



T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ODAKLANMANIN VAJİNAL MUAYENE DENEYİMİ  
VE AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ: RANDOMİZE  
KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

**Dilek YİĞİT VURAL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EBELİK ANA BİLİM DALI**

**KAHRAMANMARAŞ 2022**

**T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANA BİLİM DALI**

**ODAKLANMANIN VAJİNAL MUAYENE DENEYİMİ VE AĞRI  
DÜZEYİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

**Dilek YİĞİT VURAL**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Aysel BÜLEZ**

**Doç. Dr. Eylem TOKER**

**Jüri Üyesi**

**Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER**

**Jüri Üyesi**

**Dr. Öğr. Üyesi Hatice Gül ÖZTAŞ**

**Jüri Üyesi**

**Dr. Öğr. Üyesi Esra Karataş OKYAY**

**KAHRAMANMARAŞ-2022**

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, alıntı yapılan her türlü kaynağa eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Dilek YİĞİT VURAL



Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Pozitif bir doğum sürecinin başlangıcı vajinal muayenenin korkusuz, ağrısız, sıkıntısız ve rahatsızlık duygusundan uzak, kadınların memnuniyet duygusunun en üst seviyede olmasından geçmekte olduğu düşüncesi ile tez konumun belirlenmesinde kadınların ihtiyaçlarına çözüm ve literatüre katkı sağlamak gayesi içinde çıktığım bu yolda;

Yüksek lisansımın başlangıcından itibaren bilgi, deneyim, sabır ve güler yüzünü hiç esirgmeden her anlamda yanımda olan kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Eylem Toker'e,

Lisans eğitimimden yüksek lisansa yanımda olan, tecrübesini, bilgisini, sabrını ve desteğini eksik etmeyen kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aysel Bülez'e,

Lisans hayatımın ilk günlerinden itibaren ebeliğin kutsallığını ruhuma işlediğinden beri 'Ebeliği' bir iş değil, tutku olarak yaşamamı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Fatma Deniz Sayner'e,

Çalışmamın her aşamasında yoluma ışık tutan, yardım ve desteğini esirgemeyen sayın Prof. Dr. Hüseyin Levent Keskin'e,

Yüksek Lisansa birlikte başladığım, karşımıza çıkan zorluklara, güzelliklere birlikte üzüldüğümüz birlikte sevindiğimiz arkadaşım Ebe Merva Orhan'a,

Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi Doğum Salonu tüm ekip arkadaşlarıma,

Bu süreçte desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, kalbime çiçek açtıran, yoldaşım Taner Vural'a

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimle...

**Dilek YİĞİT VURAL**

**Temmuz,2022**

# ODAKLANMANIN PRİMİPAR GEBELERİN VAJİNAL MUAYENE DENEYİMİ VE AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Yüksek Lisans Tezi

Dilek YİĞİT VURAL

## ÖZET

Doğum öncesi ve travay süresince yapılan vajinal muayene kadında olumsuz duyguların yaşanmasına ve doğumun negatif yönde etkilenmesine neden olabilir. Muayene işlemi sırasında yapılacak dikkat dağıtma girişimleri gebenin hem kendine olan güvenini hem de pozitif bir doğuma ilk adımı atmasını sağlayabilir. Bu çalışma travayda vajinal muayene sırasında uygulanan odaklanmanın primipar gebelerin vajinal muayene deneyimi ve ağrı düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, randomize kontrollü klinik araştırma deseninde, Mayıs- Ekim 2021 tarihlerinde Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi doğum kliniğine doğum yapmak üzere başvuruda bulunan primipar kadınlar ile yürütülmüştür. Araştırma örnekleme basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen 102 (çalışma:51, kontrol: 51) kadın alınmıştır. Araştırma verileri tanıtıcı bilgi formu, görsel kıyaslama ölçeği ve kadınların travayda vajinal muayene deyimleri ölçeği aracılığı ile toplanmıştır. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Önem düzeyi  $p<0,05$  olarak alınmıştır. Çalışmada gruplar arası travayda yapılan vajinal muayene deneyimleri arasında algılama alt boyutu hariç istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Gruplara göre VAS değerleri istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ( $p=0,001$ ). Çalışma grubunda VAS skorunun ortanca değeri 3,5 iken kontrol grubunda bu değer 5 olarak elde edilmiştir. Bu sonuç çalışmada kullanılan görsel izleti ile odaklanma sağlanarak primipar gebelerde vajinal muayene ağrısını azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** ağrı, deneyim, doğum, odaklanma, primipar, vajinal muayene

**Sayfa Adedi** : 67  
**Danışman** : Dr. Öğr. Üyesi Aysel Bülez  
Doç. Dr. Eylem Toker

# **THE EFFECT OF FOCUS ON THE VAGINAL EXAMINATION EXPERIENCE AND PAIN LEVEL OF PREGNANCY PREGNANCY: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY**

**Master Thesis**

**Dilek YİĞİT VURAL**

## **ABSTRACT**

Vaginal examination before and during labor may cause negative feelings in women and adversely affect the birth. Distraction attempts to be made during the examination process can help the pregnant woman both self-confidence and take the first step towards a positive birth. This study was conducted to examine the effect of the focus applied during the first vaginal examination in labor on the vaginal examination experience and pain level of primiparous pregnant women. The study was conducted in a randomized controlled clinical trial design with primiparous women who applied to give birth in Ankara City Hospital Gynecology clinic between June and November 2021. 102 (study: 51, control: 51) women determined by the G\*Power 3.1 program were included in the research sample. Research data were collected through an introductory information form, a visual comparison scale, and a scale of women's expressions of vaginal examination in labor. Data were analyzed with IBM SPSS V23. Significance level was taken as  $p < 0.05$ . In the study, there was no statistically significant difference between the vaginal examination experiences in labor between the groups, except for the perception sub-dimension. ( $p > 0.05$ ). VAS values show a statistically significant difference according to the groups ( $p = 0.001$ ). While the median value of the VAS score was 3.5 in the study group, this value was 5 in the control group. It was concluded that this result was effective in reducing vaginal examination pain in primiparous pregnant women by providing focus with the visual trace used in the study.

**Key Words** : birth, experience, focusing, pain, primipara, vaginal examination

**Page Number** : 67

**Supervisor** : Dr. Öğr. Üyesi Aysel Bülez  
Doç. Dr. Eylem Toker

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>IASP</b>	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği
<b>KTVMDÖ</b>	: Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği
<b>RCOG</b>	: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
<b>SPSS</b>	: Statistical Package Program For Social Sciences
<b>VAS</b>	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
<b>TDL</b>	: Travay-Doğum-Lohusa
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>WHO</b>	: World Health Organization

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT .....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Doğumun Evreleri.....	3
2.1.1. Doğumun birinci (dilatasyon/travay) evresi.....	3
2.1.1.1. Latent faz .....	3
2.1.1.2. Aktif faz.....	3
2.1.1.3. Geçiş fazı .....	4
2.1.2. Doğumun ikinci (expulsiyon) evresi .....	4
2.1.3. Doğumun üçüncü (halas) evresi .....	4
2.1.4. Doğumun dördüncü (erken postpartum) evresi .....	4
2.2. Doğum Sürecinin Takibi .....	4
2.2.1. Vajinal muayene .....	4
2.2.1.1. Vajinal muayene endikasyonları.....	4
2.2.1.2. Vajinal muayene kontraendikasyonları .....	5
2.2.1.3. Vajinal muayene basamakları.....	5
2.2.1.4. Vajinal muayene sıklığı .....	6
2.2.1.5. Vajinal muayene ve kadınların deneyimleri .....	6
2.2.2. Ağrı ve ağrı yönetiminde ebelik uygulamaları .....	7
2.2.2.1. Ağrı.....	7
2.2.2.2. Ağrı teorileri .....	8
2.2.2.3. Dikkat dağıtma mekanizmaları.....	9
2.2.2.4. Odaklanma ve ebelik uygulamalarında kullanımı .....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. Araştırmanın Tipi .....	12
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	12

3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	12
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	13
3.4.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri .....	14
3.4.2. Çalışmadan dışlanma kriterleri.....	15
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	15
3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri .....	15
3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkeni .....	15
3.5.3. Araştırmanın kontrol değişkenleri.....	15
3.6. Veri Toplama Araçları .....	15
3.6.1. Anket formu.....	16
3.6.2. Görsel kıyaslama ölçeği (VAS).....	16
3.6.3. Kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri ölçeği .....	16
3.6.4. Görsel izleti videosu .....	17
3.7. Verilerin Toplanması .....	17
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	18
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu .....	18
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	19
4. BULGULAR .....	20
5. TARTIŞMA.....	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
7. KAYNAKLAR.....	42
8. DİĞER DİZİNLER.....	51
8.1. Şekiller Dizini .....	51
8.2. Tablolar Dizini .....	52
9. EKLER DİZİNİ .....	53
10. EKLER .....	54
11. ÖZGEÇMİŞ.....	67

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Vajinal muayene intrapartum dönemde travayda sürecin yönetimini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (1). Vajinal muayene doğumun başlangıcını tespitinde dilatasyon ve efesmanı belirlemek için kullanılan rutin bir işlemdir (2). Bu işlem aynı zamanda fetüsün prezentasyon ve pozisyonunu, amniyon sıvısını ve membranların durumunu değerlendirmeyi sağlamaktadır (3). Aynı zamanda maternal ve fetal morbidite ve mortalite ile ilişkili olarak doğumda risk teşkil edebilecek durumları saptayıp, doğumun hangi evresinde olduğunu belirleyip doğum sürecinde kontrollü bir şekilde ilerleyişi sağlayabilmek için gerekli bir uygulamadır (4).

Vajinal muayene doğumda rutin kullanılan bir uygulama olmasına karşın kadınlardaki rahatsızlık hissi, ağrı, memnuniyet, konfor ve vajinal muayene deneyimini etkileyen önemli bir ölçüttür (4). Hannah ve ark. (2) Hollanda'da yaptığı çalışmada doğum sırasında kadınların vajinal muayene deneyimlerini ifade ederken ağrı, utanç, gevşeyememe, saygı duyulmadığı hislerini yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların vajinal muayene esnasında yoğun olarak korku ve acı hissettikleri belirtilmiştir (5). Altay ve Kefeli'nin yaptığı diğer bir çalışmada ise vajinal muayene öncesinde kadınlarda orta düzey anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (6).

Kadınlarda olumsuz duygulara yol açmaması açısından ebelerin vajinal muayene sırasındaki tutum ve davranışları oldukça önemlidir. Bunun için işlem öncesi kadınlara vajinal muayene girişimi hakkında bilgi verilmesi, rahatlamasının sağlanması, kadının muayene esnasında dikkatinin başka yöne çekilmesi, mahremiyetin korunması hem gebenin kendine güvenini sağlamakta hem de pozitif bir doğumun ilk adımı olabilmektedir (4). Bunu sağlayan yöntemlerden bir tanesi de odaklanma yöntemidir. Odaklanma, Merkezi Sinir Sistemi Kontrolü (MSSK) teorisine dayanmaktadır (7). Bilişsel davranışsal teknikler içerisinde yer alan odaklanma tıbbi bir girişim değildir ve herhangi bir yan etkiye sebep vermemektedir bunun aksine kadının doğum deneyiminde kadının doğuma uyumunu kolaylaştırmakta aynı zamanda ağrı algısını pozitif yönde değiştirmektedir (8). Yurtsev ve Şahin'in (9) doğumda odaklanmayı sağlamak amacıyla yaptığı çalışmada doğuma özel stereogram kartlarının doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. Gür ve Apay'ın (8) beş farklı grup ele alınarak yaptıkları çalışmada ise odaklanma da kullanılmış olup doğum ağrısını azaltıcı etkisinin olduğu bildirilmiştir. Yine Erkek ve Özer (4) vajinal muayene deneyimine ilişkin annelerin görüşlerini inceledikleri çalışmada vajinal muayene sırasında uygulanacak ebelik

yaklaşımlarının gebelerin edinecekleri vajinal muayene deneyiminin olumlu olması açısından önem arz ettiği belirtilmiştir.

Literatür incelendiğinde vajinal muayene deneyiminde kadınlarda olumsuz duygulara yol açan hislerin azaltılmasına ya da ortadan kaldırılmasına dair odaklanma yönteminin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamız literatürde bir ilk olacaktır ve alana katkı sunacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda kapı kontrol teorisine dayanan odaklanma davranışının vajinal muayene olacak olan kadınların ağrı düzeyini azaltacağı, vajinal muayene deneyimini olumlu etkileyeceği ve pozitif bir doğum deneyimleyeceği varsayılmaktadır. Araştırma; odaklanmanın gebelerin vajinal muayene deneyimi ve ağrı düzeyine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğumun Evreleri

Normal doğum eylemi;

- Birinci (Dilatasyon/Travay) Evresi
- İkinci (Expulsiyon) Evresi
- Üçüncü (Halas) Evresi
- Dördüncü (Erken Postpartum) Evresi

olarak dört evreden oluşmaktadır (10).

#### 2.1.1. Doğumun birinci (dilatasyon/travay) evresi

Doğum kontraksiyonları ile başlayan süreç serviksin dilatasyonu tamamlanıncaya kadar (10 cm) devam etmektedir. Latent, aktif ve geçiş fazlarını içermektedir (11,12).

##### 2.1.1.1. Latent faz

Uterus kontraksiyonlarının ağırlı ve düzensiz olarak başladığı, giderek yoğunluk ve sıklığının arttığı, servikal dilatasyonun yavaş ve 5 cm' e kadar ilerlediği zamanı kapsamaktadır.

WHO (World Health Organization) 2017 yılındaki kılavuzunda latent fazı dilatasyonun 4cm'den daha az olması olarak belirtmiştir (13). 2018'deki yayımında ise latent fazı ağırlı uterus kasılmaları ve dilatasyonun 5 cm' ye kadar açılması olarak belirtilmesini önermektedir (14). Bu fazın standart bir süresi bulunmamaktadır, değişkenlik gösterebilmektedir. En uzun süren fazdır. Primiparlarda 20 saati geçmemesi beklenirken multiparlarda bu süre 12 saat olarak belirtilmiştir (10,11,15).

##### 2.1.1.2. Aktif faz

Uterus kontraksiyonlarının ve ağrıların düzenli olarak kendini hissettirdiği, servikal dilatasyonun daha hızlı ve tam olamaya yakın ilerlediği zaman dilimidir (15). Dilatasyon Friedman'a göre primiparlarda saatte ortalama 1,2 cm, multiparlarda 1,5 cm şeklinde gerçekleşmektedir (16). Ancak güncel verilerde bu sürecin her kadında değişebileceği belirtilmektedir (3,16).

### 2.1.1.3. Geçiş fazı

Servikal dilatasyonun tamamlandığı, fetüs başının inişinin hızla ilerlediği eylemin son evresidir. Primiparlarda 3 saati, multiparlarda 1 saati geçmemesi beklenmektedir (16,17).

### 2.1.2. Doğumun ikinci (expulsiyon) evresi

Serviksin tam açık olması ile fetüsün doğumu arasındaki süreç olarak belirtilmektedir. İkınma hissinde artma ve perineal bölgede fetüs başında taçlanma görülmektedir. Primiparlarda 3 saati, multiparlarda 2 saati geçmemesi beklenmektedir (3,15,17,18).

### 2.1.3. Doğumun üçüncü (halas) evresi

Bebeğin doğumunun hemen ardından plasenta ve eklerinin ayrılmasını kapsayan evredir. Plasentanın ayrılması 5-30 dk arasında sürmektedir (3,17).

### 2.1.4. Doğumun dördüncü (erken postpartum) evresi

Erken postpartum evresi olan evre; plasentanın ayrıldıktan sonraki 4 saatlik süreyi içine almaktadır. Kanama yönünden dikkatli gözlem gerektiren evredir (16).

## 2.2. Doğum Sürecinin Takibi

### 2.2.1. Vajinal muayene

Vajinal muayene, travayda doğumun ilerleyişinde rehberlik eden ebelik uygulamalarının önemli ölçütlerinden birini oluşturmaktadır. Pelvis yapısı, dilatasyon, efesman, membranların durumu, amniyotik mayi, fetüsün prezente kısmı, angaje olup olmadığı ve pelvis ölçüsü hakkında bilgilendirme sağlamaktadır (19,20).

#### 2.2.1.1. Vajinal muayene endikasyonları

- Gebeliğin ilk trimesterinde genital organlarda doğuma engel bir tablo olup olmadığını belirlemek,
- Gebeliğin son aylarında kollumun durumunu ve önde gelen fetüs kısmını belirlemek,
- İntrapartum dönemde doğumun seyri hakkında bilgi sahibi olabilmek,
- Efesman ve dilatasyon takibi yapabilmek,

- Membranların açık mı, berrak mı ya da mekonyumlu olup olmadığını anlayabilmek,
- Fetüsün prezentasyon, pozisyon ve fetal başın iskiyal spinalara göre seviye belirlemesi yapabilmektir (2,11).

#### 2.2.1.2. Vajinal muayene kontraendikasyonları

- Vajinal muayene sürecinde aşırı stres ve kaygı yaşayan rijit gebeler (21),
- Membran rüptürü olan gebeler (22),
- Fetüste enfeksiyon riski olan gebeler (22),
- Gebenin mahremiyetin sağlanamadığı durumlar (23),
- Lateks alerjisi olan gebelerde uygun eldiven sağlanamadığında (24),
- Vajinal kanama varlığında (21) muayene yapılmamaktadır.

#### 2.2.1.3. Vajinal muayene basamakları

Vajinal muayene doğumun ilerleyişini takip etmek için önemli bir uygulama olmakla birlikte dikkat, özen ve titizlik gerektirmektedir (25).

Vajinal muayene basamakları aşağıda sırasıyla belirtilmiştir (11,26):

1. Vajinal muayene yapılacak olan gebeye işlem basamakları hakkında bilgi verilir.
2. Gebenin mesanesini mümkün ise boş olması sağlanır.
3. Fetal kalp sesi değerlendirilir.
4. Oda sıcaklığı uygun temiz bir ortamda gebenin mahremiyeti sağlanır.
5. Gebenin rahatlaması ve güvende hissetmesi sağlanır.
6. Gebeye muayene için pozisyon verilir.
7. Eller yıkanır ve steril eldiven giyilir.
8. Gebenin kontraksiyonu var ise geçmesi beklenir.
9. Perine inspeksiyon ile değerlendirilir.
10. Vulva aseptik olarak temizlenir.
11. Bir el ile labialar açılır, diğer elin işaret ve orta parmağı kayganlaştırıcı jel sürülerek hiçbir yere dokunmadan nazik bir şekilde vajene yerleştirilir.
12. İşaret ve orta parmak servikse ulaştığında, avuç içi yukarı bakacak şekilde konumlandırılır.
13. Vajinal muayene ile doğum süreci değerlendirilir.
14. Muayene sonunda eller vajinadan yavaş ve kibar şekilde çekilir.
15. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.
16. Perine kurularak gebeye temiz bir ped verilir.

17. Fetal kalp sesi değerlendirilir.
18. Muayene sonuçları hakkında gebe bilgilendirilir.
19. Muayene sonucu kayıt altına alınır.

#### 2.2.1.4. Vajinal muayene sıklığı

DSÖ; doğumun birinci evresinde vajinal muayene sıklığını 4 saatte bir, membran rüptürü gerçekleşmiş ise daha az yapılmasını önermiştir. Doğumun ikinci evresinde ise saatte bir muayene edilmesini önermiştir (27). Hangi sıklıkla yapılmasına ilişkin yeterli kanıtlar olmamasına rağmen birinci evresinde 4 saatte bir, aktif fazında 2-4 saatte bir yapılması gerekirken sık vajinal muayene gebede strese neden olmaktadır (2,15,21).

Yapılan Cochrane sistematik derleme incelendiğinde 2 saatte bir ve 4 saate bir muayene edilen gebeler karşılaştırıldığında doğum eylemi süresinde, spontan ya da müdahaleli normal doğum sonucu açısından fark saptanmamıştır (24).

#### 2.2.1.5. Vajinal muayene ve kadınların deneyimleri

Doğum sürecinin takibinde ve jinekolojik hastalıkların belirlenmesinde kullanılan vajinal muayene kadınlarda fizyolojik rahatsızlıkların yanı sıra psikolojik strese ya da travmalara neden olarak bazı duygu durum değişiklikleri oluşturmaktadır (21,28). Literatür incelendiğinde kadınlarda sıkça vajinal muayene sırasında yaşanan olumsuz duygu mevcut bulunmuştur. Bunlar: ağrı, rahatsızlık, utanç, gevşeyememe, saygı duyulmaması, istedikleri zaman reddedemeyecekleri düşüncesi, korku, anksiyete ve bunun gibi hislerdir (2,4-6). Buna karşın yapılan bir çalışmada ise kadınların yaklaşık %94'ü vajinal muayenenin yararlı olduğuna ve doğumu kolaylaştırdığını düşündüklerini bildirmişlerdir (28). Başka bir çalışmada da ağrı ve utanma hissine rağmen doğum sürecinin takibinde vajinal muayenenin gerekli olduğunu bildikleri için kabul etmişlerdir (29).

Özcan ve ark.'nın (30) vajinal muayene olan kadınların deneyimlerini belirlemek için yaptıkları araştırmada kadınlar ilk sırada doğum öncesi rutin kontrolleri nedeni ile muayene olmuş, ağrı, stres ve utanç yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların vajinal muayene öncesi anksiyete düzeyleri ölçülmüş, orta düzeyde anksiyete saptanmış ve etkileyen faktörler değerlendirildiğinde daha önce muayene olanlarda mahremiyete özen gösterilmemesi etkenler arasında iken ağrı ve acı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (23). Muayene öncesi anksiyete seviyesi ve kadınların tutumlarının incelendiği benzer bir çalışmada anksiyete düzeyi orta düzeyde bulunurken, sahip olunan meslek ve daha önceki vajinal muayene deneyimi, önemli bir etken olarak bulunmuştur. Kadınların vajinal

muayenede tercih ettikleri sağlık profesyonelinin; kadın olması, muayene hakkında açıklama yapması, güler yüzlü olması aradıkları özellikler arasında yer almıştır (31).

Yine kadınların doğum sırasında vajinal muayene deneyimlerini etkileyen faktörler arasında yaş, eğitim düzeyi, muayeneyi yapan kişinin cinsiyeti, muayene yapan kişi sayısı, cinsel istismar öyküsü, genital bölgenin zihinsel görüntüsünün yer aldığı belirtilmiştir (32,33). İran'da yapılan bir çalışmada kadınların doğum sırasındaki muayene algıları değerlendirilmiştir. Vajinal muayene sayısı, süresi ve muayene yapan kişi sayısı ele alınmıştır. Araştırma sonucunda muayene sayısının azaltılması, sürenin kısa tutulması ve aynı kişi tarafından yapılmasının vajinal muayene algısını iyileştirebileceği önerilmiştir (34). Kadınlarda ağrı, utanç gibi olumsuz deneyimlerin yaşanması bulgularını saptanan bir başka çalışmada ise psikolojik olarak rahatlama sağlayacak gevşeme yöntemlerinin sağlık profesyonellerince kadınlara sunulması önerilmektedir (35).

Lewin ve ark.'nın (36) yaptığı çalışmada kadınların çoğunluğunun mahremiyetinin korunduğunu, sık vajinal muayeneden kaçınıldığını ve vajinal muayene öncesi izin alındığını bununla birlikte memnuniyetlerinin arttığı belirtilmiştir.

### **2.2.2. Ağrı ve ağrı yönetiminde ebellek uygulamaları**

Vajinal muayenenin kadınların psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine sebep olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür. Bunun en önemli sebeplerinden biri ağrı olmuştur (23,29,30). Ağrının azaltılmasında sağlık profesyoneli olarak ebellelere düşen görevler bulunmaktadır. Psikolojik olarak kadınlarda rahatlama sağlayacak yöntemlerin ebelleler tarafından sunulması önem taşımaktadır (35).

#### **2.2.2.1. Ağrı**

Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tanımına göre "Gerçek veya olası doku hasarıyla ilişkili veya buna benzer hoş olmayan bir duyuşsal ve duygusal deneyim" olarak yapılmıştır (37). Ağrı her kadın için bireysel ve benzersiz bir deneyim olarak kabul edilmektedir. Hafif olabileceği gibi dayanılamayacak hale kadar gelebilmektedir (18,38,39). Kadınların ağrı algıları doğum sırasında litotomi pozisyonunda olmak gibi fizyolojik etkenlerden olabileceği gibi korku, anksiyete, stres, utanma, sıkılma nedenlerine bağlı psikolojik nedenlere bağlı olarak da değişebilmektedir. Bunlara ebe ile arasındaki iletişim, güven duygusu da eklenmektedir (38,40). Ağrı yönetiminin etkili bir şekilde yönetiminde

farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır, bakım planının etkinliğinde multidisipliner yaklaşım önem taşımaktadır (40).

#### 2.2.2.2. Ağrı teorileri

Ağrının var olan geçiş mekanizması ve nasıl algılandığı net bilinmemektedir. Psikolojik, sosyolojik ve nörofizyolojik araştırmalar ağrı teorilerine katkı sağlamıştır. Ağrı teorileri doğum ağrısı ya da vajinal muayene ağrısı olsun giderilmesi için uygulanan nonfarmakolojik uygulamaların temeline dayanmaktadır. Bu ağrı teorileri: (41)

Kapı kontrol teorisi

Endorfin teorisi

İnteraktif ağrı modeli'dir.

Kapı kontrol teorisi: Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından 1965 yılında ileri sürülmekle birlikte en kabul gören teori olmuştur. Teori, ağrı algılandığında omurilikte denetlendiğini ifade etmektedir (8,9). Omuriliğin dorsal boynuzundaki sistem; ağrıyı kapıyı açık olduğunda nörolojik uyarıları algıladığında hissetmektedir, kapı kapalı olduğunda ise nörolojik uyarılar geçememekte ve ağrı hissedilmemektedir, görevi üstlenmektedir (41,42).

Ağrı uyarısının bilinç düzeyine ulaşmasında omurilikte bulunan substantia gelatinosa hücreleri, dorsal boynuz ile T hücreleri rol almaktadır. Ağrı uyarıları ince çaplı lifler ile taşınır ve ince lifler uyarı olmadan iletebilmektedirler. İnce lifler ağrı uyarılarının substantia gelatinosa ile taşınmasını ekarte ederek T hücrelerinden bilinç düzeyine ulaşmasını sağlayacak kapıyı açık tutmaktadır. Büyük uyarılar kalın lifler üzerine etki etmektedir. Kalın lifler substantia gelatinosayı uyararak T hücrelerine geçişi engellemektedir (8,9,41-44). Bu sistem doğrultusunda verilecek büyük uyarılar ağrının taşınmasını engellemek adına non-farmakolojik yöntemler ile mümkün kılınmaktadır. Deride mevcut kalın lifler fazla olduğu için dokunma uyarısı (masaj, TENS, sıcak ya da soğuk uygulamalar, akupunktur) ile ağrı engellenmektedir. Bir görsele odaklanma, hayal kurma, müzik dinleme, nefes egzersizi gibi dikkatin başka yöne çekildiği bilişsel davranışçı yöntemler kullanılarak da kapı kontrol teorisi ile açıklanabilen ağrıyı ortadan kaldırma sağlanabilmektedir (8,9,41,44).

Endorfin Teorisi: Endojen ve morfin kelimelerinden meydana gelen endorfin tamamen vücut tarafından doğal bir salınım göstermektedir. 1970'lerin ortalarında tanımlanarak endorfin olarak adlandırılmıştır. Ağrı uyarılarını spinal kordda ve beyinde iletiminin engellenmesine yardımcı olmaktadır (41,44,45). Refleksoloji, TENS, masaj, yüksek düzey olmayan stres ya da ağrı, fiziksel egzersiz, cinsel aktivite endorfin salınımını artırırken, damarlardaki kan akışını artırıp, kan basıncını düşürmektedir. Yüksek düzey stres ve ağrı,

alkol bağımlılığı, kronik ağrı ise endorfin salınımını azaltmakta ve ağrının hissedilmesine neden olmaktadır (8,41,43,46,47). Gebelikte karşılaşılan unutkanlık ve doğum ağrısının unutulabilmesinin sağlanmasında da endorfin hormonu karşımıza çıkmaktadır (41).

İnteraktif Ağrı Modeli: Ağrının birey tarafından nasıl algılandığı, ağrıya verdiği yanıt ve ağrıyı azaltmak için nasıl bir yön izlediğini etkileyen faktörler aile, kültür, geçmiş deneyimler ile kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Böylelikle ağrının azaltılması ya da önlenmesinde kişi bazlı bir bakım planı oluşturmaya yön vermektedir (3,9,41).

### 2.2.2.3. Dikkat dağıtma mekanizmaları

Dikkatin dağıtılması, dikkatin acı veya acı veren uyarlardan daha çarpıcı uyarılara odaklanmasıdır. Dikkat dağıtma mekanizmaları; ağrının kişinin algıladığı, duyularıyla anlamlandırıp davranışsal olarak ortaya koyduğu tepkilerden yola çıkılarak oluşturulmuştur (8). Ağrı yönetiminde dikkat dağıtma mekanizmaları kişinin içinde veya kişinin dışında; işitsel, görsel veya görsel-işitsel, bilişsel uyaranlar, pasif ya da etkileşimli katılım veya başkalarının katılımını gerektiren yöntemlerle kategorilendirilmiştir (48).

Dikkat dağıtma mekanizmaları kategorileri davranışsal öğrenme, nörobilişsel ve bilişsel olarak üç şekilde karşımıza çıkmaktadır.

Davranışsal Öğrenme: Kişiler, ağrının önceden koşulsuz bir uyaranla (örneğin, tıbbi ekipman) eşleştirilmesinden sonra koşullu bir korku veya sıkıntı tepkisi geliştirecek şekilde konumlanmaktadır. Dikkati acı veren uyarlardan ve önceden koşulsuz uyarılardan uzaklaştırarak koşullu bir korku tepkisinin gelişmesinin önlenerek ağrıdan bağımsız normal davranışları ortaya çıkarmak ile oluşturulmaktadır (48). Davranışsal öğrenme tekniklerinin içinde gevşeme (sofroloji, haptonomi, müzik, ses çıkarma, hipnoz, biofeedback) yer almaktadır (8,49).

Nörobilişsel: Distraksiyon mekanizmalarını inceleyen nörogörüntüleme çalışmaları sınırlıdır, ancak distraksiyon sırasında azalan akut ağrıya karşılık gelen beyin aktivasyonunda spesifik değişiklikler gösterir (48).

Bilişsel: Kişinin ağrıya verdiği anlamla birlikte algısal ortaklıkla oluşmuştur (50). Kişinin ağrıya verdiği anlam ve düşünceler ve nasıl algıladığı belirlenerek; hayal kurma, homeopati, odaklanma, drama yöntemlerinden biri ile ağrıya verilecek olan cevabın değiştirilmesi sağlanmaktadır (8).

#### 2.2.2.4. Odaklanma ve ebelik uygulamalarında kullanımı

Odaklanma yoluyla dikkatin dağıtılması ağrının giderilmesi ağrıyı algılama şekli üzerindeki bilişsel süreçlerin ve öğrenme mekanizmalarının güçlü etkisini vurgulamaktadır (51). Dikkati farklı yöne çekecek düşünce ya da faaliyetlerde bulunmak ağrıyı kontrol etmede kullanılan ve en çok onaylanan bilişsel stratejilerden biri olmaktadır. Dikkat dağıtma süreci yaşanan ağrı ile bilinçli olarak odaklanılan somut ya da soyut şey arasındaki ilişkiyi içermektedir. Bireysel farklılıklar, cinsiyet ve kaygı duyarlılığı bu süreci etkilemektedir (52 – 55). Odaklanma için kullanılan yöntemin herkese uyan tek bir yöntem değil spesifik olarak belirlenmesi gerekmektedir (56). İmgelem, müzik, görsel izleti, fotoğraf, resim ya da partner ya da sağlık profesyoneli ile etkileşim odaklanma seçenekleri arasında gösterilmektedir. Etkileşimli veya çok duyulu çeldiricilerin daha etkili olduğu belirtilmektedir. (48).

Ağrı yönetiminde kullanılan görsel slaytın hoş duygulanıma neden olarak ağrıyı azalttığı belirtilen bir çalışmadan yola çıkılarak slaytın içindeki hoş ve hoş olmayan görüntüler ayrılarak başka bir çalışma yapılmış ve yapılan çalışmada katılımcılar hoş olmayan görsellerin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma ile uyarının önemi odaklanma stratejisinin etkinliğini artırabileceği sonucuna varılmıştır (57).

Çocuklarda flebotomi sırasında oyun kartları ve kaleydoskop verilerek ağrı ve kaygı düzeyleri ölçülen bir çalışmada dikkat dağıtma oyun kartları ağrı ve kaygı seviyesini azaltmakta en etkili yöntem olarak saptanırken, kaleydoskopun da etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir (58). Yine çocuklarda venipunktür sırasında dört grup oluşturulmuş, video oyunları, çizgi film izleme ve ebeveynleriyle iletişim kurarak dikkat dağıtma ve bir gruba da standart bakım verilmiş ve ağrı algısı ile anksiyete düzeyi en düşük video oyunları oynayanlarda çıkarken diğer uygulamalarda standart bakım verilenlere göre önemli ölçüde düşük bulunduğu belirtilmiştir (59). Literatürde dikkat dağıtma ve odaklanma ile yapılan katılımcıların çocuk olduğu flebotomi çalışmaları ağrı ve kaygının azaltılmasında etkili olduğu sonuçlarını ortaya koymaktadır (60 – 62).

Odaklanmanın etki mekanizması: Kapı kontrol teorisi ile açıklanabilen bilişsel tekniklerden biri olan ve kısa süreli ağrılarda en etkili yöntem olan odaklanma; görsel ya da işitsel uyarana serebral korteksin odaklanması ile dorsal boynuzdaki kapı kapanarak ağrı iletiminin inhibe edilmesi ile ağrı tolere edilmektedir (8,9).

Odaklanmanın ebelik uygulamalarında kullanımı: Odaklanma doğum ağrısının giderilmesinde bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Doğum ağrısında dikkati başka yöne çekmenin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada gruplara ebelik uygulamaları kapsamında klasik

müzikli yenidoğan fotoğrafları, yeni doğan fotoğraf albümü, Türkiye tanıtım filmi (sessiz), klasik müzik ve standart bakım verilmiş ve araştırma sonucunda kullanılan tüm bilişsel tekniklerin doğum ağrı düzeyinin azaltılmasında etkili olduğu saptanmıştır (8). Doğum ağrısında stereogram kartları kullanılarak odaklanma sağlanan başka bir çalışmada ise doğum sonu yorgunluk seviyesinde düşüş, aktif faz süresinde kısalma ve doğum ağrısı algısında etkili olduğu sonucuna varılmıştır (9). Sanal gerçeklik gözlüğü kullanılarak doğum ağrısına etkisi araştırılan çalışmada ise sanal gerçeklik gözlüğünün doğum sürecinde ağrıyı azaltmada etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir (63). Yine doğum ağrı düzeyini azaltmak için yedi farklı yöntem uygulanan bir çalışmada partnerinin fotoğrafına odaklanmak ilginç fotoğraf ya da diğer objelere o en etkili yöntem olarak bulunmuştur (64).

Bu doğrultuda gebelik ve doğum sırasında kadınlara bütüncül bakım sağlayan ebelerin vajinal muayene sırasında kadınların dikkatinin başka yöne çekilmesini sağlayan yöntemlerden biri olan odaklanmanın doğuma uyumlarını kolaylaştırmak ve ağrı seviyelerini azaltmaya, memnuniyet düzeylerini artırmaya yardımcı olması, gelecekte yapılacak odaklanma çalışmalarına ışık tutması amaçlanmaktadır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, vajinal muayene sırasında uygulanan odaklanmanın gebelerin vajinal muayene deneyimi ve ağrı düzeyine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamani

Araştırma 18.05.2021 – 15.10.2021 tarihleri arasında, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi Travay-Doğum- Lohusa (TDL) Servisi'nin 2A ve 2B olarak ayrılan iki kanadında yürütülmüştür.

Ankara Şehir Hastanesi; 2019 yılında Çankaya ilçesinin Bilkent semtinde açılarak Türkiye'nin en büyük hastanesi olmuştur. Sağlık turizmi açısından önem arz eden bu hastane; Genel Hastane, Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, Nöroloji ve Ortopedi Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve Kadın Doğum Hastanesi olarak birimlere ayrılarak toplamda 3704 yatak kapasitesine, Kadın Doğum Hastanesi ise 542 yatak kapasitesine sahiptir. Kadın Doğum Hastanesi TDL Servisleri A ve B kanat olmak üzere iki kolludur. Toplam 24 doğum odası bulunmaktadır, odalar tek kişiliktir. Bu servislerde bir yılda (Ocak 2020 – Ocak 2021) toplam 4941 vajinal doğum (müdahaleli/müdahalesiz) gerçekleşmiştir. Bir ayda ortalama 400 doğum gerçekleşmektedir.

TDL Servislerinde mesai (08.00 – 16.00) ve nöbet sistemi (16.00 – 08.00 veya 08.00 – 08.00) ile çalışılmaktadır. Ekip ortalama 60-70 arasında değişen ebe, asistan hekimler, uzman hekim ve temizlik personellerinden oluşmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Hipotezleri

**H<sub>0</sub> hipotezi:** Odaklanmanın gebelerin vajinal muayene deneyimine etkisi yoktur.

**H<sub>1</sub> hipotezi:** Odaklanmanın gebelerin vajinal muayene deneyimine etkisi vardır.

**H<sub>0</sub> hipotezi:** Odaklanmanın gebelerin vajinal muayene ağrı düzeyine etkisi yoktur.

**H<sub>1</sub> hipotezi:** Odaklanmanın gebelerin vajinal muayene ağrı düzeyine etkisi vardır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 18 Mayıs – 15 Ekim 2021 tarihleri arasında (5 ay) Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi TDL servisine doğum için yatışı yapılan primipar latent fazda (latent faz; WHO (14) 2018’de yayınladığı pozitif doğum önerileri baz alınarak 0-5 cm kabul edilmiştir) başvuran gebeler oluşturmuştur. Çalışmanın yürütüldüğü hastane ‘Anne Dostu Hastane’ ünvanına sahip olup, çalışmanın Covid-19 pandemi sürecinde yapılmış olması, uzak bölgeden gelen gebelerin kabulü sebepleri ile TDL servisine latent fazda olan gebeler kabul edilmiştir.

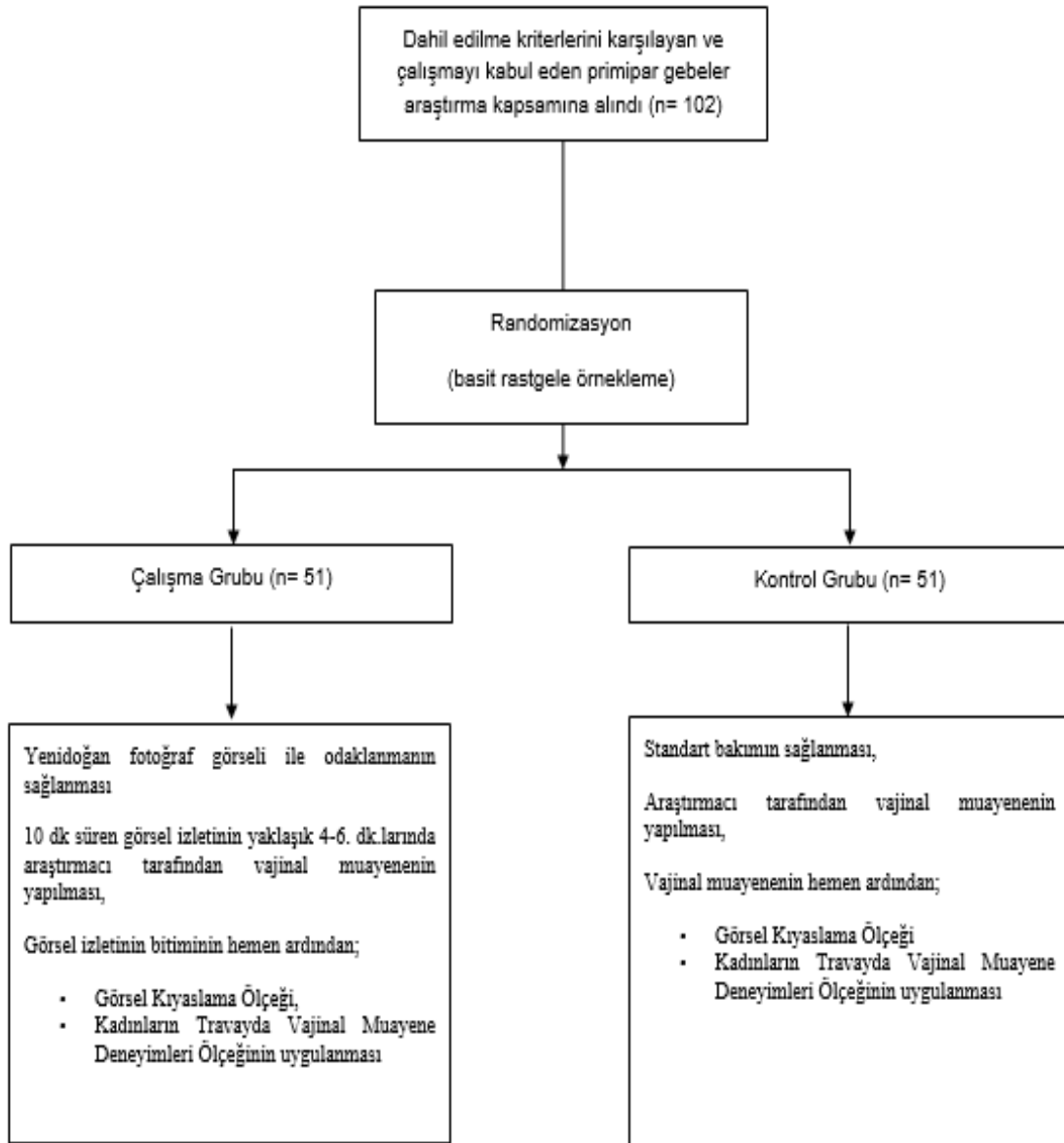
Araştırmanın örneklemini çalışma tarihlerinde yatışı yapılan, araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan 102 gebe oluşturmuştur. Örneklem sayısının hesaplanmasında; G\*Power 3.1 programı kullanılmış olup yapılan analizde, orta derecede etki büyüklüğünde (Cohen d=0,5), tip 1 hata oranı 0,05, tip 2 hata oranı 0,02, minimum %80 güç düzeyinde 51 (çalışma grubu) 51 (kontrol grubu) olmak üzere toplam en az 102 gebenin alınması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklemini araştırmanın yapıldığı tarihlerde TDL servislerine yatış sırasına göre, alınma kriterlerine uygun olan primiparlardan tamamen randomize prosedür ile çalışma ve kontrol gruplarına rastgele olarak dağıtılmıştır. Bu dağılımdaki rastgeleme için randomizasyon kontrollü çalışmalarda kullanılan bir bilgisayar program modülünden yararlanılarak (<http://www.randomizer.org/form.htm>) hospitalize edilen gebeler hastaneye yatış sırasına göre hangi grupta yer aldığı tespit edilmiş, çalışma ve kontrol grubu ataması yapılmıştır.

Çalışma grubuna; 84, 99,77, 63, 60, 41, 25, 81, 92, 26, 55, 79, 64, 23, 67, 95, 2, 90, 58, 29, 57, 54, 80, 45, 72, 38, 8, 59, 74, 94, 69, 86, 11, 61, 88, 39, 43, 75, 65, 44, 17, 93, 70, 22, 78, 82, 3, 101, 83, 1, 50

Kontrol grubuna; 56, 15, 91, 9, 24, 76, 47, 48, 96, 62, 30, 37, 20, 14, 89, 13, 19, 5, 18, 66, 87, 34, 21, 27, 98, 73, 33, 100, 51, 49, 6, 16, 42, 4, 40, 53, 97, 32, 7, 10, 46, 71, 28, 35, 68, 52, 102, 31, 12, 85, 36 numaraları eşleştirilmiştir.

Araştırmaya ilişkin consort akış şeması (65) Şekil 1’de sunulmuştur:



Şekil 1. Consort akış şeması

### 3.4.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olan,
- Gestasyon haftası miad olan,
- Türkçe konuşup anlayabilen,
- Tekil ve sağlıklı fetus gebeliği olan,
- Primipar olan,
- Baş prezentasyonu olan,

- Riskli gebelik tanısı olmayan,
- Lateks alerjisi olmayan,
- TDL servisine yatışı yapıldıktan sonra ilk defa vajinal muayene olacak olan,
- Latent fazda olan (acil servise başvuruda muayenesi 0-5 cm arası (WHO, 2018))
- İletişim problemi olmayan,
- Erken memran rüptürü olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler.

### **3.4.2. Çalışmadan dışlanma kriterleri**

- Vajinismus olan,
- TDL servisinde ilk vajinal muayenesi araştırmacı tarafından yapılmayan,
- Fiziksel (görme, işitsel vb. engeli bulunan,
- Ruhsal bir hastalık tanısı konulmuş gebeler.

## **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

### **3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri**

- Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS),
- Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği

### **3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkeni**

- Odaklanma

### **3.5.3. Araştırmanın kontrol değişkenleri**

- Gebenin sosyo-demografik ve obstetrik bilgileri

## **3.6. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik ve obstetrik özellikler anket formu, ağrı düzeyleri Görsel Kıyaslama Ölçeği, vajinal muayene deneyimleri ise; Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği aracılığı ile ölçülmüştür.

### **3.6.1. Anket formu**

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (5,31,66). Uygunluk için değerlendirilmesi amacıyla sağlık bilimleri fakültelerinin ebelik bölümünden 10 uzman görüşü alınarak 25 sorudan oluşmaktadır. Formda sosyo-demografik özelliklere ilişkin 8 soru bulunmaktadır. Obstetrik özelliklere ilişkin 7 soru, vajinal muayene deneyimleri ve gebelikte eğitim alma durumu ile ilgili özelliklere ilişkin 10 soru olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır (EK 1.).

### **3.6.2. Görsel kıyaslama ölçeği (VAS)**

Algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılan bir ölçektir. 0-10 cm'lik bir cetvel şeklinde ölçeğin bir ucu 0 ağrısızlığı, diğer ucu ise 10 en şiddetli ağrı yoğunluğu derecesini belirtmektedir (EK 2.). Gebenin algıladığı ağrısını cetvel üzerinde işaretleyerek ağrı yoğunluğunun derecesi değerlendirilmiştir (67,68).

### **3.6.3. Kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri ölçeği**

Lewin'in (36) ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerlik çalışması Afacan ve Özerdoğan tarafından 2018' de yapılmıştır. Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği, 20 maddeden oluşan 5'li likert tipli bir ölçektir (EK 3.). Ölçekte 9 madde (5, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 19 ve 20. maddeler) ters puanlıdır. Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Uygun bulma/ onaylama (2, 3, 4, 7, 8 ve 18. maddeler), algılama (13, 14, 15 ve 20. maddeler), mahremiyet (6, 9 ve 10. maddeler), bilgilendirme (1, 5, 11, 17 ve 19. maddeler) ve ağrıdan (12 ve 16. maddeler) oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları için ise her bir alt boyutta bulunan maddelerin puanları toplanıp, toplanan ham puanlar madde sayısına bölünerek 1-5 arasında alt boyut puanları elde edilmiştir. Bu puanlar 20 ile çarpılarak 20-100 arasında alt boyut puanı elde edilir. Ölçekten minimum 20 puan, maksimum 100 puan alınabilmektedir. Buna göre bir maddenin puanı ne kadar yüksek ise, katılımcı da vajinal muayeneden o kadar memnun kalmış olarak değerlendirilecektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik yapılan çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,85 olarak bulunmuştur (11). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,79 olarak bulunmuştur.

### **3.6.4. Görsel izleti videosu**

Araştırmacı tarafından TDL servisinde doğumu gerçekleştirmiş, rutin bakımları yapılmış, üzerleri giydirilmiş ve emzirtilmiş yenidoğanların annelerden fotoğraflarını çekmek için bilgilendirilmiş onam (EK 5.) alınarak çekilmiştir. 100 adet fotoğraf sağlık bilimleri fakültesi ebelik, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelik bölümlerinden uzman görüşüne sunulmuştur. Bu fotoğrafların içerisinde uygunluğunun değerlendirilmesi için uzman görüşü alınarak; annelerde mutsuz bir algı oluşturabileceği (yüzlerini buruşturan, kaşları çatık olanlar) düşünülenler, yüzleri kadraja uzak kalmış olan 39 fotoğraf elenerek 61 tanesi ile hazırlanmış olan yenidoğan fotoğrafları slayt haline getirilerek yaklaşık 10 dk. süren görsel izleti oluşturulmuştur (EK 8.).

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanmasında Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi'ne başvurusunda primipar latent fazda yatışı yapılan ve alınma kriterlerine uygun olan gebeler TDL servisine yatış sırasına göre, tamamen randomize prosedür ile çalışma ve kontrol gruplarına rastgele olarak dağıtılmıştır. Katılmaya gönüllü olan katılımcılara araştırmanın amacı, önemi ve hedefleri açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı onam (EK 4.) alınmıştır. Çalışma ve kontrol grubu oluşturularak gebelerden onam alındıktan sonra sosyo-demografik ve obstetrik bilgilerin yer aldığı anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Anketin uygulama süresi ortalama 10 dakika sürmüştür.

**Çalışma grubunda uygulama,** TDL servisinde vajinal muayenesi yapılacak olan gebelerden bilgilendirilmiş onam alınarak anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme şeklinde doldurulmuştur. Sonrasında odaklanma için araştırmacı tarafından oluşturulan görsel izleti açılmıştır.

Araştırmacı tarafından uzman görüşü alınarak hazırlanmış olan yenidoğan fotoğraflarının slayt haline getirilerek oluşturulmuş Görsel izleti yaklaşık 10 dk. süre ile travaydaki gebelere izletilerek odaklanmaları hedeflenmiştir.

Her gebenin odasında yatağının tam karşısında bulunan televizyonlarda USB ile gösterimi sağlanan yenidoğan fotoğraflarından oluşan bu görsel izletilirken yaklaşık 4. ve 6. dakikalar arasında vajinal muayene araştırmacı tarafından yapılmış olup eş zamanlı video devam etmiştir (EK 9.). Muayenenin bitiminden sonra videonun bitmesi beklenmiş hemen

ardından gebelere Görsel Kıyaslama Ölçeği ve Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği uygulanmıştır.

**Kontrol grubunda uygulama,** çalışma grubundaki görsel izleti hariç, standart ebelik bakımı verilmiş ve vajinal muayenesi aynı şekilde araştırmacı tarafından yapılarak ardından çalışma grubuna uygulanan tüm ölçekler bu gruba da vajinal muayene sonrası uygulanmıştır.

### 3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS V23 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde;

- Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile incelenmiştir.
- İkili gruplarda normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırması yapılırken bağımsız iki örnek t testi kullanılmıştır.
- Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırması yapılırken Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.
- Normal dağılım gösteren üçlü gruplarda normal verilerin karşılaştırması yapılırken Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.
- Normal dağılmayan verilerin karşılaştırmasında Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.
- Kategorik verilerin karşılaştırmasında ise Ki-Kare Testi kullanılmıştır.
- Normal dağılım göstermeyen değişkenlerle ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır.
- Ölçek puanına ve VAS skoruna etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesinde Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır.
- Sonuçlar kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde nicel değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma ve ortanca (minimum – maximum) şeklinde sunulmuştur.
- Önem düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

### 3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 18.05.2021 tarih ve Karar No: E2- 21- 508 ile olur alınmıştır (EK 6.). Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi kurum izni 16.03.2021 tarihinde alınmıştır (EK 7.).

Çalışmada kullanılacak ölçekler için gerekli izinler alınmıştır.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara araştırmanın amacı, önemi ve hedefleri açıklandıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Araştırmaya katılımın isteğe bağlı olduğu ve istediği zamanda, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeden araştırmadan çekilebilecekleri katılımcılara açıklanmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma tek merkezli olarak Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi TDL servisinde yapılmıştır. Tek merkezli olduğundan dolayı sadece bu bölgedeki gebeler için genellenebilir.

#### 4. BULGULAR

**Tablo 1.** Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması.

	Çalışma Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Toplam (N=102)		$\chi^2$	P
	n	%	n	%	n	%		
<b>Eğitim durumu</b>								
İlköğretim	11	21,6	15	29,4	26	25,5		
Lise	23	45,1	18	35,3	41	40,2	1,254	0,534
Üniversite	17	33,3	18	35,3	35	34,3		
<b>Çalışma durumu</b>								
Evet	8	15,7	14	27,5	22	21,6	1,449	0,229*
Hayır	43	84,3	37	72,5	80	78,4		
<b>Gelir durumu</b>								
Gelir giderden az	11	21,6	14	27,5	25	24,5		
Gelir gidere eşit	33	64,7	26	51	59	57,8	2,079	0,354
Gelir giderden fazla	7	13,7	11	21,6	18	17,6		
<b>Yaşanılan yer</b>								
Köy/İlçe	12	23,5	19	37,3	31	30,4	2,271	0,132
İl	39	76,5	32	62,7	71	69,6		
<b>DÖB alma durumu</b>								
Yeterli	51	100	50	98	101	99	---	1**
Yetersiz	0	0	1	2	1	1		
<b>Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu</b>								
Evet	7	13,7	12	23,5	19	18,6	1,035	0,309*
Hayır	44	86,3	39	76,5	83	81,4		
	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)		
Yaş	24,71 $\pm$ 3,18	25 (20 - 33)	23,65 $\pm$ 3,38	23 (19 - 35)	24,17 $\pm$ 3,30	24 (19 - 35)	1004,5	<b>0,046</b>
Evllenme yaşı	22,92 $\pm$ 3,01	23 (18 - 31)	21,9 $\pm$ 3,5	22 (16 - 34)	22,41 $\pm$ 3,28	23 (16 - 34)	1003,5	<b>0,045</b>
Evlilik süresi	1,82 $\pm$ 1,18	2 (1 - 6)	1,75 $\pm$ 1,31	1 (1 - 7)	1,78 $\pm$ 1,23	1 (1 - 7)	1167	0,319
Gebelik haftası	39,71 $\pm$ 0,92	39,60 (38 - 41,5)	39,48 $\pm$ 1,04	39,6 (37,2 - 41,1)	39,59 $\pm$ 0,99	39,6 (37,2 - 41,5)	1147	0,304

$\chi^2$ : Pearson Ki-Kare Testi; \*Yates Düzeltmesi; \*\* Fisher's Exact Test, U: Mann Whitney U Testi;  $\bar{x} \pm SD$ : Ortalama  $\pm$  standart sapma; ort (min-max): Ortanca (minimum – maximum)

Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında yüksek oranla (%40,2) lise mezunudur. Kadınların %78,4' ü çalışmamaktadır. Gelir düzeylerine bakıldığında en yüksek oran %57,8 ile gelirin gidere eşit olduğu düzey olarak elde edilmiştir. Gebelerin çoğunluğunun (%69,6) il merkezinde yaşadıkları bulunmuştur. Gebelikte yeterli DÖB alanların oranı %99 olarak elde edilmiştir. Gebeliğinde doğuma hazırlık eğitimi alanların oranı %18,6 almayanların oranı ise %81,4 olarak bulunmuştur. Gruplara göre katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve yaşanılan yer, DÖB alma durumu ve doğuma hazırlık eğitimi alma durum değişkenlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gruplara göre katılımcıların yaşları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,046$ ). Çalışma grubunda yaşların ortanca değeri 25 iken kontrol grubunda yaşların ortanca değeri 23 olarak bulunmuştur. Gruplara göre katılımcıların evlenme yaşları ortanca değerleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,045$ ). Çalışma grubunda evlilik yaşı ortanca değeri 23 iken kontrol grubunda evlilik yaşı ortanca değeri 22 olarak bulunmuştur. Gruplara göre evlilik süreleri ve gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 2.** Gebelerin geçmişte<sup>1</sup> yapılan vajinal muayene deneyimlerinin gruplara göre karşılaştırılması.

	Çalışma Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Toplam (N=102)		$\chi^2$	P
	n	%	n	%	n	%		
Geçmişte vajinal muayeneyi yapan sağlık personeli								
Hekim	47	92,2	47	92,2	94	92,2	1,035	0,309*
Ebe	4	7,8	4	7,8	8	7,8		
Geçmişte yapılan vajinal muayene öncesi bilgi verilme durumu								
Evet	39	76,5	35	68,6	74	72,5	---	1**
Hayır	12	23,5	16	31,4	28	27,5		
Geçmişte yapılan vajinal muayene öncesi mahremiyete dikkat edilme durumu								
Evet	50	98	49	96,1	99	97,1	---	1**
Hayır	1	2	2	3,9	3	2,9		
Geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimini tanımlama durumu								
Olumlu	18	35,3	17	33,3	35	34,3	0,165	0,921*
Olumsuz	23	45,1	25	49	48	47,1		
Kararsızım	10	19,6	9	17,6	19	18,6		
Vajinal muayeneyi yapan sağlık personeli cinsiyetinin önem durumu								
Evet	17	33,3	27	52,9	44	43,1	3,237	0,072*
Hayır	34	66,7	24	47,1	58	56,9		
Vajinal muayeneyi yapması istenilen sağlık personeli								
Hekim	36	70,6	29	56,9	65	63,7	1,527	0,217*
Ebe	15	29,4	22	43,1	37	36,3		

$\chi^2$ : Pearson Ki-Kare Testi; \*Yates Düzeltmesi; \*\*Fisher's Exact Test

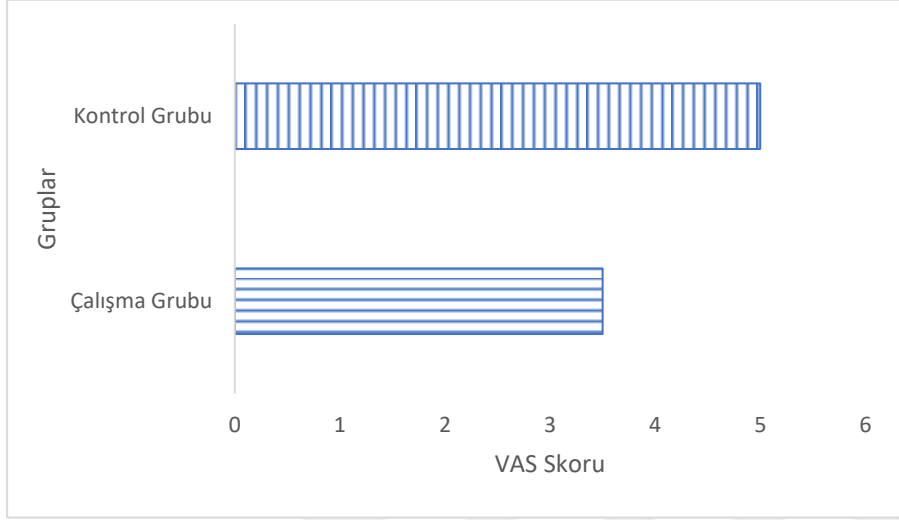
Gruplara göre gebelerin geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

<sup>1</sup> Geçmişte yapılan muayeneler: Hastane prosedürü ile TDL servisine yatışı yapılmadan önce acil servise başvuruda yapılan muayene ile bir sağlık kurumuna bağlı kalmaksızın obstetrik ve jinekolojik tanı ve tedavide yapılmış olan muayeneleri kapsamaktadır.

**Tablo 3.** Gebelerin VAS puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması.

	Çalışma Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Toplam (N=102)		U	P
	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)		
VAS	3,44 ± 2,27	3,5 (0 - 8)	5,52 ± 2,39	5 (0 - 10)	4,47±2,54	4,45 (0 - 10)	730,5	<0,001

U: Mann Whitney U Testi;  $\bar{x} \pm SD$ : Ortalama ± standart sapma; ort (min-max): Ortanca (minimum – maximum); VAS: Görsel Kıyaslama Ölçeği



**Şekil 2.** VAS Skorlarının gruplara göre ortanca değerleri

Gruplara göre VAS değerleri istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ( $p < 0,001$ ). Çalışma grubunda VAS skorunun ortanca değeri 3,5 iken kontrol grubunda bu değer 5 olarak elde edilmiştir.

**Tablo 4.** Gebelerin KTVMD ölçeği toplam puanlarının ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırılması.

	Çalışma Grubu (n=51)		Kontrol Grubu (n=51)		Toplam (N=102)		U*	P
	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)	$\bar{x} \pm SD$	Ort. (min-max)		
Bilgilendirme	50,27 ± 6,85	52 (36 - 64)	51,84 ± 9,89	52 (32 - 76)	51,06 ± 8,5	52 (32 - 76)	1206,5	0,524*
Onaylama	34,77 ± 7,87	36,7 (20 - 53)	41,5 ± 11,67	40 (20 - 77)	38,14 ± 10,46	36,7 (20 - 77)	852	0,003*
Mahremiyet	37,78 ± 9,49	40 (20 - 60)	37,12 ± 10,6	40 (20 - 60)	37,45 ± 10,02	40 (20 - 60)	1226	0,609*
Ağrı	57,84 ± 11,19	60 (40 - 100)	59,41 ± 7,32	60 (40 - 80)	58,63 ± 9,44	60 (40 - 100)	1162	0,284*
Algılama	73,63 ± 13,64	75 (30 - 100)	65,39 ± 15	65 (20 - 100)	69,51 ± 14,85	70 (20 - 100)	858	0,003*
<b>Toplam Puan</b>	<b>49,18 ± 4,55</b>	<b>49 (33 - 60)</b>	<b>50 ± 5,81</b>	<b>49 (41 - 65)</b>	<b>49,59 ± 5,21</b>	<b>49 (33 - 65)</b>	<b>-0,794</b>	<b>0,428**</b>

\*Mann Whitney U Testi; \*\* Bağımsız Örnekler t Testi;  $\bar{x} \pm SD$ : Ortalama ± standart sapma; ort (min-max): Ortanca (minimum – maximum); KTVMD: Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri

Gruplara göre KTVMD ölçeğinin alt boyutu olan Onaylama alt boyut puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Çalışma grubunun Onaylama alt boyut puanı ortancası kontrol grubunun onaylama puanı ortancasından daha düşük bulunmuştur. Gruplara göre Algılama alt boyut puanı ortanca değerleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Çalışma grubunun Algılama alt boyut puanı ortancası kontrol grubunun algılama alt boyut puanı ortancasından daha yüksek elde edilmiştir. Gruplara göre diğer alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Gruplara göre ölçek genel puanı ortalama değerleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,428$ ).

**Tablo 5.** Gebelerin doğuma hazırlık eğitimi alma ve geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimlerine göre KTVMD ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Bilgilendirme	Onaylama	Mahremiyet	Algılama	Ağrı	Toplam puan
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
	Ort. (min-max)	Ort. (min-max)	Ort. (min-max)	Ort. (min-max)	Ort. (min-max)	Ort. (min-max)
<b>Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu</b>						
Evet	51,58 ± 8,63 48 (40 - 68)	42,63 ± 11,09 40 (30 - 77)	41,4 ± 13,07 40 (20 - 60)	58,95 ± 8,75 60 (40 - 70)	64,74 ± 16,37 65 (30 - 95)	50,74 ± 5,37 51 (42 - 64)
Hayır	50,94 ± 8,52 52 (32 - 76)	37,11 ± 10,11 36,7 (20 - 77)	36,55 ± 9,04 40 (20 - 53)	58,55 ± 9,64 60 (40 - 100)	70,6 ± 14,37 70 (20 - 100)	49,33 ± 5,17 49 (33 - 65)
<sup>a</sup> U / <sup>b</sup> t	<sup>a</sup> 782,5	<sup>a</sup> 554,5	<sup>a</sup> 599	<sup>a</sup> 735,5	<sup>a</sup> 608,5	<sup>b</sup> 1,066
p	0,958	<b>0,043</b>	0,095	0,599	0,119	0,289
<b>Geçmişte vajinal muayeneyi yapan sağlık personeli</b>						
Hekim	50,94 ± 8,3 52 (32 - 76)	37,87 ± 10,64 36,7 (20 - 77)	37,66 ± 10 40 (20 - 60)	58,62 ± 9,57 60 (40 - 100)	68,99 ± 15,06 70 (20 - 100)	49,4 ± 5,18 49 (33 - 65)
Ebe	52,5 ± 11,2 56 (36 - 68)	41,25 ± 7,96 41,7 (33 - 53)	35 ± 10,54 36,7 (20 - 53)	58,75 ± 8,35 60 (40 - 70)	75,63 ± 11,16 77,5 (55 - 90)	51,75 ± 5,47 52,5 (42 - 58)
<sup>a</sup> U	<sup>a</sup> 307	<sup>a</sup> 290	<sup>a</sup> 317	<sup>a</sup> 355,5	<sup>a</sup> 271	<sup>a</sup> 266,5
p	0,385	0,281	0,451	0,768	0,188	0,172
<b>Geçmişte yapılan vajinal muayene öncesi bilgi verilme durumu</b>						
Evet	50,05 ± 7,84 48 (36 - 76)	36,85 ± 8,44 36,7 (20 - 57)	37,48 ± 9,97 40 (20 - 60)	58,11 ± 9,89 60 (40 - 100)	68,65 ± 14,46 67,5 (20 - 100)	48,73 ± 4,94 48,5 (33 - 64)
Hayır	53,71 ± 9,7 52 (32 - 76)	41,55 ± 14,16 40 (23 - 77)	37,38 ± 10,32 40 (20 - 60)	60 ± 8,17 60 (40 - 80)	71,79 ± 15,88 77,5 (30 - 100)	51,86 ± 5,32 50 (41 - 65)
<sup>a</sup> U / <sup>b</sup> t	<sup>a</sup> 806,5	<sup>a</sup> 869	<sup>a</sup> 1012	<sup>a</sup> 902	<sup>a</sup> 873,5	<sup>b</sup> -1,225
p	0,082	0,208	0,854	0,245	0,220	0,223

**Tablo 5.** (Devam) Gebelerin doğuma hazırlık eğitimi alma ve geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimlerine göre KTVMD ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimini tanımlama durumu						
Olumlu	48,57 ± 9,16	35,62 ± 7,57	38,29 ± 9,2	57,71 ± 8,77	71,14 ± 16,05	48,57 ± 6,05
	48 (32 - 76)	36,7 (20 - 50)	40 (20 - 60)	60 (40 - 80)	75 (20 - 100)	48 (33 - 64)
Olumsuz	52,33 ± 8,61	39,65 ± 11,53	36,53 ± 11	59,79 ± 10,82	67,19 ± 13,52	49,87 ± 4,86
	52 (36 - 76)	36,7 (20 - 77)	40 (20 - 60)	60 (40 - 100)	65 (40 - 100)	49 (41 - 65)
Kararsızım	52,42 ± 5,95	38,95 ± 11,81	38,25 ± 9,12	57,37 ± 6,53	72,37 ± 15,67	50,74 ± 4,25
	52 (40 - 64)	40 (20 - 77)	40 (27 - 53)	60 (40 - 70)	75 (30 - 100)	50 (43 - 59)
<sup>c</sup> F / <sup>d</sup> X <sup>2</sup>	<sup>c</sup> 2,341	<sup>d</sup> 2,265	<sup>d</sup> 0,732	<sup>d</sup> 1,951	<sup>d</sup> 4,302	<sup>d</sup> 1,205
p	0,101	0,322	0,694	0,377	0,116	0,304

<sup>a</sup>: Mann Whitney U Testi; <sup>b</sup>: Bağımsız Örnekler t Testi; <sup>c</sup>: Tek Yönlü Varyans Analizi; <sup>d</sup>: Kruskal Wallis Testi;  $\bar{x} \pm SD$ : Ortalama  $\pm$  standart sapma; ort (min-max): Ortanca (minimum – maximum)

Katılımcıların doğuma hazırlık eğitimi alma durumlarına göre onaylama alt boyutu ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,043). Doğuma hazırlık için eğitim alanlarda onaylama alt boyut puanı ortanca değeri 40 iken eğitim almayanlarda bu değer 36,7 olarak elde edilmiştir. Doğuma hazırlık eğitimi alma durumuna göre KTVMDÖ toplam puan ortalaması, bilgilendirme, mahremiyet, algılama ve ağrı alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Daha önce vajinal muayene olanların kim tarafından muayene olduğuna göre KTVMDÖ toplam puanı ortanca değeri ve bu ölçeğin alt boyutlarının ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Daha önce yapılan vajinal muayene öncesinde işlem hakkında bilgi verilmesi durumuna göre KTVMDÖ toplam puanı ortalama puanı ve bu ölçeğin alt boyutlarının ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Daha önce yapılan vajinal muayene deneyimini tanımlama durumuna göre KTVMDÖ toplam puanı ortalama puanı ve bu ölçeğin alt boyutlarının ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 6.** Gebelerin doğuma hazırlık eğitimi alma ve geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimlerine göre VAS puan ortalamalarının karşılaştırması.

		VAS	<sup>a</sup> t / <sup>b</sup> F	P
Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu	Evett	5,05 ± 3,09 5,5 (0 - 10)	<sup>a</sup> 1,082	0,282
	Hayır	4,35 ± 2,4 4,4 (0 - 10)		
Geçmişte vajinal muayeneyi yapan sağlık personeli	Hekim	4,48 ± 2,57 4,4 (0 - 10)	<sup>a</sup> 0,004	0,997
	Ebe	4,48 ± 2,32 4,9 (0 - 8)		
Geçmişte yapılan vajinal muayene öncesi bilgi verilme durumu	Evett	4,53 ± 2,5 4,5 (0 - 10)	<sup>a</sup> 0,330	0,742
	Hayır	4,34 ± 2,7 4,4 (0 - 10)		
Geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimini tanımlama durumu	Olumlu	3,37 ± 2,18 3,7 (0 - 8,4)	<sup>b</sup> 6,68	<b>0,002</b>
	Olumsuz	5,32 ± 2,4 5,1 (0 - 10)		
	Kararsızım	4,41 ± 2,84 4,5 (0 - 10)		

<sup>a</sup>: Bağımsız Örnekler t Testi; <sup>b</sup>: Tek Yönlü Varyans Analizi; VAS: Görsel Kıyaslama Ölçeği

Geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimini tanımlama durumuna göre VAS skorları ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002). Geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimi olumsuz olanların VAS skoru ortalama puanı (5,32) diğer tanımlamalara göre en yüksek puanda bulunmuştur. Diğer değişkenlere göre VAS skorları ortalama puanları açısından farklılık göstermemektedir (p>0,05).

**Tablo 7.** Gebelerin gebelik haftası ve yaş ile KTVMDÖ ve VAS puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Gebelik haftası	Yaş
Bilgilendirme	r	-0,131	-0,163
	p	0,190	0,102
Onaylama	r	-0,006	-0,016
	p	0,953	0,873
Mahremiyet	r	-0,163	0,006
	p	0,103	0,950
Ağrı	r	0,099	0,061
	p	0,321	0,541
Algılama	r	-0,053	-0,044
	p	0,599	0,658
KTVMDÖ	r	-0,154	-0,079
	p	0,122	0,429
VAS	r	-0,199*	-0,053
	p	<b>0,044</b>	0,599

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı; KTVMDÖ: Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği; VAS: Görsel Kıyaslama Ölçeği

Gebelik haftası ile VAS puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde çok zayıf bir ilişki görülmüştür (r=-0,199; p=0,044). Yaş ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05)

**Tablo 8.** Gebelerde KTVMDÖ'nün toplam puanı üzerine sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi.

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	r1	r2	VIF
Sabit	54,86 (44,999 - 64,721)	4,964		11,051	<0,001			
Eğitim durumu (İlköğretim)								
Lise	0,842 (-2,105 - 3,788)	1,483	0,08	0,567	0,572	0,15	0,059	1,939
Üniversite	-0,766 (-4,151 - 2,619)	1,704	-0,07	-0,45	0,654	-0,186	-0,047	2,398
Çalışma durumu (Hayır)								
Evet	0,135 (-2,785 - 3,054)	1,47	0,011	0,092	0,927	-0,05	0,01	1,339
Gelir Durumu (Gelir Giderden Az)								
Gelir gidere eşit	-0,082 (-2,829 - 2,665)	1,383	-0,008	-0,06	0,953	-0,022	-0,006	1,709
Gelir giderden fazla	-0,013 (-3,598 - 3,572)	1,805	-0,001	-0,007	0,994	-0,023	-0,001	1,735
Yaşanılan yer (Köy/ilçe)								
İl	-0,069 (-2,363 - 2,225)	1,155	-0,006	-0,06	0,952	-0,007	-0,006	1,034
Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu (Hayır)								
Evet	1,397 (-1,434 - 4,228)	1,425	0,105	0,98	0,330	0,106	0,102	1,128
Evlenme yaşı	-0,236 (-0,618 - 0,146)	0,192	-0,149	-1,228	0,223	-0,194	-0,128	1,45
Evlilik süresi	0,39 (-0,484 - 1,263)	0,44	0,093	0,886	0,378	0,107	0,093	1,079

F=0,754, p=0,672, R<sup>2</sup>=0,077, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=-0,025,  $\beta^0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta^1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r<sup>1</sup>: Zero-order korelasyon, r<sup>2</sup>: Partial korelasyon; KTVMDÖ: Kadınların Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği

Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (F=0,754; p=0,672).

**Tablo 9.** Gebelerin VAS puan ortalamalarına etki eden bağımsız faktörlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi.

	$\beta^0$ (%95 CI)	S. hata	$\beta^1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
Sabit	5,347 (0,522 - 10,172)	2,429		2,201	0,03			
Eğitim durumu (İlköğretim)								
Lise	-0,172 (-1,613 - 1,27)	0,726	-0,033	-0,236	0,814	0,054	-0,025	1,939
Üniversite	-0,653 (-2,309 - 1,003)	0,834	-0,122	-0,783	0,436	-0,088	-0,082	2,398
Çalışma durumu (Hayır)								
Evet	0,574 (-0,854 - 2,002)	0,719	0,093	0,798	0,427	0,053	0,083	1,339
Gelir durumu (Gelir giderden az)								
Gelir gidere eşit	-0,758 (-2,102 - 0,586)	0,677	-0,148	-1,12	0,266	-0,101	-0,117	1,709
Gelir giderden fazla	-0,649 (-2,403 - 1,105)	0,883	-0,098	-0,735	0,464	-0,025	-0,077	1,735
Yaşanılan yer (Köy/ilçe)								
İl	0,392 (-0,73 - 1,514)	0,565	0,071	0,694	0,489	0,068	0,073	1,034
Doğum hazırlık eğitimi alma durumu (Hayır)								
Evet	0,555 (-0,83 - 1,94)	0,697	0,085	0,796	0,428	0,108	0,083	1,128
Evlenme yaşı	0,032 (-0,155 - 0,219)	0,094	0,041	0,337	0,737	0,029	0,035	1,45
Evlilik süresi	-0,289 (-0,717 - 0,138)	0,215	-0,141	-1,345	0,182	-0,152	-0,14	1,079

F=0,704, p=0,718,  $R^2=0,072$ , Düzeltilmiş  $R^2=-0,030$ ;  $\beta^0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta^1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon katsayısı,  $r^2$ : Partial korelasyon katsayısı; VAS: Görsel Kıyaslama Ölçeği

VAS puan ortalamasına etki eden bağımsız değişkenleri incelemek için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=0,704, p=0,718).

## 5. TARTIŞMA

Vajinal muayene süre olarak kısa olmasına karşın bazı kadınlarda özellikle gebelikte travay sürecinin değerlendirilmesinde ağrı, utanma, sıkılma, anksiyete, korku gibi vajinal muayene deneyimlerini olumsuz yönde etkileyecek duygulara neden olmaktadır. Vajinal muayenenin ağrısının azaltılmasında ve bu deneyimin olumsuz etkilerden arındırılmasında nonfarmakolojik yöntemler ön plana çıkmaktadır. Çalışmamızda nonfarmakolojik yöntemlerden kapı kontrol teorisine dayanan odaklanma tekniği kullanılmıştır. Odaklanma, literatürde özellikle dikkat dağıtma olarak doğum ağrısında ve pediatriye invaziv işlemlerde kullanılmıştır. Literatür incelendiğinde odaklanma yönteminin vajinal muayene deneyimi ve ağrı düzeyine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu bağlamda yenidoğan fotoğraflarından oluşturulan slayt ile odaklanma tekniğinin vajinal muayene deneyimi ve ağrı düzeyine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatür ile burada tartışılmıştır.

Çalışma kapsamında çalışma ve kontrol grubundaki gönüllülerin sosyo-demografik ve obstetrik (eğitim, çalışma ve gelir durumu, yaşanan yer, DÖB (Doğum Öncesi Bakım), doğuma hazırlık eğitimi alma durumu) özellikleri karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında yüksek oranla lise mezunudur ve iki grupta da gebelerin büyük bir çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalışmadığı, gelir düzeylerine bakıldığında en yüksek oranda gelirin gidere eşit olduğu, yüksek oranda ilde yaşadıkları bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu bu yönüyle benzerlik göstermektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p < 0,05$ ). Bu durum gruplardan elde edilen bulguların karşılaştırılabilmesi açısından önem taşımakta ve araştırmanın gücünü artırmaktadır.

Çalışmada eğitim durumu ortalaması lise mezunu ve ilk evlenme yaşı  $22,41 \pm 3,25$  olarak bulunmuştur. Literatürde yapılan odaklanma ile ağrı düzeyinin azaltılmasına yönelik çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızdaki gebelerin eğitim düzeyinin diğerlerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (8,9,11,20). Bu farklılığın çalışmaların yapıldığı şehirlerin bölgesel olarak sosyo - ekonomik gelişmişlik düzeylerinden etkilendiği düşünülmektedir. Araştırmada katılımcıların eğitim durumu yüksek olmasına (%40,2 oranında lise mezunu) karşın az kişinin gelir getiren bir işte çalıştığı bulunmuştur. TNSA (69) verilerine göre ülkemizde 20 - 24 yaş arasındaki kadınların %62,3' ü eğitim durumu en az lise mezunu olup ve %22,6' sı çalışmaktadır. Çalışmamız eğitim ve gelir getiren bir işte çalışma yönünden

ülkemiz geneli ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda bulunan gelir durumu değerlendirme sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Literatürde yapılan ailenin gelir durumunun gidere göre değerlendirildiği benzer çalışmalarda da gelir durumunun gidere eşit olduğu saptanmıştır (sırayla %51,7, %68,1, %59,5, %62,5) (4,5,23,66). Çalışmadaki gebelerin %69,6' sının şehir merkezinde yaşadığı elde edilmiştir. TNSA (69) verilerine göre kadınların %78' i kentsel alanlarda yaşamaktadır. Çalışma sonucumuz Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir. Öte yandan literatürdeki benzer diğer çalışmalara bakıldığında ilçede yaşayanların oranının yüksek olduğu görülmektedir (4,5,20,23). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Bu sonucun çalışmanın yapıldığı coğrafi bölge ve kurumdan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Yine eğitim düzeyi, yaşanan yer ile ilk evlenme yaşı arasındaki ilişkinin incelendiği TNSA (69) ana raporunda Türkiye'de ilköğretim mezunu kadınların ilk evlenme yaşının 19,8 iken, lise ve üzeri mezunlarda 25, kentte yaşayanlarda 21,8, kırdaki yaşayanlarda 20,1 olarak bildirilmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlar Türkiye geneli ile yakın yaşlar olarak saptanmıştır.

Çalışmadaki katılımcıların %99 ile yaklaşık hepsinin yeterli antenatal bakım aldıkları saptanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde riskli bir gebeliği bulunmayan kadınlarda dört izlem önermektedir (70). TNSA (69) verilerine göre Türkiye'deki kadınların %96'sı doğum öncesi bakım almıştır ve %90' ının ise dört ve üzerinde bakım aldığı belirtilmiştir. Bu yönüyle çalışmamızdaki yüksek antenatal bakım alma oranı benzerlik göstermektedir.

Bununla birlikte, ülkemizde gebelikte doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin farkındalıkları artmakta, travay sürecine bilinçli katılımları artmakta ve adaptasyonları artmaktadır (71,72). Ancak çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimi almayanlar %81,4 (çalışma grubu: %86,3, kontrol grubu: %76,5) ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında da gebe okuluna gitme oranının çok az olduğu saptanmıştır (11,20). Bu durumun çalışmanın yapıldığı hastanede aktif bir şekilde gebe okulu eğitimlerinin sürdürüldüğü fakat çalışmanın zamanının Covid-19 döneminde online eğitime geçiş sürecine denk gelmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde kadınların vajinal muayene deneyimlerini incelemek amacı ile yapılan çalışmalara bakıldığında; Fiddes ve ark. (73) yaş arttıkça vajinal muayene sırasında belirtilen olumsuz deneyimlerin azaldığını ifade etmiştir. Çalışmada da benzer olarak katılımcıların yaşları ile VAS ve KTVMDÖ ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmadaki katılımcıların genel yaş ortalamasının ( $24,17 \pm 3,30$ ) literatür ortalamalarına göre sırasıyla  $28,50 \pm 5,25$ ;  $26,30 \pm 6,02$ ;  $24,43 \pm 4,84$ ;  $34,60 \pm 6,40$ ;  $35,50 \pm 9,27$  yaş olarak bildirilmiştir (4,5,20,21,66). Çalışmada yaş ortalamasının düşük çıkmasının sadece primipar gebelerin dahil edilmesi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. TNSA (69) ana raporuna göre ülkemizde 25 - 49 yaş için ortalama ilk evlenme yaşı 21,4 olarak bildirilmiştir. Aynı yaş grubunda ortalama ilk doğum yaşı 23,3 olarak ifade edilmiştir. Yıldırım ve Bilgin (21) vajinal muayene ile ilgili yaptıkları çalışmada ilk evlenme yaş ortalaması 22,35 olarak belirtilmiştir. Çalışmadaki evlenme yaş ortalaması ( $22,41 \pm 3,28$ ) literatür ve ülkemizdeki ilk evlenme yaş ortalaması ile benzerlik göstermektedir. Literatürde kullandığımız ölçek ile yapılan çalışmalarda gebelik haftası 37 - 39 hafta arasında olan gebelerin oranı ise %55,2 olarak bildirilmiştir. Gebelik haftasının miad olması gebeleri doğum süreci ile ilgili oluşabilecek olumsuz düşüncelerden uzaklaştırdığı düşünülmektedir.

Çalışma ve kontrol grupları bulgular yönünden incelendiğinde; geçmişte yapılan vajinal muayeneyi yapan sağlık personeli, vajinal muayene öncesi bilgi verilme durumu, vajinal muayene öncesi mahremiyete dikkat edilme durumu, vajinal muayene deneyimini tanımlama durumu, vajinal muayeneyi yapan sağlık personelinin cinsiyetinin önem durumu ve vajinal muayeneyi yapması istenilen sağlık personeli istatistiklerinin benzer olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

Çalışmaya primipar gebeler dahil edilmiş olup, ilk gebeliği olanların oranı %91,2, ikinci gebeliği olanlar %5,9 ve üçüncü gebeliği olanların oranı ise %2,9 olarak saptanmıştır. İkinci ve üçüncü gebeliği olanların küretajı olmamak ile birlikte düşük yapma oranı; bir düşük yapanlarda %6,9, iki düşük yapanlarda %2,9 bulunmuştur. Yıldırım ve Bilgin (21) çalışmasında primipar kadınlar %25 multipar kadınlar ise %75 oranına sahip ve düşük ve küretaj oranları hiç düşük yaşamayanlar %80, bir düşük yaşayanlar %15, iki düşük yaşayanlar %5 olarak belirtilmiştir. TNSA (69) verilerine göre hiç doğum yapmamış kadınların oranı; 15-19 yaş arasındaki kadınlarda %97, 25 - 29 yaş arasındaki kadınlarda ise %38 olarak belirtilmiştir. Çalışma ile Türkiye oranları benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların tümünün gebelik sürecinde vajinal muayene oldukları saptanmıştır. Geçmişte yapılan vajinal muayene %92,2 oranıyla (çalışma grubu: %92,2, kontrol grubu: %92,2) hekim tarafından yapıldığı ifade edilmiştir. Erbil ve ark.'nın (31) vajinal muayene öncesi anksiyete ve muayeneye ilişkin tutumlarının incelendiği çalışmada muayenenin %78 oranı ile hekim tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda ortaya çıkan sonucun gebelikte antenatal kontrollerin poliklinikte hekim tarafından yapılmasının etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada geçmişte yapılan vajinal muayene öncesi işlem hakkında bilgi verilen gebelerin oranı %72,5 (çalışma grubu: %76,5, kontrol grubu: %68,6) bulunmuştur. Literatürde vajinal muayene hakkında bilgi verilmesi beklentisi kadınların vajinal muayene memnuniyetlerini etkileyen unsurlar arasında yer almakta ve bununla birlikte anksiyete seviyelerini azalttığı, muayene deneyimini etkilediği belirtilmektedir (5,31). Demir ve Oskay'ın (66) yaptığı çalışmada kadınların vajinal muayeneyi yapacak olan sağlık profesyoneline beklentisi %69,7 oranında işlem öncesi bilgi vermesi olarak ifade edilmiştir. Özcan ve ark.'nın çalışmasında ise muayene öncesi bilgi verilme durumu %49,4 oranında belirtilmiştir. Çalışmamızda vajinal muayenede işlem hakkında bilgi verilme oranı literatüre göre daha yüksek bulunmuştur.

Yine geçmişte yapılan muayene öncesi mahremiyete dikkat edilmesi %97,1 (çalışma grubu: %98, kontrol grubu: %96,1) oranı ile katılımcıların tamamına yakını mahremiyete dikkat edildiğini belirtmiştir. Literatürde kadınların vajinal muayene deneyimleri beklentisi içerisinde mahremiyet belirtilmiştir. Bunun yanı sıra kadınların olumsuz muayene deneyimlerinde mahremiyete dikkat edilmemesi önemli etken olmaktadır (2,5,6,74 – 77). Demir ve Oskay (66) çalışmasında kadınların %75,1' i üstlerine örtü örtülmediği için mahremiyete özen gösterilmediğini belirtmişlerdir. Bu farklı sonuçların çalışmanın yapıldığı hastane ve ilden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimini olumlu değerlendiren katılımcıların oranı %34,3 (çalışma grubu: %35,3, kontrol grubu: %33,3) olarak elde edilmiştir. Ağrı, anksiyete, korku, utanç gibi olumsuz duygular yaşanması vajinal muayene deneyimini negatif yönde etkilemekte, aşağı çekmektedir. Demir ve Oskay (66) çalışmasında kadınların vajinal muayene deneyimlerini genellikle olumsuz algıladıklarını ifade etmiştir. Bunlar sırasıyla; kadınların vajinal muayene sırasında %61,1' i ağrı, %57,1' i utanma, %52,3' ü stres, %48,6' sı korku, %48,3' ü ise huzursuz olduklarının belirtilmesidir. Yaşanılan olumsuz durumlardan %75,4 ile en yüksek orana sahip olunan durum ise muayeneye hazırlanmak için bir yer olmaması olarak saptanmıştır. Yine Parlak (77) çalışmasında vajinal muayene deneyimi olumsuz olan kadınların uzun süreli olarak anksiyete yaşadığı belirtilmiştir. Yapılan bir başka vajinal muayene çalışmasında ise araştırma grubunu oluşturan kadınların %76,1' i utanma, %64' ü stres, %49,6' sı sıkıntı/kaygı, %37,5' i korku, %24,2' si ağrı duyarken, %5,6' sının olumsuzluk hissetmediği belirtilmiştir (78). Bununla birlikte literatürde daha önce muayene deneyimine sahip kadınların kaygı düzeylerinin daha az olduğu ifade edilmektedir (31,66,79,80). Öte yandan daha önce vajinal muayene olmuş kadınlarda daha yüksek kaygı bulunduğu ortaya konulan çalışmalar da literatürde

bulunmaktadır (77,81,82). Vajinal muayene kadınlarda daha çok olumsuz deneyimlerin oluşmasına sebep olsa da Yıldırım (21) çalışmasında kadınların mahremiyetlerinin korunmasının, sık muayene ve farklı kişilerin değil aynı kişinin muayene yapmasının, istediği refakatçinin yanında bulunmasının ve güven verici iletişim kurularak destek olunmasının olumlu vajinal muayene deneyimi olarak ifade edilmiştir. Aksu ve Turgut (23) çalışmasında ise katılımcılar muayene sırasında yaşanan duygularını %42,8' i utanma, %30,8' i korku, %10,4' ü sıkıntı, %6,8' i ağrı ve %9,2' si olumsuz duygu hissetmemesi olarak belirtmiştir. Çalışmada da geçmişte olumsuz vajinal muayene deneyimi yaşayan kadınların ağrı algılarının daha yüksek bulunduğu ancak KTVMDÖ puanına etki etmediği saptanmıştır. Bu sonuç kadınların vajinal muayene deneyimlerini olumlu yaşamalarını sağlanmasının ve buna yönelik ebelik uygulamalarının önemini bize göstermektedir.

Çalışmada kadınların %56,9' u (çalışma grubu: %66,7, kontrol grubu: %47,1) vajinal muayene yapan sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olmadığını belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada kadınların üçte ikisi erkek hekim tarafından muayene edildiği için anksiyetelerinin arttığı belirtilmiştir (83). Yapılan diğer bir çalışmada kadınların geçmişteki vajinal muayenesinin erkek hekim tarafından yapılmasının rahatsızlığa sebep olduğu saptanmıştır (79). Öte taraftan Bodden-Heidrich ve ark. (84) tarafından yapılan çalışmada vajinal muayeneyi yapan kişinin cinsiyetinin vajinal muayenenin nasıl deneyimlendiğine hiçbir etkisi olmadığı ifade edilmiştir. Dziobek ve ark.'nın (85) yaptığı çalışmada ise katılımcıların tercihlerinin %56' sı kadın, %37' si erkek, %7' si muayeneyi yapanın cinsiyetinin fark etmediğini belirtmiştir. Benzer şekilde Demir ve Oskay (66) vajinal muayeneyi yapacak olan sağlık personelinin seçiminde kadınların %46,2' si kadın, %12,9' u erkek ve %40,9' u kadın ya da erkek olmasının fark etmediği bildirilmiştir. Vondruska-Benkert (86) çalışmasında da katılımcıların yarısından fazlasının (%53) cinsiyet tercihi olmadığı bulunmuştur. Öte yandan Moettus ve ark. (87) çalışmasında kadın hekimlerin tercih edildiği saptanmış olup bunun ağrı ile ilgili olmadığı utanma duygusu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Cristen ve ark.'nın (88) çalışmasında da vajinal muayeneyi yapan sağlık personelinin cinsiyetinin vajinal muayene deneyimine etki etmediği ancak sağlık personelinin kadınlarla olan iletişiminin, güvenli ortam sağlanabilmesinin, mahremiyetin, bilgi ve açıklama yapılmasının, davranış şekli gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmada cinsiyetin fark etmediğini belirten kadınların oranının literatüre göre nispeten yüksek bulunması, eğitim durumunun yüksek olması ile ilişkili olduğu yönünde düşünülmektedir. Demir ve Oskay (66) çalışmasında da eğitim durumu ile kadın hekim istemi arasında doğru orantı olması arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışmada gebelerin %63,7'si hekimin muayene etmesini isterken %36,3'ü ebinin muayene etmesini istemektedir. Bunun sebebinin geçmişte yapılan vajinal muayenelerinin çoğunlukla hekim tarafından yapılması olarak düşülmektedir.

Gruplara göre VAS puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Çalışma grubunda VAS skorunun ortanca değeri 3,5 iken kontrol grubunda 5 olarak elde edilmiştir. Bu sonuç çalışmada kullanılan görsel izleti ile odaklanma sağlanarak gebelerde vajinal muayene ağrısını azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bulunan sonuç **“odaklanmanın gebelerin vajinal muayene ağrı düzeyine etkisi vardır”** hipotezini karşılamaktadır. Gür ve Apaydın'ın (8) bilişsel davranışsal tekniklerin doğum ağrısına etkisini araştırdıkları çalışmada; beş farklı grup ve dört farklı odaklanma tekniği kullanılmıştır. Bu teknikler klasik müzikli yenidoğan videosu, yenidoğan albümü, Türkiye tanıtım filmi ve klasik müzikten oluşturulmuş ve hepsinin doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu sonucu saptanmıştır. Yenidoğan albümü ve klasik müzik ile yenidoğan fotoğraflarının oluşturulduğu video doğum ağrı düzeyini azaltmakta daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine Yurtsev ve Şahin'in (9) kadınların doğum ağrısı algısını doğuma özel olarak hazırladıkları stereogram kartları ile odaklanma sağlayarak azaltmak amacı ile yaptıkları çalışmada ağrı düzeyine olumlu etkilediği sonucuna ulaşmak ile birlikte anksiyete ve yorgunluk düzeylerini de azalttığı, memnuniyet düzeyini ise artırdığı ifade edilmiştir. İlâveten Master ve ark. (64) yedi farklı yöntem ile doğumda algılanan ağrıyı azaltmayı amaçları çalışmalarında eşlerinin fotoğrafına odaklanmak, bir nesneye veya diğer resimlere bakmak, eşinin elini tutmaya oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede ağrıyı azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde fotoğraflara odaklanmanın, doğum ağrısını gidermede etkili olduğu sonucu ile bizim çalışmadaki sonuçlar ile benzer özellik göstermektedir.

Çalışmada vajinal muayene deneyimleri toplam ölçek puanı  $49,59 \pm 5,21$  (çalışma grubu:  $49,18 \pm 4,55$  iken kontrol grubu  $50 \pm 5,81$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Gruplara göre Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği toplam puanı ortalama değerleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu yönüyle çalışma ve kontrol grubunun puanları benzerlik göstermektedir.

Çalışmada bilgilendirme alt boyut puanı  $51,06 \pm 8,5$  bulunmuştur. Alt boyutları karşılaştırıldığında bilgilendirme alt boyutu puanı (çalışma grubu:  $50,27 \pm 6,85$ , kontrol grubu:  $51,84 \pm 9,89$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Vajinal muayene deneyimini etkileyen önemli etkenlerden biri olan bilgilendirme etik çerçevede de uyulması gereken ilkelerden biridir. Henüz vajinal muayene gerçekleşmeden önce tanışma, prosedür hakkında bilgi, varsa soruların alınması kadınların rahatlamasına zaman vermektedir

(89,90). Etkin bir iletişim ile muayene hakkında tüm basamaklar anlatılarak bilgilendirme yapılması muayenenin daha olumlu geçmesini sağlamaktadır (5,88,91,92). Vondruska-Benkert ve ark. (86) çalışmalarında kadınların %75' i vajinal muayene hakkında bilgilendirilmek isterken; %46' sı ise yanında üçüncü bir kişinin yokluğunda bilgilendirme istemiştir. Küçük (20) çalışmasında da kadınlara iyi düzeyde bilgilendirme verildiği bunun sonucunda bilgilendirme alt boyut puanının  $73,79 \pm 15,43$  bulunduğu ifade edilmiştir. Afacan (11) çalışmasında ise bilgilendirme alt boyut puanı  $63,90 \pm 15,70$  sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada da kadınlara işlem öncesi bilgilendirme yapılması, iletişim kurulması, soruların cevaplanması sonucu kadınların bilgilendirme alt boyut puanı yüksek bulunmuş olup bu uygulamanın her iki gruba da etik olarak yapılmasından dolayı gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmada gruplara göre onaylama alt boyutu puanı  $38,14 \pm 10,46$  bulunmuştur. Çalışma grubunda onaylama alt boyutu puanı  $34,77 \pm 7,87$  iken kontrol grubunda bu değer  $41,5 \pm 11,67$  olarak elde edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda uygun bulma/onaylama alt boyut puanı sırasıyla  $75,55 \pm 9,95$ ,  $71,24 \pm 13,43$  saptanmıştır (11,20).

Travayda vajinal muayenenin doğumun ilerleyişini takip etmek için kullanıldığı bilgisi gebelerin çoğu tarafından bilinmektedir. Yıldırım ve Bilgin (21) çalışmasında da gebelerin bunun bilincinde olduğu bildirilmiştir. Doğum eylemindeki kadınlar için vajinal muayene, doğumun ilerlediğini doğruladığında olumlu ve motive edici olabilir, ancak aynı zamanda rahatsız edici, istilacı ve utanç verici olarak da deneyimlenebilmektedir (2). Bu muayene sürecinde bilgileri dahilinde bilgilendirilmiş onam formu alınması gerekmektedir (2,89,93,94). El-Moniem ve ark. (95) çalışmasında etik ilkelere uyulmadığı, muayene için herhangi bir onam alınmadığı ifade edilmiştir. Kadınlar vajinal muayene sırasında yaşanan utanma, rahatsız olma, korkma, yalnız hissetme gibi olumsuz duyguları yenmek için gerekli desteği eşlerinden ve sağlık personelinden beklemektedir. Türkiye'de vajinal muayene sırasında kadınların yanında istedikleri kişinin bulunmasına izin verilmemektedir (21). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; kadınların vajinal muayene sırasında hekim harici kimseyi yanında istemediği, eşinin olmasını istediği ya da muayene sırasında destek alabilecekleri bir yakının olmasını istedikleri saptanmıştır (6,21,23,31). Gebelerin anlayabileceği şekilde açıklamalarda bulunmak, hassas ve narin davranışlar, aceleci tutumlardan uzak, muayenenin her aşamasında mahrem durumlarına yardımcı olarak bireysel inanç ve ihtiyaçlarına uygun holistik bakım vermek beklentilerini karşılayarak desteklemek gerekmektedir (89,96,97).

Muayene sırasında izin alınması, muayene sonrasında açıklama yapmak ve muayeneyi hassas ve sempatik olmayan tavırlardan uzak şekilde davranarak yapmak, muayenenin hangi aşamasında olursa olsun gebenin reddetme hakkına saygı duymak; kontrol sağlama yetilerini yükseltmekte, travmatize durumları ekarte etmektedir (98). Vajinal muayene gebenin onayı ile birlikte senkronize şekilde ilerlediğinde doğumda olumsuz davranışların oluşmasını önlemektedir. Literatüre göre algılama alt boyut puanının düşük bulunmasının ve çalışma grubuna göre kontrol grubu puanının yüksek bulunmasının nedeninin, bu boyutta yer alan soruların doğum sürecinin başında gebelere travay süresince yapılacak tüm vajinal muayenelere ilişkin sorulardan oluşması ve gebeler tarafından bu değerlendirmenin yapılamamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada mahremiyet alt boyut toplam puanı  $37,45 \pm 10,02$  bulunmuştur. Gruplara göre mahremiyet alt boyutu puanları (çalışma grubu:  $37,78 \pm 9,49$ , kontrol grubu:  $37,12 \pm 10,6$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Mahremiyet özellikle kadınların doğum kliniklerinde tanı, tedavi ya da doğum sürecinin takibinde yapılan vajinal muayene için özellikle üzerinde durulması gereken bir durum olmaktadır (77,80). RCOG (99) bu konuda bilgilendirme, gereklilik, onam, mahremiyet gibi tutumların odağında vajinal muayenenin yapılmasına dair bir kılavuz yayınlamıştır. Gebelere muayene için verilen pozisyon, muayene önlüğü, perdenin-kapının kapalı tutulması, odanın sıcaklığı rahatsızlık hissini azaltmakta ve mahremiyetin korunmasına yardımcı olan öğelerdendir (98,100). Hassan ve ark. (28) Filistinli gebeler ile yaptığı doğum sırasında vajinal muayene deneyimlerine ait görüşleri incelendiğinde mahremiyete dikkat edilmediği, hiç ya da çok az iletişim kurularak vajinal muayenede insancıl yaklaşılmadığı ve onurlarına saygı gösterilmediği ifade edilmiştir. Fatemeh ve ark.'nın (101) yaptığı çalışmada çalışma grubundaki katılımcılar yeniden tasarlanmış doğum odasında bakım almış ve mahremiyetleri önemli derecede etkilendiği için memnuniyet oranları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın yapıldığı hastane 'Anne Dostu Hastane' ünvanını taşıdığı için travay ve doğum aynı, tek kişilik; içerisinde gebelerin muayene ve doğumların en rahat şekilde geçirebilmelerine yönelik önlüklerini giyebilecekleri tuvalet-banyonun, doğum sırasında litotomi pozisyonuna çevrilebildiği yatak ve kapının hemen arkasında perde bulunan odalardır. Bu yönüyle mahremiyetin en yüksek düzeyde sağlanmasına özen gösterilmektedir. Küçük (20) çalışmasında mahremiyet alt boyut puanı  $81,63 \pm 14,06$  bulunmuş olup, vajinal muayenenin çalışmamızdaki doğum odası ile benzer özellik gösteren odalarda yapıldığı belirtilmiştir. Lewin ve ark. (36) çalışmasında da katılımcıların %91,6' sının mahremiyetinin korunduğu sonucu bildirilmiştir. Afacan (11) çalışmasında ise mahremiyet alt boyut puanı

73,77 ± 13,73 olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmada vajinal muayene, tek kişilik perdesi olan odada, gebelerin üzerini değiştirebileceği özel alana sahip, muayene sırasında üzerlerinin örtü ile örtülerek yapılmasına rağmen literatüre göre daha düşük puan elde edilmesinin katılımcıların yaşlarının genç ve primipar olmasından, kişisel hijyen eksikliği sebebi ile utanma, geleneksel olarak bilinç altında var olan mahrem bölgenin açılmasının verdiği sıkılma ve örneklem grubunun sınırlılığında kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada algılama alt boyut puanı 69,51 ± 14,85 olarak saptanmıştır. Gruplara göre (çalışma grubu: 73,63 ± 13,64, kontrol grubu: 65,39 ± 15) algılama alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,03). Katılımcıların hepsine vajinal muayene araştırmacı tarafından yapılmıştır ve gebelerin TDL servisine yatışı yapıldıktan sonraki ilk vajinal muayenesi değerlendirilmiştir, bu yönüyle standart bakım verilmiştir. Literatürde muayene eden kişi sayısı ile algılama arasında kişi sayısının artması ile vajinal muayene arasında anlamlı ters ilişki bulunmuştur (2,34). Hatamleh ve ark.'nın (90) çalışmasında vajinal muayeneyi yapan kişinin bilgilendirmesi ile algılanan destek arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmada çalışma grubuna görsel izleti sunulması, ölçekte bulunan algılama alt boyut maddeleri içerisinde yer alan endişe, hoş olmayan durum gibi olumsuz ifadelerin giderilmesinde kilit rol oynadığı düşünülmektedir.

Çalışmada ağrı alt boyutu puanı 58,63 ± 9,44 olarak elde edilmiştir. Gruplar arasında (çalışma grubu: 57,84 ± 11,19, kontrol grubu: 59,41 ± 7,32) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Vajinal muayene kadınların fiziksel rahatsızlıklarına ek olarak ağrı ve acı duygusunu yaşamalarına sebep olmaktadır (28,34). Heidrich ve ark.'nın (84) yaptığı çalışmada ilk vajinal muayene sırasında kaygı ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hassan ve ark.'nın (28) yaptıkları çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%82) vajinal muayene sırasında ağrı hissettiği ifade etmiştir. Küçük (20) çalışmasında ağrı alt boyut puanı 55,85 ± 18,84 olarak belirtilmiştir. Yine Afacan (11) çalışmasında ise bu puan 48,37 ± 19,16 olarak belirtilmiştir. Literatürde kadınların ağrı ve acılarını giderecek gevşemenin sağlanabilmesi için bilgilendirmelerin sağlık profesyoneli tarafından verilmesi önerisi yer almaktadır (30,35). Çalışmada da literatür çalışmalarından biraz daha yüksek bir puan elde edilmiştir, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak çalışmada VAS ile değerlendirilen ağrı puanı çalışma grubunda daha düşük ağrı puanı elde edilmesine rağmen KTVMDÖ ağrı alt boyutunda gruplar arası fark olmamasının nedeninin ağrının bu ölçekte puan olarak değil ifade olarak değerlendirilmesinden ve anlaşılabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada VAS puan ortalamasına ve KTVMDÖ toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin ilişkisine bakıldığında sosyo-demografik ve obstetrik bazı özelliklerin (evlenme yaşı, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanan yer, doğuma hazırlık eğitimi alma durumu vb.) etki etmediği saptanmıştır. Literatürde de benzer özelliklerin VAS ve KTVMDÖ puanlarına etki etmediği saptanmıştır. Bu sonuç çalışma sonuçlarımız ile benzerdir. Yalnızca, Küçük (20) çalışmasında doğuma hazırlık eğitimi alma durumunun KTVMD ölçğine daha olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir. Bu sonucun bizim çalışmanın yapıldığı dönemde gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin pandemi nedeni ile online eğitim sürecine denk gelmesi sebebi ile etki etmemesi olarak düşünülmektedir.

Öte yandan çalışmada gebelik haftası arttıkça VAS ölçek puanının azalması yönünde çok zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürde benzer bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Odaklanmanın, vajinal muayene deneyimi ve ağrı düzeyine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında yüksek oranla %40,2'si lise mezunudur (çalışma grubu: %45,1, kontrol grubu: lise ve üniversite oranı birbirine eşit, %35,3) ve iki grupta da gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%78,4) gelir getiren bir işte çalışmadığı (çalışma grubu: %84,3, kontrol grubu: %72,5), gelir düzeylerine bakıldığında en yüksek oran %57,8 ile gelirin gidere eşit olduğu elde edilmiştir (çalışma grubu: %64,7, kontrol grubu: %51). Yüksek oranla yaşanan yer %69,6 ile il olarak bulunmuştur (çalışma grubu: %76,5, kontrol grubu: %62,7). Gebelikte yeterli DÖB alanların oranı %99 olarak elde edilmiştir. Gebeliğinde doğuma hazırlık eğitimi alanların oranı %18,6 almayanların oranı ise %81,4 olarak bulunmuştur (Tablo 1).
- Çalışmamızdaki gebelerin yaş ortalaması  $24,17 \pm 3,30$  olarak bulunmuştur (çalışma grubu:  $24,71 \pm 3,18$ , kontrol grubu:  $23,65 \pm 3,38$ ). Evlenme yaş ortalaması  $22,41 \pm 3,28$  olarak bulunmuştur (çalışma grubu:  $22,92 \pm 3,01$ , kontrol grubu:  $21,9 \pm 3,5$ ). Yaş ve evlenme yaşı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p < 0,05$ ). Evlilik yılı ortalamaları  $1,78 \pm 1,23$  (çalışma grubu:  $1,82 \pm 1,18$ , kontrol grubu:  $1,75 \pm 1,31$ ) olduğu saptanmıştır. Gebelik haftası ortalaması  $39,59 \pm 0,99$  (çalışma grubu:  $39,71 \pm 0,92$ , kontrol grubu:  $39,48 \pm 1,04$ ) olarak bulunmuştur (Tablo 1).
- Çalışmamıza TDL servislerindeki primipar gebeler dahil edilmiştir. İlk gebeliği olanların oranı %91,2 olduğu saptanmıştır. İkinci ve üçüncü gebeliği olanların küretajı olmamak ile birlikte düşük yapma oranı; bir kez düşük yapanların oranı %6,9, iki kez düşük yapanların oranı %2,9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların tümünün gebelik sürecinde vajinal muayene oldukları saptanmıştır. Geçmişte yapılan vajinal muayenenin %92,2 oranıyla (çalışma grubu: 92,2, kontrol grubu: 92,2) hekim tarafından yapıldığı ifade edilmiştir. Geçmişte yapılan vajinal muayene öncesi işlem hakkında bilgi verilen gebelerin oranı %72,5 (çalışma grubu: 76,5, kontrol grubu: 68,6) bulunmuştur. Geçmişte yapılan muayene öncesi mahremiyete dikkat edilmesi %97,1 (çalışma grubu: %98, kontrol grubu: %96,1) oranı ile katılımcıların tamamına yakını mahremiyetlerine dikkat edildiğini belirtmiştir. Geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimini olumlu değerlendiren kişilerin oranı %34,3 (çalışma grubu: %35,3, kontrol grubu: %33,3) olarak elde edilmiştir. Çalışmamızda katılımcılarımızın

%56,9' u (çalışma grubu: %66,7, kontrol grubu: %47,1) vajinal muayene yapan sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda gebelerin %63,7' si hekimin muayene etmesini isterken %36,3' ü ebenin muayene etmesini istemektedir (Tablo 2).

- Gebelerin VAS puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma grubunda VAS skorunun ortanca değeri 3,5 iken kontrol grubunda 5 olarak elde edilmiştir. Bu sonuç ile çalışmada kullanılan görsel izleti ile gebelerde odaklanma sağlanarak video izletisinin vajinal muayene ağrısını azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bulunan sonuç **“odaklanmanın gebelerin vajinal muayene ağrı düzeyine etkisi vardır”** hipotezini karşılamaktadır (Tablo 3).
- Gebelerin KTVMD ölçeği toplam puanlarının ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırıldığında toplamda vajinal muayene deneyimleri ölçek puanı  $49,59 \pm 5,21$  (çalışma grubu:  $49,18 \pm 4,55$  iken kontrol grubu  $50 \pm 5,81$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Gruplara göre KTVMDÖ toplam puanı ortalama değerleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda **Bilgilendirme alt boyut** puanı  $51,06 \pm 8,5$  bulunmuştur. Gruplara göre alt boyutları karşılaştırıldığında bilgilendirme alt boyutu puanı (çalışma grubu:  $50,27 \pm 6,85$ , kontrol grubu:  $51,84 \pm 9,89$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda **Onaylama alt boyutu** puanı  $38,14 \pm 10,46$  bulunmuştur. Çalışma grubunda onaylama alt boyutu puanı  $34,77 \pm 7,87$  iken kontrol grubunda bu değer  $41,5 \pm 11,67$  olarak elde edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Çalışmamızda **Mahremiyet alt boyut** toplam puanı  $37,45 \pm 10,02$  bulunmuştur. Gruplara göre mahremiyet alt boyutu puanları (çalışma grubu:  $37,78 \pm 9,49$ , kontrol grubu:  $37,12 \pm 10,6$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda **Algılama alt boyut** puanı  $69,51 \pm 14,85$  olarak saptanmıştır. Gruplara göre algılama alt boyut puan ortalamaları arasında (çalışma grubu:  $73,63 \pm 13,64$ , kontrol grubu:  $65,39 \pm 15$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,03$ ). Çalışmamızda **Ağrı alt boyut** puanı  $58,63 \pm 9,44$  olarak elde edilmiştir. Gruplar arasında (çalışma grubu:  $57,84 \pm 11,19$ , kontrol grubu:  $59,41 \pm 7,32$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). KTVMDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir sonuç bulunmazken algılama alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur. Bulunan sonuç **“odaklanmanın gebelerin vajinal muayene deneyimine etkisi vardır”** hipotezini tek alt boyutta karşılamaktadır (Tablo 3).

- Gebelerin geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimlerine göre KTVMD ölçek puanlarının karşılaştırıldığında, onaylama alt boyutu ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (doğuma hazırlık için eğitim alanlarda onaylama alt boyut puanı ortanca değeri: 40, eğitim almayanlarda: 36,7) ( $p=0,043$ ). Doğuma hazırlık eğitimi alma durumuna göre KTVMDÖ toplam puan ortalaması, bilgilendirme, mahremiyet, algılama ve ağrı alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Daha önce vajinal muayene olanların kim tarafından muayene olduğuna göre KTVMDÖ toplam puanı ortanca değeri ve bu ölçeğin alt boyutlarının ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Daha önce yapılan vajinal muayene öncesinde işlem hakkında bilgi verilmesi durumuna ve daha önce yapılan vajinal muayene deneyimini tanımlama durumuna göre KTVMDÖ toplam puanı ortalama puanı ve bu ölçeğin alt boyutlarının ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).
- Gebelerin obstetrik ve geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimlerine göre VAS puan ortalamalarının karşılaştırmasında, geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimini tanımlama durumuna göre VAS skorları ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,002$ ). Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu, geçmişte vajinal muayeneyi yapan sağlık personeli, geçmişte yapılan vajinal muayene öncesi bilgi verilme durumu ile VAS skorları ortalama puanları açısından farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).
- Gebelerin gebelik haftası ve yaş ile KTVMDÖ ve VAS puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelendiğinde Gebelik haftası ile VAS puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde çok zayıf bir ilişki görülmüştür ( $r=-0,199$ ;  $p=0,044$ ). Yaş ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).
- Gebelerde KTVMDÖ'nün toplam puanı üzerine sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin etkisinin lineer regresyon analizi ile incelendiğinde KTVMDÖ toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $F=0,754$ ;  $p=0,672$ ) (Tablo 8).
- Gebelerin VAS puan ortalamalarına etki eden bağımsız faktörlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesinde VAS puan ortalamasına etki eden bağımsız değişkenleri

incelemek için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $F=0,704$ ,  $p=0,718$ ) (Tablo 9).

Çalışmada ulaşılan bulguların sonucunda ebelik uygulamaları arasında yer alan ve ebeler tarafından uygulanmış olan odaklanmanın vajinal muayene deneyimi algılama alt boyutunda anlamlı fark oluşturması ve ağrı düzeyini azaltması sonucundan yola çıkılarak aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır:

- Ebelerin vajinal muayene sürecinde odaklanmayı bir yöntem olarak kullanması,
  - Odaklanmanın vajinal muayene deneyimine etkisini artırmak için endişelerini gidermeye yardımcı olması yönünde muayenenin nazikçe yapılması,
  - Vajinal muayene ağrı düzeyini azaltmada odaklanmanın kullanılabileceği,
  - Ebelik müfredatına bu konunun eklenmesi,
  - Ebelerin odaklanma tekniğini ağrının azaltılmasında, vajinal muayene deneyimlerine etkisinin belirlenmesi amacıyla kullanabilmeleri için hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi,
  - Çalışmanın farklı gruplarda, farklı yaş aralığında, farklı kültürlerde ve doğumun farklı evrelerinde yapılması,
- önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Usman S, Barton H, Charlotte Wilhelm-Benartzi Christoph C. Lees. Ultrasound is better tolerated than vaginal examination in and before labour. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol. 2018;59.
2. Klerk HW de, Boere E, Lunsen RH van, Bakker JJH. Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. J Psychosom Obstet Gynecol. 2017;39(2):90–5.
3. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2016. 75–150 p.
4. Erkek ZY, Özer S. Doğum sürecinde yapılan vajinal muayeneye ilişkin annelerin görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2020;23(1):9–16.
5. Güneş G, Karaçam Z. Doğum sonu dönemdeki kadınların vajinal muayene deneyimleri: nitel bir araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg. 2018;11(2):87–95.
6. Altay B, Kefeli B. Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg. 2012;5(4):134–41.
7. Chaillet N, Belaid L, Crochetiere C, Roy L, Gagné G-P, Moutquin JM ve ark. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. Birth. 2014;41(2):122–37.
8. Gür EY, Apay SE. The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. Midwifery. 2020;91(0266–6138).
9. Yurtsev E. Doğuma özel stereogram kartlarının doğum ağrısı algısına etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul; 2017.
10. Çubuk MM. Kadınların doğum tercihleri üzerine sağlık eğitiminin etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya; 2014.
11. Afacan M. Kadınların travayda vajinal muayene deneyimleri: Lewin'in ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Eskişehir Osmangazi

- Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir; 2018.
12. Çalık KY, Çetin FC. Normal Doğum ve Sonrası Dönem. 1st ed. Durmaz A, editor. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2018. 16–24 p.
  13. WHO. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Integrated management of pregnancy and childbirth. 2017.
  14. WHO. WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018.
  15. Yıldız H. Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: dünya sağlık örgütü önerileri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2019;5(2):98–105.
  16. Göker N. Travayda aktif faz süresinin, doğumun ikinci evresine ve postpartum konfora etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2019.
  17. Turan A. Doğum eyleminde sakral bölgeye yapılan sıcak uygulamanın kadınların ağrı düzeyi ve doğum süreçlerine etkisi. İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2021.
  18. Üst ZD. Travayda gebelere uygulanan çömelme pozisyonunun doğum eyleminin süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum; 2016.
  19. Stewart M. Midwives' Discourses on Vaginal Examination in Labour. University of the West of England Doctoral Dissertation. Bristol,; 2008.
  20. Küçük E. Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçları. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Trabzon; 2020.
  21. Yıldırım G. Kadınların normal doğum sürecinde vajinal muayeneye ilişkin deneyimleri ve etkileyen faktörler. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bolu; 2018.
  22. Borders N, Lawton R, Martin SR. A clinical audit of the number of vaginal

- examinations in labor: a novel idea. *J Midwifery Women's Heal.* 2012;57(2):139–44.
23. Aksu S, Turgut B. Kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete düzeyi ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Yüksek Okulu Derg.* 2020;8(3):688–700.
  24. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7.
  25. Dixon L, Foureur M. Vaginal examination during labor: is it of benefit or harm. *New Zeal Coll Midwives.* 2010;42:21–6.
  26. Coşkun A, Beji NK, Şahin NH, Oskay ÜY, Rathfisch G, Aslan E ve ark. Hemşire ve ebeler için kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. Coşkun A, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013. 93–94 p.
  27. DSÖ. Gebelik ve doğumda komplikasyonların yönetimi: ebeler ve doktorlar için bir kılavuz. Dünya Sağlık Örgürü. Geneva; 2003.
  28. Hassan SJ, Sundby J, Husseini A, Bjertness E. The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reprod Health.* 2012;9(16).
  29. Lai CY, Valerie L. Hongkong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery.* 2002;18(4):296–303.
  30. Özcan H, Koçak DY, Dağlı A. Jinekolojik muayene olan kadınların deneyimleri: gümüşhane örneği. *Sağlık Akad Derg.* 2020;7(3):188–95.
  31. Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilim Derg.* 2008;5(1):1–13.
  32. Demaria AL, Hollub A V., Herbenick D. The female genital self-image scale (FGSIS): validation among a sample of female college students. *J Sex Med.* 2012;9(3):708–18.
  33. Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders S, Dodge B, Fortenberry JD. The female genital self-image scale (FGSIS): results from a nationally representative probability sample of women in the United States. *J Sex Med.* 2011;8(1):158–66.
  34. Dabagh-Fekri S, Amiri-Farahani L, Amini L, Pezaro S. A survey of Iranian

- primiparous women's perceptions of vaginal examination during labor. *J Prim Care Community Heal.* 2020;11.
35. Teskereci G, Yangın H, Akpınar A. Experiences of women regarding vaginal examination during labor: a qualitative study. *Health Care Women Int.* 2020;41(1):75–88.
  36. Lewin D, Fearon B, Hemmings V, Johnson G. Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery.* 2005;21(3):267–77.
  37. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S ve ark. The revised international association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020;161(9):1976–82.
  38. Karlsdottir SI, Halldorsdottir S, Lundgren I. The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(2):315–27.
  39. Jones LE, Whitburn LY, Davey M-A, Small R. Assessment of pain associated with childbirth: women's perspectives, preferences and solutions. *Midwifery.* 2015;31(7):708–12.
  40. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health.* 2019;16(1).
  41. Kömürcü N, Ergin AB. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2nd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013. 43–45 p.
  42. Çiftci K. Prematürelde periferik damar yolu açma sırasında uygulanan üç farklı yöntemin ağrı ve konfor düzeyine etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya; 2021.
  43. Yılmaz BT. Angle doğum ağrısı ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve nonfarmakolojik yöntem kullanılarak etkinliğinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Eskişehir; 2021.
  44. Dutucu N. Sanal gerçeklik gözlüğünün kadının algıladığı doğum ağrısına etkisi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul; 2019.

45. Kaplan E. Yönlendirilmiş imgelem ve ayak refleksolojisinin doğum ağrısı, süresi ve doğum memnuniyeti üzerine etkisi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Gaziantep; 2021.
46. Adib-Hajbaghery M, Abasi A, Rajabi-Beheshtabad R, Azizi-Fini I. The effects of massage therapy by the patients relative on vital signs of males admitted in critical care unit. *Nurs Midwifery Stud.* 2012;1(1):16–21.
47. Dizaj PA. Primipar annelerde latent fazda yapılan ayak masajının doğum ağrısı algısı üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2020.
48. Birnie KA, Chambers CT, Spellman CM. Mechanisms of distraction in acute pain perception and modulation. *Pain Pract.* 2017;158(6):1012–3.
49. Gültepe R, Çalım Sİ. Obstetride kullanılan solunum ve gevşeme egzersizleri: lisansüstü tezlere yönelik sistematik bir derleme. *Sağlık Akad Derg.* 2021;8(3):233–44.
50. Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *İnsan Bilim Derg.* 2011;8(1).
51. Wiech K. Deconstructing the sensation of pain: the influence of cognitive processes on pain perception. *Science (80- ).* 2016;354(6312):584–7.
52. Maltzman S. How does distraction work in the management of pain? *Pavlov J Biol Sci.* 1988;23(2):67–74.
53. Schulz E, Stankewitz A, Witkovský V, Winkler AM, Tracey I. Strategy-dependent modulation of cortical pain circuits for the attenuation of pain. *Cortex.* 2019;113:255–66.
54. Unrod M, Kassel JD, Robinson M. Effects of smoking, distraction, and gender on pain perception. *Behav Med.* 2004;30(3):133–40.
55. TrevorThompson, Keogh E, C.French C. Sensory focusing versus distraction and pain: moderating effects of anxiety sensitivity in males and females. *J Pain.* 2011;12(8):849–58.
56. Ryckeghem DMLV, Damme, Crombez G, Hulle L Van, Van S. Attentional bias towards pain-related information diminishes the efficacy of distraction. *Pain.* 2012;153(12):2345–51.

57. Maltzman S. Visual stimuli in distraction strategies for increasing pain tolerance. *Pavlov J Biol Sci.* 1988;23(2):67–74.
58. Canbulat N, İnal S, Sönmezer H. The effect of distraction methods by applying distraction cards and kaleidoscope on procedural pain and anxiety in children. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2014;8(1):23–8.
59. İnan G, İnal S. The impact of 3 different distraction techniques on the pain and anxiety levels of children during venipuncture. *Clin J Pain.* 2019;35(2):140–7.
60. Sahiner NC, Bal MD. The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children. *J Child Heal Care.* 2016;20(3):277–85.
61. Karakaya A, Gözen D. The effect of distraction on pain level felt by school-age children during venipuncture procedure-randomized controlled trial. *Pain Manag Nurs.* 2016;17(1):47–53.
62. Rezai MS, Goudarzian AH, Jafari-Koulaee A, Bagheri-Nesami M. The effect of distraction techniques on the pain of venipuncture in children: a systematic review. *J Pediatr Rev.* 2017;5(1):e9459.
63. Husin IGPF, Ganiem AR, Susiarno H, Arifin A, Wirahkusuma F. The Effect of virtual reality on pain in primiparity women during episiotomy repair: a randomize clinical trial. *Int J Nurs Helth Sci.* 2017;4(4):46–50.
64. Master SL, Eisenberger NI, Taylor SE, Naliboff BD, Shirinyan D, Lieberman MD. A picture's worth: partner photographs reduce experimentally induced pain. *Psychol Sci.* 2009;20(11):1316–8.
65. Consort. 2010, <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram> Erişim Tarihi: 27.07.2022.
66. Demir S, Oskay ÜY. Jinekolojik muayene olan kadınların yaşadığı deneyimler ve sağlık profesyonelinden beklentileri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg.* 2014;1(1):68–79.
67. Huskisson EC. Measurement of Pain. *Lanset.* 1974;304:1127–31.
68. Biçici B. McGill ağrı ölçeği kısa formunun geçerlik ve güvenilirliğini incelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir; 2010.
69. TNSA. Hacettepe University of Population Studies. *Turkey Demographic and Health*

- Survey. Ankara; 2018.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara; 2014.
  71. Serçekuş P, Mete S. Turkish women's perceptions of antenatal education. *Int Nurs Rev.* 2010;57(3):395–401.
  72. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S. Dogum egitiminin dogum kaygisi ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg.* 2013;29(4):165–7.
  73. Fiddes P, Scott A, Fletcher J, Glasier A. Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers. *Contraception.* 2003;67(4):313–7.
  74. Aksakal O. Jinekolojik muayenenin psikososyal medikal yönü. *Türkiye Klin Derg.* 2001;11(2):62–6.
  75. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998;77(4):422–8.
  76. Grundström H, Wallin K, Berterö C. 'You expose yourself in so many ways': young women's experiences of pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2011;32(2):59–64.
  77. Parlak M. Jinekolojik muayeneye gelen kadınların kaygı (anksiyete) düzeylerinin ve kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2017.
  78. Gürler H. Kentsel bir bölgede yaşayan kadınların serviks kanseri erken tanı tutumları ve jinekolojik muayene algıları. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Manisa; 2019.
  79. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(11):1030–6.
  80. Demiray A, Korhan EA, Çevik K, Horshid L, Yücebilgin MS. Kamu ve özel kurumlara başvuran hastalarda jinekolojik muayeneye bağlı durumluk anksiyetenin karşılaştırılması. *Electron J Vocat Coll.* 2014;4(4):122–9.
  81. Değirmen N. Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti: kütahya örneği. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Eskişehir; 2014.

82. Moore A. Her first pelvic examination: helpful hints for the practitioner. *J Nurse Pract.* 2007;3(8):560–1.
83. Zimmerman L, Christian D. Help for women who are afraid of gynecologic exams add a comment mental health examiner. like this? subscribe to get instant updates. <http://www.examiner.com/family-andeducation/htm>. 2010.
84. Bodden-Heidrich R, Walter S, SonjaTeutenberger, Küppers V, Pelzer V, Rechenberger I ve ark. What does a young girl experience in her first gynecological examination? study on the relationship between anxiety and pain. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000;13(3):139–42.
85. Dziobek I, Branecka-Woźniak D, Berezowska E, Ćwiek D, Szymoniak K, Malinowski W. Women’s opinions regarding gynaecological examination in a hospital. *Ginekol Pol.* 2009;80(7):498–502.
86. Vondruska-Benkert K, Steiner R, Buddeberg C, Haller U. Gynecologic examination: perceptions, fears and expectations of polyclinic patients. *Gynakologisch Geburtshilfliche Rundschau.* 1995;35(1):20–5.
87. Moettus A, Sklar D, Tandberg D. The effect of physician gender on women’s perceived pain and embarrassment during pelvic examination. *Am J Emerg Med.* 1999;17(7):635–637.
88. Christen RN, Alder J, Bitzer J. Gender differences in physicians’ communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. *Soc Sci Med.* 2008;66(7):1474–83.
89. Muliira RS, Seshan V, Ramasubramaniam S. Improving vaginal examinations performed by midwives. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2013;13(3):435–42.
90. Hatamleh R, Gharibeh H, Bnayan AA. Jordanian women’s perceptions of intrapartum vaginal examination. *Evid Based Midwifery.* 2012;10(4):131–6.
91. Nicoletti A, Tonelli M. The Timing Of The First Pelvic Exam. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2005;18(6):431–2.
92. Jeppesen U. Women’s attitude towards gynecologic examinations. *Laeger için Ugeskr.* 1995;157(12):1651–4.

93. O'Loughlin E. Critical incident analysis: informed consent and the use of vaginal examinations during labour. *RCM Midwives*. 2003;6(8):352–5.
94. Ouj U, Igberase GO, Eze JN, Ejikeme BN. Perception of intimate pelvic examination by gynaecological clinic attendees in rural southeast Nigeria. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284(3):637–42.
95. El-Moniem, Abed EF, Mohamady SH. Effect of vaginal examination frequency practice during normal childbirth on psychophysical condition of women. *IOSR J Nurs Heal Sci*. 2016;5(6):36–44.
96. Kocabaş P, Khorshid L. A comparison of the effects of a special gynaecological garment and music in reducing the anxiety related to gynaecological examination. *J Clin Nurs*. 2012;21(6):791– 799.
97. Mete S. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. *Cumhur Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 1998;2(2).
98. McCarthy V. The first examination journal of pediatric health care. *J Pediatr Heal Care*. 1997;11(5):247–9.
99. RCOG. A guide to intimate examinations. London; 1997.
100. Bates C, Carroll N, Potter J. The challenging pelvic examination. *J Gen Intern Med*. 2011;26(6):651–7.
101. Mohseni F, Hassanzadeh M, Jahromi MK. The effect of redesigning of childbirth room on mothers' satisfaction. *Curr Women s Heal Rev*. 2020;17(4):328–32.

## 8. DİĞER DİZİNLER

### 8.1. ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Consort akış Şeması.....	14
Şekil 2. VAS Skorlarının gruplara göre ortanca değerleri .....	22



## 8.2. Tablolar Dizini

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması. ....	20
Tablo 2. Gebelerin geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimlerinin gruplara göre karşılaştırılması. ....	21
Tablo 3. Gebelerin VAS puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması.....	22
Tablo 4. Gebelerin KTVMD ölçeği toplam puanlarının ve alt boyut puanlarının gruplara göre karşılaştırılması. ....	22
Tablo 5. Gebelerin doğuma hazırlık eğitimi alma ve geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimlerine göre KTVMD ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 6. Gebelerin doğuma hazırlık eğitimi alma ve geçmişte yapılan vajinal muayene deneyimlerine göre VAS puan ortalamalarının karşılaştırması. ....	25
Tablo 7. Gebelerin gebelik haftası ve yaş ile KTVMDÖ ve VAS puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	25
Tablo 8. Gebelerde KTVMDÖ'nün toplam puanı üzerine sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi. ....	26
Tablo 9. Gebelerin VAS puan ortalamalarına etki eden bağımsız faktörlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi. ....	27

## 9. Ekler Dizini

	<u>Sayfa No</u>
EK 1. ANKET FORMU .....	54
EK 2. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VAS).....	56
EK 3. KADINLARIN TRAVAYDA VAJİNAL MUAYENE DENEYİMLERİ ÖLÇEĞİ (KTVMDÖ) .....	57
EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU .....	58
EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	60
EK 6. ETİK KURUL BAŞVURU ONAY FORMU .....	62
EK 7. KURUM İZİNİ.....	64
EK 8. GÖRSEL İZLETİDEN ÖRNEK FOTOĞRAFLAR.....	65
EK 9. ÇALIŞMA GRUBUNDA ODAKLANMANIN SAĞLANMA ŞEKLİ.....	66

## 10. EKLER

### EK 1. ANKET FORMU

**Anket No:**

#### **A. Sosyo-demografik Özellikler**

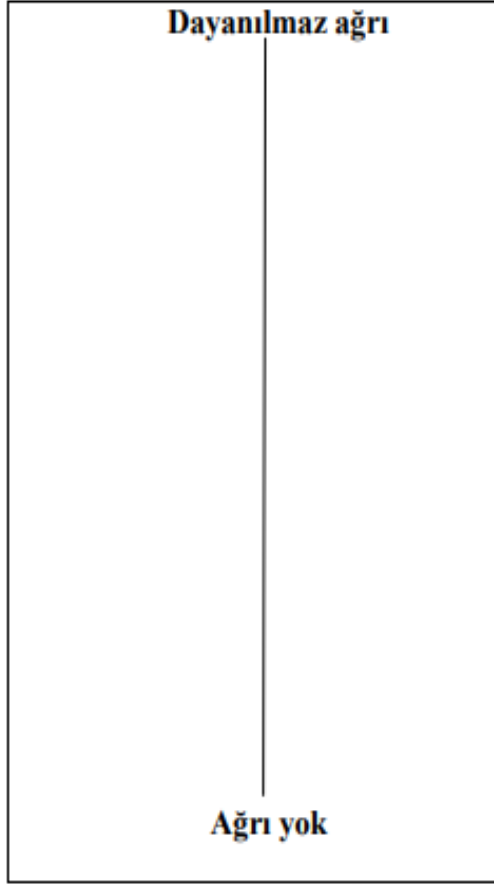
1. Kaç yaşındasınız: .....
2. Kaç yaşında evlendiniz?.....
3. Medeni durumunuz nedir?
  - 1) Evli
  - 2) Bekar
4. Evliyseniz kaç yıldır evlisiniz?.....
5. Eğitim durumunuz?
  - 1) İlköğretim mezunu
  - 2) Lise mezunu
  - 3) Ön lisans mezunu
  - 4) Lisans mezunu
  - 5) Lisansüstü mezunu
6. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
  - 1) Evet
  - 2) Hayır
7. Ailenizin gelir durumunu giderleriniz ile karşılaştırdığımızda nasıl değerlendiriyorsunuz?
  - 1) Gelir giderden az
  - 2) Gelir gidere eşit
  - 3) Gelir giderden fazla
8. Nerede yaşıyorsunuz?
  - 1) Köy
  - 2) İlçe
  - 3) İl

#### **B. Obstetrik Özellikler**

9. Gebelik haftanız nedir? .....
10. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....
11. Düşük sayınız?.....
12. Küretaj sayınız?.....
13. Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?
  - 1) Evet
  - 2) Hayır
14. Gebeliğiniz nasıl oluştu?
  - 1) Doğal (16. soruya geçiniz)
  - 2) Tedavi
15. Tedavi şekliniz nedir?
  - 1) Tüp Bebek
  - 2) Aşılama
  - 3) Diğer.....
16. Bu gebeliğinizde yeterli antenatal (doğum öncesi) bakım aldınız mı?
  - 1) Yeterli (4 ve üzeri)
  - 2) Yetersiz (4'ün altında)
17. Bu gebeliğinizde gebe (doğuma hazırlık) eğitimi aldınız mı?
  - 1) Evet
  - 2) Hayır (19. soruya geçiniz)
18. Doğuma hazırlık eğitiminizi nereden aldınız?
  - 1) Hastane
  - 2) Toplum Sağlığı Merkezi
  - 3) Diğer.....
19. Daha önce vajinal muayene deneyiminiz oldu mu?
  - 1) Evet
  - 2) Hayır (24. soruya geçiniz)
20. Daha önce vajinal muayene deneyiminiz oldu ise vajinal muayene kim tarafından yapıldı?



## EK 2. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VAS)



**EK 3. KADINLARIN TRAVAYDA VAJİNAL MUAYENE DENEYİMLERİ  
ÖLÇEĞİ (KTVMDÖ)**

	<b>ÖLÇEK MADDELERİ</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Fikrim yok</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>
1.	Sağlık personeli bana vajinal muayene hakkında ayrıntılı bilgi verdi.					
2.	Her zaman vajinal muayeneyi reddedebileceğimi hissettim.					
3.	Sağlık personeli vajinal muayene yapmadan önce her zaman iznimi istedi.					
4.	Vajinal muayeneler her zaman büyük bir hassasiyetle yapıldı.					
5.	Vajinal muayene hakkında hiçbir zaman tam anlamıyla açıklama yapılmadı.					
6.	Vajinal muayeneler onurumu koruyacak şekilde yapıldı.					
7.	Vajinal muayene yapılmadan önce her zaman onay verdiğimi hissettim.					
8.	Vajinal muayeneler sırasında her zaman yeterli destek gördüğümü hissettim.					
9.	Vajinal muayeneler sırasında her zaman mahremiyetim korundu.					
10.	Vajinal muayeneler beni çok utandırdı.					
11.	Her vajinal muayene sırasında, muayene hakkında bana bilgi verildi.					
12.	Vajinal muayeneleri acı verici bulmadım.					
13.	Doğum anımı düşündüğümde, bana çok fazla vajinal muayene yapıldı.					
14.	Vajinal muayenelerle baş etmek beni çok endişelendirdi.					
15.	Vajinal muayeneler beklediğimden çok daha hoş olmayan bir durumdu.					
16.	Vajinal muayeneleri ağırlı buldum.					
17.	Keşke sağlık personeli vajinal muayeneler hakkında daha fazla açıklama yapsaydı.					
18.	Vajinal muayenelerden elde edilen veriler güven vericiydi.					
19.	Vajinal muayenelerden elde edilen veriler beni endişelendirdi.					
20.	Zaman zaman vajinal muayenenin kabaca (hoyratça) yapıldığını hissettim.					

## EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın.....,

Sizden bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu form katılmanızı önerdiğimiz çalışma hakkında size bilgi vermek amacıyla düzenlenmiştir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığı ve bilgilerinizin nasıl kullanılacağını anlamanız oldukça önemlidir.

Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir ve araştırmadan çekilebilirsiniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz sizden bu ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu’ imzalamanız istenecektir.

### **Çalışmanın Konusu ve Amacı**

Kadınlar için vajinal muayene hayatlarında karşılaşılabilecekleri olaylardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. En sık ise doğum öncesi doğumun seyrinin belirlenmesinde kullanılan bir yöntemdir. Pozitif doğumun ilk adımı pozitif vajinal muayene deneyimidir. Literatürde kadınların vajinal muayene deneyimlerini değerlendiren çalışmalar kadınların ağrı, korku, anksiyete, utanma, sıkılma yaşadıklarını göstermektedir. Merkezi sinir sistemi teorisine dayanan odaklanma davranışının travayda ilk doğumu için gelmiş ve ilk vajinal muayene olacak olan kadınların vajinal muayene deneyimini olumlu etkileyeceği, ağrı düzeyini azaltacağı ve pozitif bir doğum deneyimleyeceği varsayılmaktadır. Odaklanmanın yenidoğan fotoğraflarından oluşan görsel ile sağlanacağı bu araştırmanın amacı odaklanmanın ilk kez doğum yapacak olan kadınların travayda ilk vajinal muayene deneyimine etkisini belirlemektir.

### **Çalışmanın Yürütüleceği Yer**

Çalışma Ankara Şehir Hastanesi MH5 Kadın Doğum Kulesi TDL (Travay-Doğum-Lohusa) servislerinde yürütülecek olup her gruptan 51 gebe, toplamda 102 gebe ile çalışılacaktır. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde;

**Çalışma grubundaysanız**, travayda ilk vajinal muayeneniz gerçekleştirilmeden önce araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anket uygulaması yapılacaktır. Daha sonra yenidoğan fotoğraflarından oluşan yaklaşık 10 dakika sürecek olan görsel izletilerek odaklanmanız istenecek ve görsel devam ederken vajinal muayeneniz gerçekleştirilecek. Görsel izleti bittikten sonra sizden araştırmacı tarafından iki tane ölçeğin (Görsel Kıyaslama Ölçeği, Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği) doldurulması istenecektir. Bu anketleri doldurmanız ortalama 15 dakika sürecektir.

**Kontrol grubundaysanız**, travayda ilk vajinal muayeneniz gerçekleştirilmeden önce araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anket uygulaması yapılacaktır. Vajinal muayeneniz gerçekleştirdikten sonra sizden araştırmacı tarafından iki tane ölçeğin (Görsel Kıyaslama Ölçeği, Kadınların Travayda Vajinal Muayene Deneyimleri Ölçeği) doldurulması istenecektir. Bu anketleri doldurmanız ortalama 15 dakika sürecektir.

Bu formda yer alan kişisel bilgileriniz (isim, soy isim, adres vb.) başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Sizden alınan bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacaktır.

Kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir bilgi almak isterseniz Ebe Dilek YİĞİT ile irtibata geçebilirsiniz.

#### Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen ebe tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan hiçbir baskı ve zorlama olmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum

**Gönüllü Adı Soyadı:**

**Tarih**

**İmza**

**Gönüllünün Adresi:**

**Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı:**

**Tarih**

**İmza**

**Açıklamayı Yapan Ebe Adı Soyadı:**

**Tarih**

**İmza**

## EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın.....,

Sizden bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu form katılmanızı önerdiğimiz çalışma hakkında size bilgi vermek amacıyla düzenlenmiştir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığı ve bilgilerinizin nasıl kullanılacağını anlamanız oldukça önemlidir.

Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir ve araştırmadan çekilebilirsiniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz sizden bu ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu’ imzalamanız istenecektir.

Ankara Şehir Hastanesi MH5 Kadın Doğum Kulesi TDL (Travay-Doğum-Lohusa) servislerinde yürütülecek olan ‘Travayda İlk Vajinal Muayene Sırasında Uygulanan Odaklanmanın Primipar Gebelerin Vajinal Muayene Deneyimi ve Ağrı Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma’ başlıklı tez çalışmasında odaklanmayı sağlamak amacıyla kullanılacak olan sadece 102 gebeye izletilecek yenidoğan fotoğraflarından oluşan bir görsel video oluşturulacaktır. Çekilen fotoğraf çalışma bittikten sonra imha edilecek ve hiçbir yerde kesinlikle kullanılmayacak ya da paylaşılmayacaktır. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde;

Bebeğinizin kıyafetleri giydirildikten sonra fotoğrafı çekilecektir.

Bu formda yer alan kişisel bilgileriniz (isim, soy isim, adres vb.) başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Sizden alınan bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacaktır.

Kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir bilgi almak isterseniz **Ebe Dilek YİĞİT** ile irtibata geçebilirsiniz.

### **Kanunî Temsilcisinin Beyanı**

Yukarıda yazılanlar dikkatli bir şekilde okunmuş ve iyice anlaşılmıştır. Ayrıca araştırma ekibinden bir araştırmacı tarafından gerektiğinde sözel olarak da bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılımın isteğe bağlı olduğu ve istenildiği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmaya katılmanın reddedilebileceği veya araştırmadan çekinebileceği ve ayrıca kimliği ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanamayacağı, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğin gizli kalacağı ifade edilmiştir. Ek olarak etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin verilmiş olacağı da iletilmiştir. Araştırma, gönüllünün hakları veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edilebilmesi için temasa geçilebilecek kişiler ile bu kişilere ait günün 24 saatinde erişilebilecek telefon numaraları da belirtilmiştir. Araştırmaya gönüllü olunması için hiçbir baskı uygulanmamış olup tamamen özgür irade ve kişisel rızayla araştırmaya katılım sağlanmıştır.



## **EK 6. ETİK KURUL BAŞVURU ONAY FORMU**





## **EK 7. KURUM İZİNİ**



## EK 8. GÖRSEL İZLETİDEN ÖRNEK FOTOĞRAFLAR



## EK 9. ÇALIŞMA GRUBUNDA ODAKLANMANIN SAĞLANMA ŞEKLİ

