon, A. J., Waghorn, K., Covell, C. (1997). A Randomized Trial of One-to-One Nurse Support of Women İn Labor. *Birth*, 24(2), 71-77.
26. Gennaro, S., Mayberry, L.J., Kafulafula, U. (2007). The Evidence Supporting Nursing Management of Labor, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36, 598-604.
27. Gilbert E.S., Judith S.H. (2002). *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı* ss: 746, Çev. Ed. Prof Dr. Lale Taşkın, Ankara: Palme Yayıncılık
28. Gordon, N. P, Walton, D., McAdam, E., Derman, J., Gallitero, G., Garrett, L. (1999). Effects of Providing Hospital Based Doulas in Health Maintenance Organization Hospitals. *Obstetrics and Gynecology*, 93(3), 422-426.
29. Guyton A.C. (1986). *Textbook of Medical Physiology*, 7th edn, WB Saunders, Philadelphia
30. Gyte G.M.L., Richens Y. (2006). Routine Prophylactic Drugs İn Normal Labour For Reducing Gastric Aspiration And İts Effects. *Cochrane Database Syst Rev*;3:CD005298.
31. Hawkins J.L., Gibbs C.P., Martin-Salvaj G., Orleans M., Beaty B. (1998). Oral Intake Policies on Labor and Delivery: A national Survey, *Journal of Clinical Anesthesia* 10, 449-451
32. Hawthorne, L., Wilson, R., Lyons, G., Dresner, M., (1996) Failed İntubation Revisited: 17-Year Experience İn A Teaching Maternity Unit. *British Journal of Anaesthesia*, 76, 680–684.
33. Hodnett E.D. (2002). Caregiver Support For Women During Childbirth (cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*;1:CD000199.

34. Hodnett, E. D., Osborn, R. W. (1989). Effects of Continuous Intrapartum Professional Support on Childbirth Outcomes. *Research in Nursing & Health*, 12, 289-297.
35. Hodnett, F. (1996). Nursing Support of the Laboring Women, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25(3), 258-264
36. Hofmeyr, G.J. (2005). Evidence-Based Intrapartum Care, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19;1, 103–115.
37. Huskisson, E. C. (1983). *Visual Analogue Scales*. Pain Measurement and Assessment. Melzack, R. New York.
38. Kendrick, J.M., Simpson, K.R. (2001). *Labor And Birth*, “Perinatal Nursing”, (Simpson, K.R., Creehan, P.A.) Second Edition, Lippincott, Baltimore, pp:312 – 313
39. Kennell, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S., Hinkley, C. (1991). Continuous Emotional Support During Labor In a US Hospital: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 266(17), 2197-2201.
40. Kjærgaard H., Olsen, J., Ottesen B., Nyberg P., Dykes A.K. (2008). Dystocia in Nulliparous Women. Incidence, Outcomes, Risk Indicators And Women's Experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(45),1-8.
41. Klassen F. E. (1999). **The Effect of Unrestricted Fluid Intake During Labour on the Multiparous Woman and Her Perception of Control and Pain During Childbirth**, A Thesis For Degree of Master of Nursing, Department of Nursing, Winnipeg, Manitoba.
42. Klaus, M. H., Kennell, J. H, Robertson, S. S., Sosa, R. (1986). Effects of Support During Parturition on Maternal and Infant Morbidity. *British Medical Journal*, 293, 585-587.
43. Kubli M., Scrutton M.J., Seed P.T., O'Sullivan G. (2002). An Evaluation of Isotonic \Sports Drinks During Labor. *Obstetric Anesthesia*, 94 (2),404-8.
44. Langer, A., Campero, L., Garcia, C., Reynoso, S. (1998). Effects of Psychosocial Support During Labour And Childbirth on Breastfeeding. Medical Interventions, and Mothers'well-Being in A Mexican Public

- Hospital: A Randomized Clinical Trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 1056-1063.
45. Ludka L.M., Roberts C.C. (1993). Eating And Drinking İn Labor. A Literature Review. *Journal of Nurse Midwifery*, 38(4),199-207.
 46. M Green S., Krauss B. (2002), Pulmonary aspiration risk during emergency department procedural sedation An Examination of the Role of Fasting and Sedation Depth, *Academic Emergency Medicine*, 9 (1)35-42
 47. Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R., MacLeod, C. (1999). Effects Of Female Relative Support İn Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 26(1), 5-8.
 48. Maheux, P.C., Bonin, B., Dizazo, A., Guimond, P., Monier, D., Bourque J., Chiasson J.L. (1996). Glucose Hemoestasis During Spontaneous Labor in Normal Human Pregnancy, *Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism*, 81(1),209-211
 49. Mc Kay, S., Mahan, C., (1988) How Can Aspiration Of Stomach Contents İn Obstetrics Best Be Prevented? *Birth*, 15, 222-229.
 50. Mendelson, C.,L. (1946). The Aspiration Of Stomach Contents Into Lungs During Obstetrics Anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 52, 191-205
 51. Mihçioğur, S., Akın, A. (1998). Dünya’da ve Türkiye’de Anne Ölümleri, *Sağlık ve Toplum*, 8(3-4), 37-44.
 52. Micheal, S., Reilly, C. (1991). Policies for Oral İntake During Labour: A survey of Maternity, Units in England and Walles. *Anesthesia*, 46, 1071-1073
 53. NICE clinical guideline (2007) Intrapartum Care: Care Of Healthy Women And Their Babies During Childbirth, <http://www.doctoralmidwiferysociety.org/docs/NICE%20INTRAPARTUM%20GUIDELINE.pdf> Erişim tarih: 20.6.2008
 54. O’Sullivan G., Liu B., Hart D., Seed P., Shennan A. (2009). Effect Of Food İntake During Labour On Obstetric Outcome: Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 338:b784.
 55. O’Sullivan, G., Kubli, M., Scrutten, M. (2000). Eating or Drinking During Labor: Is It Time to Change the Rules?, *Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain*, 19(3),157-16

56. Olds, S.B., London, M.L., Ladewig P.A., Davidson, M.R. (2004). Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Care 17. Edition, USA: Pearson Education ltd. pp:570-574
57. O'Sullivan, G., Sutton, A., Thompson, S., Carrie, L., Bullinham, R. (1987). Noninvasive Measurement Of Gastric Emptying İn Obstetric Patients. *Anesthesia and Analgesia*, 66,505-511.
58. Ould El Joud D, Bouvier-Colle M-H, Moma Group (2001). Dystocia: Study Of İts Frequency And Risk Factors İn Seven Cities İn West Africa. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 74, 171-8.
59. Öner N., Le Compte, A. (1985). *Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2-26.
60. Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1*, Eskişehir, Kaan Kitabevi.
61. Öztekin, Z. , Kubilay , G. (1995). *Toplum Sağlığı Ve Hemşireliği*, Somgür Yayıncılık, Ankara.
62. Özvarış, Ş.B., Akın, A. (1998). Üreme Sağlığı, *Sağlık ve Toplum*, 8 (3-4), 23-26
63. Özvarış, Ş.B., Ertan, A.E. (2003). *Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık Ve Kadın* (Ed.: Akın, A.) da Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 113 – 126.
64. Parsons M. (2003). Midwifery Dilemma: To Fast Or Feed The Labouring Woman Part I: The Case For Restricting Oral İntake İn Labour, *Australian Midwifery*, 16(4)7-13
65. Parsons M. (2004) Midwifery Dilemma: To Fast Or Feed The Labouring Woman Part 2: The Case Supporting Oral İntake İn Labour, *The Australian Journal Of Midwifery*, 17 (1) 5-9
66. Parsons M. (2001). Policy Or Tradition: Oral İntake İn Labour, *The Australian Journal of Midwifery*, 14; 3, 6-12
67. Parsons M., Bidewell J., Griffiths R. (2007). A Comparative Study Of The Effect Of Food Consumption On Labour And Birth Outcomes İn Australia., *Midwifery*, 23(2):131-8.

68. Parsons M., Bidewell J., Nagy S. (2006). Natural Eating Behavior in Latent Labor and Its Effect on Outcomes in Active Labor, *Journal Midwifery Womens Health*, 51:e1– e6.
69. Pascoe, J. M.(1993). Social Support During Labor And Duration Of Labor: A Community-Based Study. *Public Health Nursing*, 10(2), 97-99.
70. Pernoll, M.L. (2001). *Benson and Pernoll's Handbook of Obstetric &Gynecology*. USA: McGraw-Hill Companies, pp:153-199
71. Pillitteri A.(2003). *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childbearing Family*, 4th edn, Lippinett Williams & Wilkins, Philadelphia.
72. Reynolds J.L.(1988). Anxiety and Childbirth, *Canadian Family Physician*, 34, 1831-1832.
73. Safe Motherhood: Family care international (2002). Skilled Care During Childbirth: Information Booklet.
http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/skilled_care/Skilled_Care_Info_Booklet_Eng.pdf Erişim tarih: 20.6.2008
74. Sauls, D.J. (2006). Dimensions of Professional Labor Support for Intrapartum Practice, *Journal Of Nursing Scholarship*, 38:1, 36-41.
75. Schaffer, J.I., Bloom, S.L., Casey B.M.(2005). A Randomized Trial Of The Effects Of Coached Vs Uncoached Maternal Pushing During The Second Stage Of Labor On Postpartum Pelvic Floor Structure And Function, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192, 1692–6
76. Scheepers H. C. J., de Jong P. A., Essed G. G. M., Kanhai H. H. H. (2001). Fetal And Maternal Energy Metabolism During Labor In Relation To The Available Caloric Substrate, *Journal of Perinatal Medicine*, 29, 457- 464
77. Scheepers H.C.J., Essed G.G.M., Brouns F. (1998). Aspects Of Food And Fluid İntake During Labor: Policies Of Midwives And Obstetricians İn the Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 78, 37-40.
78. Scheepers, H. C.J., Thans,M.C.J., De Jong, P. A., Essed, G.G.M., Le Cessie, S., Kanhai, H.H. H. (2002). A Double-Blind, Randomised, Placebo Controlled Study on The İnfluence of Carbohydrate Solution İntake During

- Labour, *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 178–181
79. Scrutton M.J., Metcalfe G.A., Lowy C., Seed P.T., O'Sullivan G. (1999). Eating In Labour A Randomised Controlled Trial Assessing The Risks And Benefits, *Anaesthesia*, 54, 329–334
 80. Shields S.G., Ratcliffe S.D., Fontaine P., Leeman L. (2007). Dystocia In Nulliparous Women. *American Family Physician*, 75(11), 1671-8.
 81. Simkin, P. (2002). Supportive Care During Labor: A Guide for Busy Nurses , *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31;6, 721-731.
 82. Singata M., Tranmer J.E. (2009). Restricting Oral Fluid And Food İntake During Labour Cochrane Database Syst Rev.(2):CD003930.
 83. Sleutel, M., Golden, S.S.(1999). Fasting in Labor: Relic or Requirement, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* ,28, 507-512
 84. Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A. (2006). Complementary And Alternative Therapies For Pain Management During Labour. Cochrane Database Syst Rev.(4):CD003521.
 85. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). (1998). Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth. SOGC Policy Statement, Clinical Practice Guidelines. Toronto, Ontario: 85.
 86. Sosa, R., Kennel, J., Klaus, M., Robertson, S., Urrutia, J. (1980). The Effects Of A Supportive Companion On Perinatal Problems, Length Of Labor, And Mother-İnfant İnteraction. *New England Journal of Medicine*, 303(11), 597-600.
 87. Stolte, K., Myers, S. T., Owen, W. L. (1994). Changes İn Maternity Care And The İmpact On Nurses And Nursing Practice. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 23, 603-608.
 88. Taşcı, E., Sevil Ü. (2007). Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, 17(3), 181-186
 89. Taşkın, L. (2003). *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, IV. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

90. Tourangeau, A., Carter, N., Tansil, N., McLean A., Downer, V. (1999). Intravenöz Therapy For Women İn Labor:İmplementation Of A Practice Change. *Birth*, 26;1, 31-35.
91. The World Health Report (2005). Attending to 136 Million Births, Every Year, 61-77 www.who.int/whr/2005/chap4-en.pdf Erişim tarih: 20.6.2008
92. Toohill J., Soong B., Flenady V. (2003). Interventions For Ketosis During Labour. (Protocol) The Cochrane Database Of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD004230
93. Tranmer, J.E., Hodnett, E.D., Hamah, M.E., Stevens, B.J. (2005). The Effect Of Unrestricted Oral Carbonhydrate Intake On Labor Progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(3), 319 - 28
94. Tsen L. C.(2005). What's New And Novel İn Obstetric Anesthesia? Contributions From The 2003 Scientific Literature. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 14, 126–146 .
95. Valet A., Goerke K., Steller J.(1994). *Klinik Tanı Tedavi Acil Kılavuzu Kadın Hastalıkları Ve Doğum*. II. Baskı,Çev. Ed.: Prof Dr Şahap Karaaliler, İstanbul:Yüce Yayınları.
96. Wildman K, Bouvier-Colle M.H., the Moms group (2004). Maternal Mortality As An İndicator Of Obstetric Care İn Europe. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 164–169.
97. World Health Organization (1985). Appropriate Tecnology For Birth. *Lancet*, 24, 436-437.
98. World Health Organization (1999). Care İn Normal Birth:A Practical Guide WHO/FRH/MSM/96.24 http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf Erişim tarih: 20.6.2008

EK.1.**DOĞUM EYLEMİNDE AĞIZDAN ALINABİLEN KATI VE SIVI GIDALAR****1) KATI GIDALAR**

- a) Ekmekler
- b) Kraker
- c) Bisküvi
- d) Bal
- e) Yoğurt
- f) Patlamış mısır
- g) Ezme
- h) Yağsız peynir
- i) Yağ
- j) Taze meyveler
- k) Kurutulmuş gıdalar (incir, kayısı v.b.)
- l) Kurabiyeler

2) SIVI GIDALAR

- a) Siyah Kahve
- b) Açık çay
- c) Sıcak çikolata
- d) Su
- e) Meyve suları (partiküllü ve partikülüz)
- f) Soda içecekler
- g) Spor içecekleri
- h) Et suyu
- i) Çorbalar
- j) Hindistan cevizi suyu
- k) Glikozdan zengin sıvılar

EK 2.**KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİ BELİRLEMEK
AMACIYLA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU**

Katılımcı no:

Prot.no:

Ev tel. :

Cep tel.:

Adı Soyadı:

1. Kaç yaşındasınız?
2. Doğum Tarihini ..., ...,19...
3. Eğitim Durumunuz nedir?
 - a. Okur- yazar değil
 - b. Okur-yazar
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Yüksekokul-fakülte mezunu
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a. Okur- yazar değil
 - b. Okur-yazar
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Yüksekokul-fakülte mezunu
5. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
6. Daha önce düşük yaptınız mı?
 - a. Evet (Ne zaman?)
 - b. Hayır
7. Daha önce kürtaj oldunuz mu?
 - a. Evet (Ne zaman?)
 - b. Hayır
8. Siz ve eşiniz bu gebeliği istiyor muydunuz?
 - a. Evet ikimizde istiyorduk.
 - b. Eşim istemiyordu.
 - c. Ben istemiyordum.
 - d. Hayır ikimizde istemiyorduk.
9. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?
 - a. Hayır
 - b. Ssk
 - c. Emekli sandığı
 - d. Bağ-kur
 - e. Yeşil kart
10. Doğuma hazırlık için herhangi bir eğitim/bilgi aldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
11. Aldığınız eğitimin/bilginin içeriğinde neler vardı?

DOĞUM EYLEMİNİ DEĞERLENDİRME VE TANILAMA FORMU 2

Hastanın adı soyadı:

Tarih:

Protokol no:

Doğum tarihi:

Müdahale türü:

Doğum zamanı:

Amniyotomi ☐oksijen uygulaması ☐Doğum şekli:forseps/vakum kullanımı ☐Sezaryen ☐indüksiyon ☐Normal doğum ☐epizyotomi ☐analjezi ☐Doğum durumu:anestezi ☐Kendiliğinden ☐Müdahaleli ☐

Müdahale Nedeni:

İlk emzirme doğumdan ne kadar süre

(saat/dakika) sonra gerçekleşti:

Kadında görülebilecek olası sorunlar

- ☐ Bulantı
- ☐ Kusma
- ☐ Solunum nedeniyle yatakta oturma isteği
- ☐ Hızlı ipliksi nabız
- ☐ Solunum sıkıntısı
- ☐ Horlama
- ☐ Siyanoz
- ☐ Wheezing
- ☐ Larengeal stridor
- ☐ Endişe

EK 4.**KADINLARIN DOĞUM EYLEMİ SIRASINDA AĞRININ
ALGILANMASINA İLİŞKİN VAS (VİSUEL ANALOG SKALASI) TESTİ**

Aşağıdaki düz çizginin alt ucu “ hiç ağrı yok” ve üst ucu “ hayatınızda duyduğunuz en şiddetli ağrı” durumunu göstermektedir. Düz çizgi üzerinde doğum eylemi sırasında duyduğunuz ağrının düzeyine göre işaretleme yapınız

En şiddetli ağrı

Ağrı yok

EK 5.**KADINLARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİ BELİRLEMEK İÇİN SPİLBERGER' İN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ**

Aşağıdaki formda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmakta kullandıkları bazı ifadeler vardır. Birinci formu cevaplarken: formu doldurduğunuz anda nasıl hissettiğinizi, ikinci formu cevaplarken: genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek cevaplayınız.

Doğru yada yanlış cevap yoktur. Sizin için en uygun olanını işaretleyiniz.

FORM I	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe duyuyorum	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11. Kendime Güvenim var	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

FORM II

	Hemen hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim	()	()	()	()
27. Genellikle sakin, kendine hakim, soğukkanlıyım	()	()	()	()
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31. her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim()	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim()	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder()	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	()	()	()	()
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	()	()	()	()

EK. 6.

EYLEMDE AĞIZDAN SIVI GIDA DESTEĞİNİN DOĞUM VE DOĞUM SONU ERKEN DÖNEMDE ANNE VE YENİDOĞAN SAĞLIĞINA ETKİSİNİ İNCELEMELİK İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE OLUR ALMA FORMU I

Araştırmacının Açıklaması

Doğum eylemi boyunca(doğum ağrılarının başlangıcından doğum olana kadar) meyve suyu alınmasının, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve bebeğin sağlığına etkisini bulmak üzere yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin doğum ve doğum sonu erken dönemde anne ve yenidoğan sağlığına etkisi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni yakın zaman içerisinde doğum yapacak olmanızdır. Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora yapan Araştırma Görevlisi Şule Ergöl tarafından gerçekleştirilecektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Araştırma görevlisi Şule Ergöl tarafından doğumunuz sırasında meyve suyu içmeniz sağlanacak, doğumunuz baştan sona (takip edilecek taburcu olana kadar) ve bu sırada elde edilen tüm bulgular kaydedilecektir. Bu kayıtlar ilerde tekrar incelenerek verilen sıvının anne ve bebeğin sağlığı üzerine etkileri belirlenecektir. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında eğitimde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Doğum sırasında ağızdan sıvı almaktan dolayı oluşabilecek riskler: 1-) Doğum eylemi sırasında bulantı- kusma olabilir. 2-) Ağızdan meyve suyu gibi sıvıları içiyor olmanızdan dolayı mideniz dolu olacaktır. Bu nedenle eğer genel anestezi alarak sezaryen olmanız gerekirse midenizde ki sıvı akciğerlerinize geçerek akciğerlerinize hasar vererek iltihaplanmaya neden olabilir. Yukarıda sayılanlar böylesi bir çalışmada yaşanabilecek potansiyel risklerdir. Ancak bunlardan en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. Çalışmanın devamı sırasında ortaya çıkabilecek sorun ve riskler katılımcının/hastanın kendisine ya da ebeveyni/sorumlusuna iletilecektir.

Doğum sırasında ağızdan sıvı almak nedeniyle oluşabilecek yararlar: Böyle bir çalışma ağızdan sıvı almanın doğum ve doğum sonu erken dönemde anne ve bebeğin sağlığına etkisinin belirlenmesine yardımcı olacaktır. Ulaşılan sonuçlar doğrultusunda kadının ve bebeğin sağlığını daha iyiye götürmek amaçlı doğum eyleminde hasta bakımına yönelik yeni uygulamaların gündeme geleceği düşünülmektedir.

Şu anda bu çalışmanın doğum eylemi sırasında susuzluk hissetmenizi engelleyeceği, yaşayacağınız stresi azaltacağı, doğum ağrılarını daha hafif hissedeceğinizi ve buna bağlı olarak doğum eyleminin süresinin kısaltacağını düşünüyoruz. Doğum eyleminin süresinin kısalması ile sezaryen doğum, doğuma müdahale, bebeğin kalp seslerinin bozulması gibi ortaya çıkabilecek olumsuz durumların azalacağını düşünmekteyiz. Bu durum kendinizi iyi hissetmenizi sağlayacak ve bebeğiniz ile daha kısa sürede ilişki kurulacak, onun bakımını daha kolaylıkla yapabileceksiniz.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Teşekkürler.

Araş. Gör. Şule Ergöl
Adres: Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Samanpazarı/ Ankara
Tel : 0-312-3051580

e-mail:
sergol@hacettepe.edu.tr

Hastanın Beyanı

Sayın Araştırma Görevlisi Şule Ergöl tarafından Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğumhane Ünitesinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Araştırma Görevlisi Şule Ergöl’ ün yanımda olacağını biliyorum. Gerektiğinde araştırmacıya 0505XXXXXXX ya da 343XXXX no’lu telefon numaralarından ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Samanpazarı/ Ankara adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	Görüşme tanığı	Katılımcı ile görüşen kişi
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı soyadı, unvanı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel.	Tel.	Tel.
İmza	İmza:	İmza

Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Desteğinin Doğum Ve Doğum Sonu Erken Dönemde Anne Ve Yenidoğan Sağlığına Etkisini İncelemek İçin Hasta Bilgilendirme Ve Olur Alma Formu II

Araştırmacının Açıklaması

Doğum eylemi boyunca(doğum ağrılarının başlangıcından doğum olana kadar) meyve suyu alınmasının, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve bebeğin sağlığına etkisini bulmak üzere yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin doğum ve doğum sonu erken dönemde anne ve yenidoğan sağlığına etkisi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni yakın zaman içerisinde doğum yapacak olmanızdır. Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora yapan Araştırma Görevlisi Şule Ergöl tarafından gerçekleştirilecektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Araştırma görevlisi Şule Ergöl tarafından doğumunuz baştan sona takip edilecek(taburcu olana kadar) ve bu sırada elde edilen tüm bulgular kaydedilecektir. Doğum sonrası kendinizi nasıl hissettiğinizi belirlemek amacıyla hazırlanan anketleri doldurulacaktır. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında eğitimde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Doğum sırasında ağızdan sıvı almaktan dolayı oluşabilecek riskler: 1-) Doğum eylemi sırasında bulantı- kusma olabilir. 2-) Ağızdan meyve suyu gibi sıvıları içiyor olmanızdan dolayı mideniz dolu olacaktır. Bu nedenle eğer genel anestezi olarak sezaryen olmanız gerekirse midenizde ki sıvı akciğerlerinize geçerek akciğerlerinize hasar vererek iltihaplanmaya neden olabilir. Yukarıda sayılanlar böylesi bir çalışmada yaşanabilecek potansiyel risklerdir. Ancak bunlardan en az oranda zarar görmenizi sağlamak için elimizden geleni yapacağız. Çalışmanın devamı sırasında ortaya çıkabilecek sorun ve riskler katılımcının/hastanın kendisine ya da ebeveyni/sorumlusuna iletilecektir.

Doğum sırasında ağızdan sıvı almak nedeniyle oluşabilecek yararlar: Böyle bir çalışma ağızdan sıvı almanın doğum ve doğum sonu erken dönemde anne ve bebeğin

sağlığına etkisinin belirlenmesine yardımcı olacaktır. Ulaşılan sonuçlar doğrultusunda kadının ve bebeğin sağlığını daha iyiye götürmek amaçlı doğum eyleminde hasta bakımına yönelik yeni uygulamaların gündeme geleceği düşünülmektedir.

Şu anda bu çalışmanın doğum eylemi sırasında susuzluk hissetmenizi engelleyeceği, yaşayacağınız stresi azaltacağı, doğum ağrılarını daha hafif hissedeceğinizi ve buna bağlı olarak doğum eyleminin süresinin kısaltacağını düşünüyoruz. Doğum eyleminin süresinin kısalması ile sezaryen doğum, doğuma müdahale, bebeğin kalp seslerinin bozulması gibi ortaya çıkabilecek olumsuz durumların azalacağını düşünmekteyiz. Bu durum kendinizi iyi hissetmenizi sağlayacak ve bebeğiniz ile daha kısa sürede ilişki kurulacak, onun bakımını daha kolaylıkla yapabileceksiniz.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Teşekkürler.

Araş. Gör. Şule Ergöl
Adres: Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Samanpazarı/ Ankara
Tel : 0-312-3051580

e-mail:
sergol@hacettepe.edu.tr

Hastanın Beyanı

Sayın Araştırma Görevlisi Şule Ergöl tarafından Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğumhane Ünitesinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Araştırma Görevlisi Şule Ergöl’ ün yanımda olacağını biliyorum. Gerektiğinde araştırmacıya 0505XXXXXXX ya da 343XXXX no’lu telefon numaralarından ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Samanpazarı/ Ankara adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	Görüşme tanığı	Katılımcı ile görüşen kişi
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı soyadı, unvanı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel.	Tel.	Tel.
İmza	İmza:	İmza

EK. 7.**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ, CERRAHİ VE İLAÇ
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU'NUN ARAŞTIRMA PROJESİ
DEĞERLENDİRME RAPORU**

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : B.30.2.HAC.0.01.00.05/ **365**
Konu :

24/3/2006

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 02.03.2006
Toplantı No : 2006/2
Proje No : LUT 06/15 (Değerlendirme Tarihi: 02.03.2006)
Karar No : LUT 06/15 - 58

Üniveritemiz Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Kadriye Eroğlu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş. Gör. Şule Ergöl'ün tezi olan LUT 05/15 kayıt numaralı ve *"Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Desteğinin Doğum ve Doğum Sonu Erken Dönemde Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi"* konulu proje önerisi kurulumuzda değerlendirilmiş, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof.Dr. E. Rüştü Onur (Başkan)
2. Prof.Dr. Sema Özer (Üye)
3. Prof.Dr. M. Emin Şenocak (Üye)
4. Prof.Dr. Meral Kanbak (Üye)
5. Prof.Dr. Türkan Eldem (Üye)
6. Prof.Dr. Gökhan Gedikoğlu (Üye)
7. Prof.Dr. Erdem Aydın (Üye) K A T I L M A D I
8. Prof.Dr. Ediz Demirpençe (Üye)
9. Doç.Dr. Alev Türker (Üye)
10. Doç.Dr. Ümit Yaşar (Üye)
11. Avukat Serpil Besni (Üye)

EK.8.

İZİN BELGELERİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

28 ARALIK 2006

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02-020
Konu : Tez Uygulaması

10166

BAKANLIK MAKAMINA

İlgi:31.10.2006 tarih ve 9042 sayılı onay.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencisi Şule ERGÖL'ün "Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Desteğinin Doğum ve Doğum Sonu Erken Dönemde Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi" konulu tezinin uygulamasını 01.12.2005-31.12.2006 tarihleri arasında Bakanlığımıza bağlı Ankara ili Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi ve Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi ilgede kayıtlı makam onayı ile uygun görülmüş idi.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 13.12.2006 tarih ve 1357 sayılı yazısı ile; örneklem seçim aşamasının uzun sürmesi, araştırmacının bir süre yurtdışında bulunması nedeniyle araştırmanın tamamlanamadığı belirtilerek, 01.01.2007 – 31.12.2007 tarihleri arasında sürenin uzatılması talep edilmiştir.

Yapılan çalışma sonucunun bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi kaydıyla, söz konusu talep Genel Müdürlüğümüzce uygun mütalaa edilmektedir.

Tensiplerinize arz ederim.

Doç. Dr. Öner ODABAŞ
Genel Müdür V.

OLUR

10/12/2006

Uzm. Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Bakan a.
Müsteşar Yardımcısı V.

10-01-2007/16

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02.251-19
Konu : Tez Çalışması

0087 05.01.2007

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

İlgi: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 13.12.2006 tarih ve 1357 sayılı yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencisi Şule ERGÖL'ün "Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Desteğinin Doğum ve Doğum Sonu Erken Dönemde Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi" konulu tezinin uygulamasını 31.10.2006 tarih ve 9042 sayılı makam onayı ile Ankara ilinde Bakanlığımıza bağlı hastanelerde yapabilmesi uygun görülen çalışmanın, sürenin uzatılması talebine istinaden 01.01.2007 – 31.12.2007 tarihleri arasında yapılması ve yapılan çalışma sonucunun bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi kaydıyla alınan 28.12.2006 tarih 10166 sayılı makam onayı ilişikte gönderilmektedir.

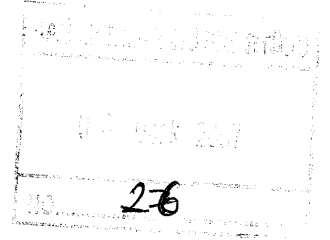
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. İnci YILMAZ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı V.

Eki: 1 Onay

Dağıtım/Gereği:
-Ankara Valiliğine

Bilgi:
-Hacettepe Üniv.Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ANKARA





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
Baştabipliği



Karar Tarihi: 08.12.2005
Karar No: 185
Konu: Şule ERGÖL (Tez Uygulaması)

EĞİTİM PLAN KOORDİNASYON KURULU KARARIDIR

T.C. Ankara Vilayeti Sağlık Müdürlüğü'nün 16.11.2005 tarih ve 26392 sayılı yazıları ile Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 31.10.2005 tarih ve 9042 sayılı Bakanlık Onayı ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 26.07.2005 tarih ve 13882 sayılı yazıları ile Hastanemize gönderilen Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Şule ERGÖL'ün "eylemde ağızdan sıvı desteğinin doğum ve doğum sonu erken dönemde anne ve yenidoğan sağlığına etkisi" konulu tezin uygulanması Yüksek Riskli Gebelik Servisi Başasistanı Op.Dr.Perran MÖROY'un katılımıyla yapması EPK Kurulu tarafından uygun bulunmuştur.

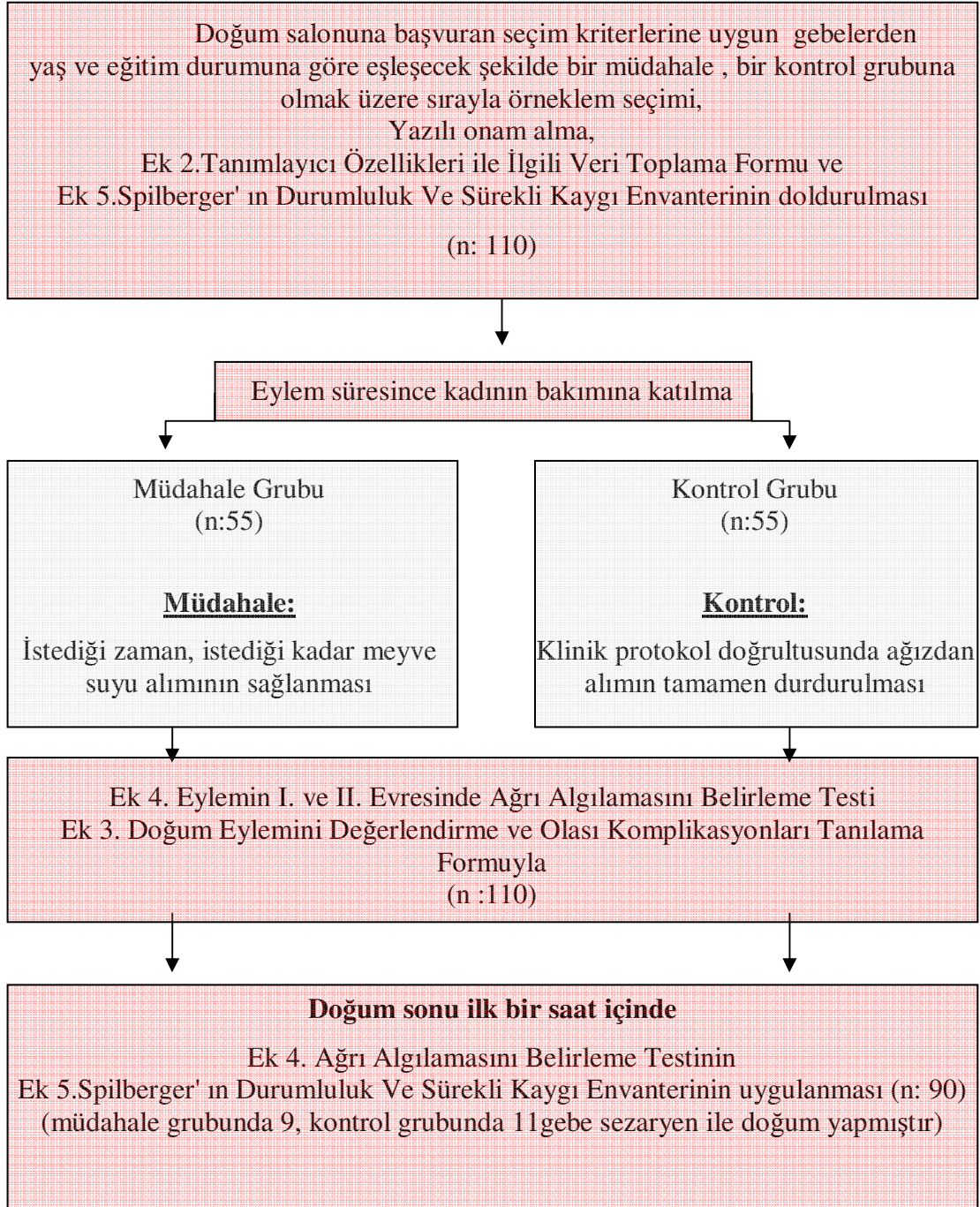
Doç.Dr.Havva ORAL
Klinik Şefi/EPKK Üyesi

Op.Dr.Ümit BİLGE
Klinik Şefi/EPKK Üyesi

Doç.Dr. Nuri DANIŞMAN
Klinik Şefi/EPKK Üyesi

Op.Dr.Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
Başhekim/EPKK Başkanı

AKIŞ ŞEMASI



EK. 13. EK TABLOLAR

Ek. Tablo 1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Eylem Süresi Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Tanımlayıcı Özellikleri		Eylem Süresi Ortalamaları		
		n	X	± SS
Çalışma Durumu				
Çalışan	Müdahale	12	6.46 ± 1.42	
	Kontrol	5	10.14 ± 3.54	
		n= 18	t=-2.61	p= 0.020
Çalışmayan	Müdahale	34	8.38 ± 4.22	
	Kontrol	39	10.3 ± 3.24	
		n=73	t=-1.54	p= 0.127
Sosyal Güvence				
Olan	Müdahale	39	8.21 ± 4.09	
	Kontrol	40	10.07 ± 3.25	
		n=79	t=-2.07	p=0.041
Olmayan	Müdahale	7	4.04 ± 2.07	
	Kontrol	4	9.31 ± 3.50	
		n=11	t=-1.38	p= 0.19
Gebelik Haftası				
37 hafta	Müdahale	2	5.41± 2.05	
	Kontrol	2	11.32 ± 2.17	
		n=4	t=-2.61	p=0.11
38 hafta	Müdahale	12	7.51 ± 4.36	
	Kontrol	16	10.05 ± 3.11	
		n=28	t=-1.51	p=0.14
39 hafta	Müdahale	17	8.03 ± 3.46	
	Kontrol	13	10.34 ± 4.32	
		n=30	t=-1.64	p=0.11
40 hafta	Müdahale	15	8.49 ± 3.49	
	Kontrol	13	9.19 ± 2.37	
		n=28	t=-0.39	p=0.69

Ek. Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Eylemin I. ve IV. Evresinde Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Tanımlayıcı Özellikleri		Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları					
		I. Evre			IV. Evre		
		n	X	± SS	n	X	± SS
Çalışma Durumu							
Çalışan	Müdahale	12	39.50	± 3.89	12	43.08	± 3.80
	Kontrol	5	39.60	± 5.07	5	46.00	± 5.00
		n=17	t=0.044	p=0.965	n=17	t=1.318	p=0.207
Çalışmayan	Müdahale	43	42.88	± 6.28	34	43.64	± 6.07
	Kontrol	50	40.98	± 6.48	39	43.58	± 6.07
		n=93	t=1.432	p=0.156	n=73	t=0.044	p=0.968
Sosyal Güvence							
Olan	Müdahale	48	41.66	± 3.98	39	44.17	± 4.74
	Kontrol	50	40.94	± 6.56	40	43.90	± 5.81
		n=98	t=0.850	p=0.397	n=79	t=0.234	p=0.816
Olmayan	Müdahale	7	42.85	± 3.97	7	39.71	± 8.22
	Kontrol	5	40.00	± 3.74	4	43.50	± 8.34
		n=12	t=1.256	p=0.238	n=11	t=0.730	p=0.483
Gebelik Haftası							
37 hafta	Müdahale	2	37.50	± 3.53	2	48.00	± 7.07
	Kontrol	2	44.00	± 0.00	2	51.00	± 0.00
		n=4	t=-2.60	p=0.12	n=4	t=-0.60	p=0.60
38 hafta	Müdahale	17	43.88	± 6.59	12	43.50	± 7.79
	Kontrol	19	40.79	± 6.30	16	44.31	± 7.60
		n=36	t=1.43	p=0.16	n=28	t=-0.27	p=0.78
39 hafta	Müdahale	17	42.64	± 5.40	17	43.41	± 4.62
	Kontrol	17	40.11	± 4.96	13	42.23	± 3.78
		n=34	t=1.42	p=0.16	n=30	t=0.74	p=0.46
40 hafta	Müdahale	19	40.63	± 5.84	15	43.00	± 4.42
	Kontrol	17	41.29	± 8.02	13	42.23	± 5.38
		n=36	t=-0.28	p=0.77	n=28	t=-0.45	p=0.65

Ek. Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Eylemin I. , II. ve IV. evresinde Ağrı Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Tanımlayıcı Özellikleri		Ağrı Şiddetini Algılama Puan Ortalamaları											
		I. Evre				II. Evre				IV. Evre			
		n	X	±	SS	n	X	±	SS	n	X	±	SS
Çalışma Durumu													
Çalışan	Müdahale	12	6.66	± 2.13		12	9.66	± 0.77		12	4.25	± 1.13	
	Kontrol	5	5.70	± 2.48		5	10.00	± 0.00		5	4.20	± 2.48	
		n=17	t=0.812	p=0.429		n=17	t=0.93	p=0.362		n=17	t=0.054	p=0.954	
Çalışmayan	Müdahale	43	6.70	± 2.14		35	9.88	± 0.40		34	4.07	± 2.48	
	Kontrol	50	6.44	± 2.58		41	9.70	± 1.58		39	3.19	± 2.56	
		n=93	t=0.541	p=0.590		n=76	t=0.647	p=0.519		n=73	t=1.483	p=0.142	
Sosyal Güvence													
Olan	Müdahale	48	6.73	± 2.13		40	9.87	± 0.46		39	4.02	± 2.24	
	Kontrol	50	6.55	± 2.56		42	9.71	± 1.56		40	3.23	± 2.64	
		n=98	t=0.396	p=0.693		n=82	t=0.623	p=0.535		n=79	t=1.428	p=0.157	
Olmayan	Müdahale	7	6.42	± 2.12		7	9.57	± 0.78		7	4.64	± 2.05	
	Kontrol	5	4.60	± 2.12		4	10.00	± 0.00		4	4.40	± 1.41	
		n=12	t=1.507	p=0.163		n=11	t=1.064	p=0.315		n=11	t=0.549	p=0.596	
Gebelik Haftası													
37 Hafta	Müdahale	2	5.75	± 2.47		2	9.00	± 1.41		2	2.50	± 0.70	
	Kontrol	2	5.00	± 0.00		2	10.00	± 0.00		2	5.00	± 0.00	
		n=4				n=4				n=4			
38 Hafta	Müdahale	17	6.52	± 2.36		13	9.69	± 0.63		12	4.12	± 2.54	
	Kontrol	19	7.15	± 2.66		17	9.41	± 2.42		16	3.03	± 2.46	
		n=36	t=-0.74	p=0.46		n=30	t=0.40	p=0.68		n=28	t=1.14	p=0.26	
39 Hafta	Müdahale	17	6.64	± 2.16		17	9.88	± 0.48		17	3.88	± 1.65	
	Kontrol	17	5.82	± 2.51		14	9.85	± 0.53		13	3.69	± 2.01	
		n=34	t=1.02	p=0.31		n=31	t=0.13	p=0.89		n=30	t=0.28	p=0.77	
40 Hafta	Müdahale	19	7.00	± 1.94		15	10.00	± 0.00		15	4.60	± 2.58	
	Kontrol	17	6.20	± 2.54		13	10.00	± 0.00		15	3.00	± 3.29	
		n=36	t=1.05	p=0.30		n=28				n=30	t=1.44	p=0.16	

Ek Tablo 4. Sezaryen Endikasyonları ve Eylemdeki Müdahale Şekillerinin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Sezaryen endikasyonları*	Gruplar			
	Müdahale (n:9)		Kontrol (n:11)	
	Sayı	%	Sayı	%
Baş-pelvis uyumsuzluğu	1	11.1	5	45.4
İlerlemeyen eylem	4	44.4	5	45.4
Fetal distress	6	66.6	7	63.6
Müdahale Şekli*	(n:46)		(n:44)	
Oksitosin uygulaması	30	65.2	30	68.1
Forseps uygulaması	1	2.1	1	2.2
Epizyotomi açılması	46	100.0	44	100.0
Analjezi uygulaması	30	65.2	35	79.5
Aşırı fundal basınç	38	82.6	38	86.3

*Endikasyonlar ve uygulamalar birden fazladır

Ek. Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Eylemde Oksitosin ve Analjezi Alma Durumuna Göre Eylem Süresi Ortalamalarının Dağılımı

				Eylem Süresi Ortalamaları		
Müdahale Şekli			n	$\bar{X}$	$\pm$	SS
Oksitosin	Evet	Müdahale	28		8.21 $\pm$ 4.26	
		Kontrol	24		9.54 $\pm$ 3.40	
			n= 54	t=-1.35		p=0.18
	Hayır	Müdahale	18		7.51 $\pm$ 3.01	
		Kontrol	20		10.17 $\pm$ 3.10	
			n= 38	t=-2.40		p=0.02
Analjezi alma	Evet	Müdahale	28		8.46 $\pm$ 3.43	
		Kontrol	34		9.59 $\pm$ 3.19	
			n= 62	t=-1.34		p=0.18
	Hayır	Müdahale	18		7.11 $\pm$ 4.07	
		Kontrol	10		10.23 $\pm$ 3.54	
			n= 28	t=-2.00		p=0.05

Ek Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Eylemde Oksitosin ve Analjezi Alma Durumuna Göre Eylemin I. ve IV. Evresinde Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Müdahale Şekli			Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları							
			I. Evre				IV. Evre			
			n	X	±	SS	n	X	±	SS
Oksitosin	Evet	Müdahale	30	41.36	± 4.62		28	43.53	± 5.96	
		Kontrol	30	41.33	± 7.48		24	42.66	± 5.85	
			t=0.021		p=0.984		t=0.528		p=0.600	
	Hayır	Müdahale	25	43.08	± 7.27		18	43.44	± 4.96	
		Kontrol	25	40.28	± 4.69		20	45.30	± 5.91	
			t=1.616		p=0.114		t=-1.041		p=0.305	
Analjezi alma	Evet	Müdahale	30	42.10	± 5.35		28	43.92	± 4.55	
		Kontrol	35	39.97	± 5.17		34	44.41	± 5.57	
			t=1.627		p=0.109		t=-0.368		p=0.714	
	Hayır	Müdahale	25	42.20	± 6.77		18	42.83	± 6.88	
		Kontrol	20	42.40	± 7.90		10	42.00	± 7.13	
			t=-0.091		p=0.928		t=0.303		p=0.764	

Ek. Tablo 7. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Şekillerine Göre Eylemin I. , II. ve IV. evresinde Ağrının Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Doğum Şekli		Ağrının Şiddetini Algılama Puan Ortalamaları								
		I. Evre			II. Evre			IV. Evre		
		n	X	±SS	n	X	±SS	n	X	±SS
Sezaryen ile Doğum	Müdahale	9	6.05±2.18		1	9.00	-	-	-	-
	Kontrol	11	4.90±2.46		2	10.00	0.00	-	-	-
		t=1.087	p=0.291							
Müdahale Vajinal Doğum	Müdahale	46	6.82±2.10		46	9.84±0.51		46	4.11±2.20	
	Kontrol	44	6.73±2.48		44	9.72±1.53		44	3.30±2.55	
		t=0.180	p=0.857		t=0.505	p=0.615		t=1.619	p=0.109	

Ek. Tablo 8. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Oksitosin ve Analjezi Alma Durumlarına Göre Eylemin I. , II. ve IV. evresinde Ağrının Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ağrının Şiddetini Algılama Puan Ortalamaları											
Müdahale Şekli			I. Evre			II. Evre			III.Evre		
			n	X	± SS	n	X	± SS	n	X	± SS
Oksitosin	Evet	Müdahale	30	6.76 ± 2.31	28	9.75 ± 0.64	28	3.87 ± 2.19			
		Kontrol	30	5.83 ± 2.33	25	9.92 ± 0.40	24	3.68 ± 2.60			
			t=1.55	p=0.126	t=-1.165	p=0.250	t=0.282	p=0.779			
	Hayır	Müdahale	25	6.62 ± 1.90	19	9.94 ± 0.22	18	4.50 ± 2.22			
		Kontrol	25	7.02 ± 2.72	21	9.52 ± 2.18	20	2.85 ± 2.47			
			t=-0.602	p=0.550	t=0.841	p=0.406	t=2.149	p=0.038			
Analjezi alma	Evet	Müdahale	30	6.71 ± 2.20	29	9.82 ± 0.53	28	4.21± 2.02			
		Kontrol	35	6.64 ± 2.30	35	9.94 ± 0.33	34	3.01 ± 2.35			
			t=0.131	p=0.896	t=-1.00	p=0.323	t=2.124	p=0.038			
	Hayır	Müdahale	25	6.68 ± 2.05	18	9.83 ± 0.51	18	3.97 ± 2.51			
		Kontrol	20	5.90 ± 2.97	11	9.09 ± 3.01	10	4.30 ± 3.05			
			t=0.997	p=0.326	t=0.809	p=0.436	t=-0.306	p=0.762			

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1969 yılında Ankara’da doğmuştur. İlk öğrenimini Ankara’da, orta ve lise öğrenimini Afyonkarahisar’da tamamladıktan sonra 1986 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuluna başlamıştır. 1990 yılında mezun olarak Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Doğumhane bölümünde göreve başlayan araştırmacı, 1995-2002 yılları arasında Gazi Üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak çalışmıştır. 1999 yılında bilim uzmanlığını tamamlamış ve 2002 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokuluna araştırma görevlisi olarak başlamıştır. Araştırmacı, 2003 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalında doktora programını tamamlamak üzere görevlendirilmiştir.