

Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**DOĞUMA ÖZEL STEREOGRAM KARTLARININ DOĞUM
AĞRISI ALGISINA ETKİSİ**

ESRA YURTSEV

**DANIŞMAN
PROF. DR. NEVİN HOTUN ŞAHİN**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi Esra Yurtsev tarafından Prof.Dr.Nevin Hotun Şahin danışmanlığında hazırlanan "Doğuma Özel Stereogram Kartlarının Doğum Ağrısı Algısına Etkisi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 27 / 12 / 2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof.Dr.Nezîne Kızılkaya Beji
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Jüri-Danışman

Prof.Dr.Nevin Hotun Şahin
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.Ergül Aslan
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.Meltem Demirgöz Bal
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Jüri

Doç.Dr.İlkay Güngör
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

BEYAN

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

ESRA YURTSEV



ITHAF

Sevgili Annem ve Babam ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez aşamam süresince her türlü desteği ile yanımda olan, müthiş motivasyon kaynağım, hem tez danışmanım hem de hayatta hep yol göstericim olan değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e,

Tez izleme Jürimde yer alan ve her türlü bilimsel destekleri ve önerileri ile tez çalışmam sürecinde beni destekleyen Doç Dr. İlkey GÜNGÖR ve Doç Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL'a,

Doktora eğitimim boyunca beni destekleyen ve yanımda olan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde görevli Prof. Dr. Ümran OSKAY, Doç. Dr. Ergül ASLAN'a ve Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde görevli Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye,

Tezimin tasarımı aşamasında stereogram kartların tasarımını yapan Serdar ALTUNOĞLU'na,

Tezimin uygulanması aşamasında benden desteklerini esirgemeyen Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan hemşire/ebe arkadaşlarıma ve tüm kadın hastalıkları ve doğum kliniği ekibine,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Her zaman sevgi ve ilgilerini benden eksik etmeyen, tez aşamam sürecinde de beni yalnız bırakmayan, destekleyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ağrı tanımı:	5
2.1.1. Ağrı Sınıflaması :.....	5
2.1.1.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflandırması	5
2.1.1.2. Kaynaklandığı Bölgelere Göre Ağrı Sınıflandırması.....	5
2.1.1.3. Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması	6
2.1.2. Ağrının Algılanması :.....	6
2.1.3. Ağrı Teorileri:	7
2.1.3.1. Kapı Kontrol Teorisi:	7
2.1.3.2. Endorfin Teorileri:	8
2.1.3.3. İnteraktif Ağrı Modeli:	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Şekli:	34
3.2. Araştırmanın Hipotezleri:	34
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:	34
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:	36
3.5. Araştırmanın Değişkenleri:	37
3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:	37
3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:	37
3.6. Veri Toplama Araçları:	37

3.6.1. Gebe Tanıtım Formu:.....	37
3.6.2. Doğum Eylemi İzlem Formu	38
3.6.3. Visual Analog Skala (VAS) = Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ).....	38
3.6.4. Doğumda Stereogram Odaklama Kartı (DSO-K):.....	40
3.6.5. Durumluk Anksiyete Ölçeği	40
3.6.6. Doğum Sonu Değerlendirme Formu.....	41
3.6.7. Doğum Sonu Konfor Ölçeği	41
4. BULGULAR.....	43
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	43
4.2. Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Durumları, Bilgi ve Kararları ve Doğum Korkularına ilişkin bulgular	43
4.3. Katılımcıları Stereogram Kartla Odaklama ve Doğum Süreçlerine İlişkin Bulgular.....	43
4.4. Katılımcıların Ağrı ve Anksiyete Durumlarına İlişkin Bulgular	43
4.5. Katılımcıların Doğum Sonu Dönemdeki Durumlarına İlişkin Bulgular.....	43
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	44
4.2. Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Durumları, Bilgi ve Kararları ve Doğum Korkuları	47
4.3. Katılımcıları Stereogram Kartla Odaklama ve Doğum Süreçlerine İlişkin Bulgular.....	51
4.4. Katılımcıların Ağrı ve Anksiyete Durumlarına İlişkin Bulgular	57
4.5. Katılımcıların Doğum Sonu Dönem Durumlarına İlişkin Bulgular	58
5. TARTIŞMA	64
5.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	64
5.2 Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Durumları, Bilgi ve Kararları ve Doğum Korkularına ilişkin bulguların tartışılması	64
5.5 Katılımcıların Doğum Sonu Dönem Durumlarına İlişkin Bulgular	64
5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.2. Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Durumları, Bilgi ve Kararları ve Doğum Korkularına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	68
5.2.1. Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması	68
5.2.2. Katılımcıların Doğuma Yönelik Bilgi ve Kararlarının Tartışılması	70

5.2.3. Katılımcıların Doğum Korkusuna İlişkin Düşüncelerinin Tartışılması.....	71
5.3. Katılımcıları DSO-K İle Odaklama ve Doğum Süreçlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	73
5.3.1. Katılımcıların Doğum Sürelerine İlişkin Bulguların Tartışılması	73
5.3.2. Katılımcılara Doğumun 1. Evresinde Yapılan Uygulamalara ve Uygulanan İlaçlara İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.3.3. Katılımcıların Latent-Aktif-Geçiş Fazı Özelliklerinin Tartışılması.....	75
5.3.4. Katılımcıların Ağrı Özellikleri ve Doğum Eylemi Boyunca Gösterdikleri Davranışların Tartışılması.....	76
5.4. Katılımcıların Ağrı ve Anksiyete Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması....	77
5.4.1. Katılımcıların VAS skorlarının tartışılması	77
5.4.2. Katılımcıların Anksiyete Durumlarının Tartışılması	79
5.5. Katılımcıların Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81
5.5.1. Katılımcıların Doğum Sonu Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81
5.5.2. Katılımcıların Doğum Sonu Yorgunluk Durumları ve Kendilerini Nasıl Hissettiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	82
5.5.3. Katılımcıların Doğum Sonu Konfor Durumlarının Tartışılması.....	83
5.5.4. DSO Grubunun DSO-K İle Odaklama Uygulamasını Değerlendirmelerine İlişkin Bulgularının Tartışılması	85
5.5.5. Katılımcıların Yenidoğan Özellikleri ve Emzirme Durumlarının Tartışılması	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
6.1. Sonuçlar	87
6.2. Öneriler:	92
KAYNAKLAR	93
AKBARZADEH, M., MASOUDİ, Z., ZARE, N., VAZİRİ, F. (2015). COMPARİSON OF THE EFFECTS OF DOULA SUPPORTİVE CARE AND ACUPRESSURE AT THE BL32 POİNT ON THE MOTHER'S ANXIETY LEVEL AND DELİVERY OUTCOME. J NURS MİDWİFERY RES. MAR-APR, 20(2) , 239–246.	94
CHEUNG, NF. (2002). THE CULTURAL AND SOCIAL MEANİNGS OF CHİLDBEARİNG FOR CHİNESE AND SCOTTİSH WOMEN İN SCOTLAND 18(4) , 279-295.	96

CHEUNG, W., IP, WY., CHAN, D. (2007) MATERNAL ANXIETY AND FEELINGS OF CONTROL DURING LABOUR: A STUDY OF CHINESE FIRST-TIME PREGNANT WOMEN .MIDWIFERY, 23, 123-130	96
LAVENDER, T., WALKINSHAW, SA., AND WALTON, I. (1999). A PROSPECTIVE STUDY OF WOMEN'S VIEWS OF FACTORS CONTRIBUTING TO A POSITIVE BIRTH EXPERIENCE. MIDWIFERY 15, 40-46.....	104
MARTENSSON, L., STENER-VICTORIN, E., WALLIN, G. (2008). ACUPUNCTURE VERSUS SUBCUTANEOUS INJECTIONS OF STERILE WATER AS TREATMENT FOR LABOUR PAIN. ACTA OBSTETRICA ET GYNECOLOGICA. 87, 171-177	106
SHOURAB,NJ., ZAGAMI, ES., GOLMAKHANI, N., MAZLOM, RS., NAHVİ A., PABARJA, F., TALEBİ, M., RİZİ MS. (2016). VIRTUAL REALITY AND ANXIETY IN PRIMIPAROUS WOMEN DURING EPISIOTOMY REPAIR. IRAN J NURS MIDWIFERY RES. 21(5): 521–526.	110
WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (2003). UNICEF, ANTENATAL CARE IN DEVELOPING COUNTRIES: PROMISES, ACHIEVEMENTS AND MISSED OPPORTUNITIES. AN ANALYZES OF TREND, LEVELS AND DIFFERENTIALS, GENEVA.....	112
FORMLAR	114
ETİK KURUL KARARI	126
ÖZGEÇMİŞ	131

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: DSO ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	44
Tablo 4-2 DSO ve Kontrol Grubunun Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	45
Tablo 4-3 Katılımcıların Dismenore Yaşama Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	46
Tablo 4-4 DSO ve Kontrol Grubunun Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	47
Tablo 4-5 DSO ve Kontrol Grubunun Doğuma Yönelik Bilgi ve Kararlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4-6 DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Ağrısı ve Doğum Korkusuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması	50
Tablo 4-7 DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Sürelerinin Karşılaştırılması	51
Tablo 4-8 DSO ve Kontrol Grubunun Doğumun 1. Evresinde Yapılan Uygulamalara İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	51
Tablo 4-9 DSO ve Kontrol Grubunun Doğumun 1. Evresinde Uygulanan İlaçlara İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	52
Tablo 4-10 DSO ve Kontrol Grubunun Latent-Aktif-Geçiş Fazı Özelliklerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 4-11 DSO ve Kontrol Grubunun Latent-Aktif-Geçiş Fazı Fetal Baş Seviyesi Ve Membranların Durumunun Karşılaştırılması	54
Tablo 4-12 DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Ağrısı Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	55
Tablo 4-13 DSO Ve Kontrol Grubunun Doğum Eylemi Boyunca Gösterdiği Davranışlarla İlgili Bulguların Karşılaştırılması	56
Tablo 4-14 DSO ve Kontrol Grubunun Latent-Aktif-Geçiş Fazı VAS Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4-15 DSO ve Kontrol Grubunun Latent Faz-Geçiş Fazı STAI form TX –I Durumluk Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması	58

Tablo 4-16 DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4-17 DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu Yorgunluk Düzeyine ilişkin bulguların karşılaştırılması	59
4-18 DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Sonrası Kendilerini Nasıl Hissettiklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	59
Tablo 4-19 DSO ve Kontrol Grubunun DSKÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4-20 DSO Grubunun DSO-K ile Odaklama Uygulamasını Değerlendirmelerine İlişkin Bulguları	61
Tablo 4-21 DSO ve Kontrol Grubunun Yenidoğan Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	62
Tablo 4-22 DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu İlk 2 Saatte Emzirme Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	63

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği

ACTH: Kortikotropin Hormon

ADH: Antidiüretik Hormon

ASA: Amerikan Anesteziyoloji Derneği

CRF:Hipotalamustan Kortikotropin Salgılatıcı Faktör

DSO: Doğumda Stereogram Odaklama

DSO-K: Doğumda Stereogram Odaklama Kartları

DSKÖ: Doğum Sonu Konfor Ölçeği

GH: Büyüme Hormonu

HPA: Hipotalamohipofizer-Adrenal Korteks Aksı

IASP: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği

MASF:Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu

NRS: Sayısal Kategori Ölçeği

SAGEM: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

STI Form TX-I: Durumluk Anksiyete Ölçeği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

VAS: Visuel Analog Skala

VDS: Sözel Kategori Ölçeği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

ÖZET

Yurtsev, E. (2017). Doğuma özel stereogram kartlarının doğum ağrısı algısına etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma; doğum eyleminin birinci evresinde odaklanma ve dikkati başka yöne çekmek amacıyla özel olarak hazırlanan ve uygulanan stereogram kartların, algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla prospektif deneysel randomize kontrollü klinik çalışma olarak planlandı.

Çalışma örneklemini, yapıldığı tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezi Doğumhane'sinde çalışma kabul kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 60 gebe (30 Doğumda stereogram odaklama grubu, 30 kontrol grubu) oluşturdu.

Verilerin toplanmasında; Gebe Tanıtım Formu, Doğum Eylemi İzlem Formu, Visual Analog Skala (VAS), Doğumda Stereogram odaklama kartları (DSO-K), Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI form TX –I), Doğum sonu değerlendirme formu, Doğum sonu konfor ölçeği (DSKÖ) kullanıldı.

DSO grubunda bulunan katılımcıların latent faz, aktif faz ve geçiş fazı boyunca kontraksiyonları sırasında stereogram kartlarla odaklanması sağlandı. DSO grubundaki katılımcılara iki saatte bir odaklanma öncesi ve sonrası VAS uygulandı. Kontrol grubundaki katılımcılara ise sadece iki saatte bir VAS uygulandı.

Sonuçta; DSO grubundaki katılımcıların VAS skorlarının, STAI form TX-I skorlarının, doğum sonu yorgunluk düzeylerinin daha düşük olduğu ve DSO-K ile odaklamanın aktif faz süresini kısalttığı saptandı ($p<0.05$). Doğum sonu konfor düzeyini etkilemedi. DSO grubu katılımcıların DSO-K uygulamasından memnun kaldıkları belirlendi. DSO-K ile odaklama yönteminin doğum ağrısı algısını azaltmada etkili olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Doğum ağrısı, Doğumda odaklama, Odaklanma Stereogram kart

ABSTRACT

Yurtsev, E. (2017). The impact of stereogram cards specifically prepared for delivery on the perception of labour pain. İstanbul University Institute of Health Sciences, Department of Women's Health and Gynaecological Diseases Nursing, PhD Thesis. İstanbul.

This study is planned as a prospective randomized controlled clinical study with the purpose of determining the impact of stereogram cards which are prepared and applied with the purpose of focusing and drawing the attention to another direction in the first stage of delivery, on the perceived labour pain.

The study population consists of 60 pregnant women (30 Stereogram focusing cards in Birth group and 30 control group) in the Republic of Turkey Ministry of Health, Public Hospitals Administration of Turkey, İstanbul Province Beyoğlu Public Hospitals Union General Secretariat, Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Delivery Room during the study period who meet the study acceptance criteria and agreed to participate.

Pregnant introduction form, labour inspection form, Visual Analog Scale (VAS), Stereogram focusing cards in Birth (SFCB), State Anxiety Inventory (STAI form TX-I), postnatal evaluation form, postpartum comfort scale (DSKÖ) were used to collect data. It was ensured that the participants in SFCB group focused with stereogram cards during their contractions in the latent phase, active phase and transition phase. VAS was applied to the participants in SFCB group in every two hours before and after focusing. VAS was applied to the participants in control group only in every two hours. As a conclusion, it was determined that VAS scores, STAI form TX –I scores and post-natal fatigue levels of the participants in SFCB group were lower and focusing with SFCB reduces active phase duration ($p < 0.05$). It was determined that it does not affect postpartum comfort level. It was determined that SFCB group participants were happy with the SFCB application. It was determined that the method of focusing with SFCB is effective in reducing the perception of labour pain.

Keywords: Delivery, Focusing, Focusing during labour, Labour pain, Stereogram card

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı; doku hasarı ile beraber hoş olmayan ve duygusal deneyimlerle ilişkili, bireyde davranışsal tepkilere neden olan, yardım alma ihtiyacı oluşturan, değişken özelliğe sahip, öznel ve tanımlanması zor karmaşık bir durumdur (Aydın 2002, Aslan 2002, Demir ve ark 2012, Hamidzade ve ark 2012, Köksal ve Taşçı 2013, Korkan ve Uyar 2014).

Ağrı algısı; bireyin kültürü, çevresi, cinsiyeti, eğitimi, daha önceki ağrı deneyimleri, duygusal ve bilişsel durumu gibi pek çok faktörden etkilenmekte ve ağrıya verilen tepkileri etkilemektedir (Simkin ve Bolding 2004, Korkan ve Uyar 2014).

Doğum, bir kadının hayatının en özel anlarından biridir. Eşsiz bir fizyolojik sürecin bir parçası olan doğum ağrısı doku travması veya hasarı sonucu oluşmaz (Akbarzadeh ve ark 2014). Doğum eylemi ilerledikçe artan kontraksiyonlara ve servikal dilatasyona bağlı olarak gelişmektedir (Akbarzadeh ve ark. 2014, Woo ve ark. 2015).

Doğum ağrısı sadece duysal bileşenden oluşmayan, duygusal, motivasyonel ve bilişsel boyutları olan çok boyutlu subjektif bir fenomendir (Klomp ve ark. 2014). Doğum ağrısı algısı annenin fiziksel ve duygusal durumu, korku, anksiyete, baş etme becerisi, öz yeterlilik, beklentileri ve sosyal destek varlığı ile ilişkili olarak farklılık göstermektedir (Madden ve ark. 2013). Ayrıca doğum eylemi sırasında yapılan müdahaleler, oksitosin veya misoprostol kullanımı, epidural analjezi veya anestezi yapılması, amniyotomi yapılması doğum ağrısını doğrudan etkilemektedir (Ergin ve Kömürcü 2009).

Şiddetli doğum ağrısı maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkilemektedir. Annenin duygusal karmaşa yaşamasına neden olarak mental sağlığının bozulmasına neden olmaktadır (Akbarzadeh ve ark. 2014). Aynı zamanda kardiyak out put ve pulmoner ventilasyonun artmasına, oksijen ihtiyacının artmasına, etkisiz uterin kontraksiyonlara, doğum eyleminin uzamasına, uterin perfüzyonun azalmasına, fetal hipoksiye, metabolik asidoza ve obstetrik müdahalelerin artmasına ve apgar skorun düşmesine neden olmaktadır (Ergin 2013, Akbarzadeh ve ark. 2014, Dabiri ve Shah 2014).

Şiddetli doğum ağrısının maternal ve fetal etkilerinden dolayı Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve Anesteziyoloji Derneği (ASA) doğum ağrısının tedavi ile giderilmesi gerektiğini ve doğum ağrısını tedavi endikasyonu olarak kabul ettiğini bildirmiştir (ACOG 2006, ASA 2010).

Doğum ağrısını kontrol altına almada kullanılan yaklaşımlar farmakolojik ve non farmakolojik yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır (Simkin ve Bolding 2004, Avcıbay ve ark. 2011, Hamidzadeh ve ark 2012, Howard 2017).

Ağrı kontrol yöntemlerinden farmakolojik yöntemler; sistemik analjezikler (trankilazanlar, sedatifler), inhalasyon analjezi, rejyonel analjezi (paraservikal blok, pudental blok, lumbal-kaudal epidural blok, spinal blok, kombine spinal-epidural blok, lumbal sempatik blok), lokal analjezi, genel anestezi (Yıldırım ve Şahin 2003, Dağlar ve Aydemir 2011, Özdamar 2013).

Non-farmakolojik yöntemler olarak; solunum teknikleri, masaj, dokunma, efloraj, sıcak veya soğuk uygulamalar, hidroterapi, hareket ve pozisyon verme, dikkat odaklama ve dikkat dağıtma ,hipnoz,doğuma hazırlık yöntemleri, doğum desteği, hayal kurma, müzik, aromaterapi, akupunktur, akupresür (shiatsu), refleksoloji, homeopati, deri altı elektrik sinir uyarımı (tens) uygulaması, steril su enjeksiyonu yöntemleri kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şahin 2003, Robertson ve ark. 2010, Dağlar ve Aydemir 2011, Ergin ve Kömürcü 2009, Jones ve ark 2012, Gayeski ve ark. 2014, Adams ve ark. 2015).

Doğum ağrısı yönetiminde farklı iki görüş bulunmaktadır. Birincisinde kadının konforunu arttıracak düşünülerek ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrol altına alınması gerektiği, ikincisinde ise kadının normal doğum ağrısı ile baş edebilmesinin uzun dönem getirileri olacağı savunulmaktadır (Madden 2013).

Farmakolojik yöntemlerde ağrısının giderilmesi için yalnızca analjezi uygulamaları değil bunun yanında diğer ilaçlar ve müdahaleleri kapsamaktadır. İstenmeyen yan etkileri olabilir, doğum süresince kadının yatakta uzun süre yatmasına ve hareketsiz kalmasına neden olabilir (Simkin ve Bolding 2004).

Farmakolojik yöntemlerin doğum ağrısını azaltmada etkileri ve yan etkileri ile ilgili kanıtlar bulunmasına rağmen non-farmakolojik yöntemler non-invaziv yöntemler olup anne ve bebek sağlığı açısından güvenli yöntemler olup obstetrik müdahaleleri azaltmaktadır (Jones ve ark. 2012, Cahaillet ve ark. 2014). Ayrıca tüm kadınlar doğum

sırasında ağrı azaltılması için non-farmakolojik yöntemlere ulaşabilir (Robertson ve ark. 2010, Jones ve ark. 2012, Adams ve ark. 2015).

Doğum ağrısını kontrol altına almada "dikkat dağıtma" etkili bir stratejidir. Dikkat dağıtma; kadının dikkatinin ortamdaki gelen herhangi bir uyaranla ağrıdan uzaklaştırılması sürecidir (Kömürcü ve ark. 2013). Doğum eylemi sırasında küçük hareketsiz objeler odak nokta olarak kullanılabilir. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur (Yıldırım ve Şahin 2003). Çoğu kadın kasılmaları sırasında artık konuşamayacakları bir noktaya gelirler. Doğum ağrısı, konsantrasyonu devam ettirmek için yoğun çaba gerektiren zor bir iştir. Odadaki bir nesneye, partnerin yüzüne veya gözlerine bakmak suretiyle kadınların konsantre olmasına yardım edilir (Kömürcü ve ark. 2013).

Doğum süresince verilen destek; doğum öncesi, doğum esnasında ve postpartum dönem klinik komplikasyonları azaltmakta ve doğum deneyiminde memnuniyetini arttırmaktadır (Gruber ve ark. 2013). Ancak bir çok ortamda doğum hizmetleri daha çok risk odaklı, teknoloji- egemen yaklaşıma göre belirlenmektedir (Hodnett ve ark. 2011). Kadına yapılan müdahaleler, yabancı personel, mahremiyete özen gösterilmemesi gibi stresörlerden korunması için doğum sürecine eşlik etmek ve kadını destekleyerek doğum eyleminin güvenli bir şekilde gerçekleşmesi sağlanmalıdır (Hodnett 2002). Doğumhanede çalışan hemşire ve ebeler doğum ağrısıyla baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri, etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır (Yıldırım ve Şahin 2003).

Yapılan literatür taramasında; algılanan ağrı düzeyini azaltmada kullanılan nonfarmakolojik yöntemler arasında, dikkati başka yöne çekme kartları olarak bilinen "plippets" kartların da yer aldığı görülmektedir. Özellikle 6-12 yaş arası çocuklarda damardan kan alma işlemi sırasında ağrı skorlarının plippets kart uygulanan çocuklarda daha düşük olduğu bildirilmektedir (Tüfekçi ve ark. 2009, İnal ve Kelleci 2012, Canbulat, İnal ve Sönmezer 2014, Şahiner ve Bal 2015). Doğumda epizyo tamiri sırasında ağrı algısını azaltmada dikkati dağıtma yöntemi olarak sanal gerçekliğin kullanıldığı çalışmaya rastlanılmıştır (Shourab ve ark. 2016). Ancak "odaklanma ve dikkati dağıtma" yönteminin algılanan doğum ağrısına etkisini gösteren çalışmaya rastlanmamıştır.

1838 yılında Charles Wheatstone tarafından keşfedilen stereogramların görme tekniğinin temelinde de odaklanma vardır. Kişinin iki adet iki boyutlu (2D)

görüntüden üç boyutlu (3D) görüntü görmesini sağlayan bir göz yanılgısı olarak bilinen stereogram görüntüye doğru bir şekilde odaklandığında, iki boyutlu bir görüntü içinde gizli olan üç boyutlu bir görüntü görülebilmektedir. Bu stereogramlardaki üç boyutlu şekillerin algılanması beyin odaklanma ve verjans arasında normalde otomatik olan koordinasyonun üstesinden gelmesiyle mümkün olmaktadır. Bir kişi lensleri stereograma odaklayarak ve göz kürelerini stereogram görüntüsünün arkasında bulunan uzaktaki bir noktaya yakınsayarak beynini kandırıp 3 boyutlu görüntüleri görmesini sağlayabilmektedir (Pinker 1997, Kimmel 2000, Fang ve Grossberg 2009, Gantz ve Bedell 2010, Gómez ve ark 2012). Odaklanmanın doğum ağrısı üzerine etkisi ve stereogramların görme tekniğinde odaklanmanın esas alınması göz önüne alınarak, doğuma özel olarak hazırlanan stereogram kartlarının da doğum ağrısı algısını azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada doğuma özel olarak hazırlanan stereogram kartların doğum ağrısı algısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı tanımı:

Ağrı öznel, subjektif, tanımlanması güç bir olgudur (Aslan ve Badır 2005, Taşçı Sevil 2007, Korkan ve Uyar 2014). Ağrının en geçerli tanımını Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) yapmıştır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) ağrıyı; “Vücudun herhangi bir bölümünden kaynaklanan, var olan veya olası görülen doku hasarına eşlik eden, kişinin geçmiş yaşantısındaki deneyimleriyle ilgili, emosyonel bir duyudur” şeklinde yapmıştır (Loeser ve Melzack 1999, Mccool, Smith ve ark. 2004, Hamidzadeh ve ark. 2012, Moayedı ve Davis 2013).

2.1.1. Ağrı Sınıflaması :

Ağrı subjektif ve öznel bir olgu olduğu için ağrıyı 3 farklı parametreye göre sınıflamak mümkündür. Süresine göre (akut veya kronik), kaynaklandığı bölgeye göre (periferik, visseral, sempatik, somatik), mekanizmalarına göre (nöropatik, nosiseptif, reaktif, psikosomatik, deaferantasyon) (Aydın 2002, Koç 2008, Gündöndü 2014).

2.1.1.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflandırması

Akut Ağrı: Akut ağrı vücutta bulunan doku hasarı ile ilişkilidir. İyileşme süreciyle beraber olarak ortadan kalkar (Çeliker 2005). Nedenleri arasında ise enfeksiyon, doku hipoksisi, travma, enflamasyon gösterilebilir. Postoperatif akut ağrı bu grup ağrı türüdür (Aydın 2002).

Kronik Ağrı: Beklenenden daha uzun süre veya iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrıdır (Çeliker 2005). Bireyin yaşam kalitesine etki eden psikolojik ve davranışsal faktörlerin önemli rol oynadığı ağrı türüdür (Aydın 2002).

2.1.1.2. Kaynaklandığı Bölgelere Göre Ağrı Sınıflandırması

Somatik Ağrı: Sabit, lokalize ve daha yoğun hissedilen bir ağrıdır. Daha çok duyuşal liflerle taşınırlar. Kemik metastaz ağrıları örnek verilebilir (Varlı ve ark. 2005).

Visseral Ağrı: Daha derin hissedilen, lokalizasyonu güç, sıkıştırıcı ağrılardır. Daha çok sempatik liflerle taşınırlar. Yansıyan (safra kesesi ağrılarının sırtta hissedilmesi şeklindeki) ağrılar bu gruba örnek verilebilir (Varlı ve ark. 2005).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin rol aldığı ağrılardır. Damarsal kökenli ağrılar örnek verilebilir (Aydın 2002).

2.1.1.3. Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması

Nosiseptif /İnflamatuvar Ağrı: Tüm doku ve organlarda bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri (nosiseptörler) tarafından algılanıp santral sinir sistemine iletilerek hissedilen ağrı türüdür (Varlı ve ark. 2005).

Nöropatik Ağrı: Periferik ya da santral sinir sisteminde histopatolojik veya fonksiyonel bir değişim sonucu hissedilen ağrıdır. Dizestezik, yanıcı ve şok şeklindeki şiddetli ağrılardır (Varlı ve ark. 2005).

Deafferantasyon Ağrısı: Periferik veya merkezi sinir sistemindeki yaralanma bağlı duysal uyaranların santral sinir sistemine iletiminin kesilmesi ile ortaya çıkan ağrılardır. Fantom ağrısı örnektir (Aydın 2002).

Reaktif Ağrı: Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılması ile ortaya çıkan ağrılardır. Miyofasial ağrılar reaktif ağrı türüdür (Aydın 2002).

Psikosomatik Ağrı: Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların varlığı ile beraber doku hasarı varmış gibi hissedilmesi ve ağrı olarak tanımlanması (Aydın 2002).

2.1.2. Ağrının Algılanması :

Ağrılı uyaranlar duysal sinir uçlarında algılanır. Elektriksel aktiviteye dönüştürüldükten sonra A delta (miyelinli-hızlı iletim) ve C sinir lifleri (miyelinsiz-yavaş) ile sinir sistemine iletilir. Ağrı Bilgisi spinal kordun arka boynuzundan üst merkezlere iletimi sağlanır (Aydın 2002, Erdine 2007, Ceyhan ve Güleç 2010). Ağrılı uyaranlar dört aşamada bilinç düzeyine iletilir. Bunlar; Transdüksiyon, Transmisyon, Modülasyon, Persepsiyon aşamalarıdır (Aydın 2002, Erdine 2007).

Transdüksiyon: Sinir uçlarında bulunan uyaranların elektriksel aktiviteye dönüştürülmesi aşamasıdır. Nosiseptörler normalde ısıya karşı duyarlı değildir. Isının artması ile birlikte duyarlı hale gelmektedirler.

Transmisyon: Nosiseptörler tarafından ağrı bilgisi algılandıktan sonra miyelinli A-delta lifleri ve miyelinsiz C lifleri tarafından ağrı bilgisinin üst merkezlere iletilmesi aşamasıdır.

Modülasyon: Spinal kord düzeyinde ağırlı uyarıların değişim gösterdiği ve daha sonrasında üst merkeze taşındığı aşamadır.

Persepsiyon: Spinal korddan geçen ağrının üst merkeze ulaşp ağrının algılanması aşamasıdır. Psikolojik etkileşim ve subjektif emosyonel deneyimler bu aşamayı etkilemektedir (Aydın 2002, Erdine 2007).

2.1.3. Ağrı Teorileri:

2.1.3.1. Kapı Kontrol Teorisi:

Kapı kontrol teorisi 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülmüştür. Spinal kordun dorsal boynuzu kapı görevi görmektedir ve beyinde ağrı iletimi sürecinde dinamik rol almaktadır (Melzack 1999, Trout 2004). Ağrılı uyarıların iletimi spinal kordda substantia gelatinosa (SG) hücreleri, dorsal boynuz ve T hücreleri tarafından gerçekleşmektedir. Dorsal boynuzdaki substantia gelatinosa (SG) hücreleri, uyarıları T hücrelerine iletmektedir ve ağrılı uyarıların beyine iletimi gerçekleşmektedir. Kapı kontrol teorisine göre ağrı iletiminden ince miyelinli A delta lifleri ile miyelinsiz C lifleri sorumludur. İnce miyelinli A delta lifleri substantia gelatinosa (SG) hücrelerini inhibe ederek ağrı iletimini kolaylaştırmakta yani kapıyı açarak ağrılı uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını sağlamaktadır. Kalın, miyelinsiz C lifleri ise SG hücrelerini uyararak ağrı iletimini inhibe etmekte yani kapıyı kapatarak ağrılı uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını engellemektedir (McCool Smith ve ark. 2004, Murray ve McKinney 2005 , Field 2010, Moayedı ve Davis 2013). Kapı kontrol teorisine göre; TENS, vibrasyon, dokunma masaj uygulamaları kalın liflerin uyarımını artırarak kapının kapatılması sağlamaktadır (Melzack ve Patrick 1965, Melzack 1999, Murray ve McKinney 2005 , Shahoei ve ark. 2017)

Görsel ve işitsel uyarıcı teknikler, odak noktası veya nefes teknikleri kullanılarak serebral korteksin bu uyarılara odaklanması ile ağrının dorsal boynuzdaki kapı kapanarak ağrının iletimini engellemektedir (Murray ve McKinney 2005, Creehan 2007). Kapı kontrol teorisi ile beraber ağrı yönetimi ile ilgili araştırmaları bilişsel davranışçı yaklaşımlara yöneltmiştir. Bu teori müzik terapisi, dikkati dağıtma gibi somatosensoriyel uyarılara dayalı müdahalelerin ağrılı uyarıları nasıl üst bilince iletilmediğini ve ağrı algısının nasıl azalttığını açıklamaktadır (Currentnursing.com 2012).

2.1.3.2. Endorfin Teorileri:

1970’li yıllarda vücudun kendisinin salgıladığı bazı maddelerin narkotiklere benzer olduğu saptanmıştır ve tanımlaması yapılmıştır. Tanımlaması yapılan bu maddelere “endorfin” denilmiştir. Endorfinler, ağrı uyaranlarının ağrı iletim yollarından geçişini engellemek için spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulur (Kömürcü ve Ergin 2013). Endorfinler doğal bir narkotik olduğu için bireylerin kendilerini iyi hissetmesine yol açar. Ayrıca ağrı eşiklerinin yükselmesini de sağlamaktadır. Gebelik sürecinde doğal olarak üretilen endorfinlerin seviyesi gebeliğin sonuna doğru artmaktadır (Mete 2013, Kömürcü ve Ergin 2013). Doğumda herhangi bir müdahale olmazsa uterus kontraksiyonlarıyla bereber endorfin salınımı en üst düzeye ulaşarak ağrının azalmasını sağlamaktadır (Serçekuş ve İsbir 2012).

2.1.3.3. İnteraktif Ağrı Modeli:

Ağrı algısı ve ağrıya verilen yanıt cinsiyet, sosyal destek sistemi kültür gibi bileşenlerden etkilenmektedir. Bu sosyal bileşenler ağrı yoğunluğunu, ağrıya verilen tepkiyi, ağrının yorumlanması ve ağrının değerlendirilmesini etkilemektedir (Mccool Smith ve ark. 2004, Mucuk ve Başer 2009, Kömürcü ve Ergin 2013, Taşkın 2014).

2.2 Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Ağrı:

Doğum eylemi, düzenli uterin kontraksiyonlarla karakterize olan ve fetusun doğumu ile sonuçlanan aktif bir süreçtir. Birinci evre uterus kontraksiyonlarının başlaması ve servikal dilatasyonun tamamlanması ile sona erer. İkinci evre servikal dilatasyonun tam olduğu ve fetusun doğumu ile sonlanır. üçüncü evre ise bebeğin doğması ve plasentanın ayrılana kadar geçen süreyi içermektedir. Dördüncü evre ise postpartum ilk dört saati içerir (Ebirim ve ark. 2012, Ceylan ve ark 2013 , Snelgrove-Clarke ve Budin 2015).

Doğum ağrısının birçok kaynağı bulunmaktadır. Kontraksiyon sırasında uterusu kan dolaşımı azalır ve doku iskemisi oluşarak ağrıya neden olur. Servikal dilatasyonla oluşan stimüslasyonun liflerle ağrı merkezine iletilmesi, pelvik yapılara olan basıncın oluşturduğu visseral ağrı ve perinede oluşan belirgin distansiyonun oluşturduğu somatik ağrı doğum eyleminde hissedilen ağrının kaynağını oluşturmaktadır (Murray ve McKinney 2005).

2.2.1 Doğumun Eyleminin Birinci Evresinde Ağrı:

Doğumda ağrı uyaranları A delta ve visseral C lifleri ile taşınır. Doğumun birinci evresinin erken döneminde ve ikinci evresinde visseral doğum ağrısı oluşmaktadır. Her bir uterin kontraksiyonda servikte basınç ve gerginlik oluşturarak visseral afferent lifleri aktive etmektedir. Visseral ağrı yaygın bir ağrıdır ve yavaş yayılır. A delta ve visseral C lifleri uterustan köken alır ve uterustan kaynaklan ağrılar 10., 11., ve 12. torasik ve 1. lumbal sinir uçları ile iletilir. Bu nedenle ağrı, karın, bel ve rektumda hissedilmektedir. Fetüs başının inişi ile lumbosakral pleksusa ve diğer pelvik yapılara bası meydana gelir ve ağrı sırtta, bacaklarda, kalçada, perinede, rektumda, hissedilmektedir (Browridge 1995, Lowe 2002, Labor 2008, Ebirim ve ark. 2012, El Wahab ve Robinson 2011, Zauderer 2016). Bu evre servikal değişiklikler (silinme ve dilatasyon) ile uterin kontraksiyonlarla karakterizedir. Serviks yumuşar inceler ve kısalır ve servikal dilatasyon 10cm oluncaya kadar sürer. Birinci evre latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere 3 fazda tanımlanır (Simpson ve O'brien-Abel 2014 , Snelgrove-Clarke ve Budin 2015).

2.2.1.1 Erken dönem latent fazda ağrı

Erken dönem latent fazda serviks 3-4 cm oluncaya kadar incelmeye ve açılmaya devam eder. Bu dönemde hissedilen ağrı genellikle gebeliğin son döneminde görülen brakston hicks kontraksiyonlarına benzeyen, aralıklı sırt ağrısı veya menstrüel kramp şeklinde görülmektedir. Başlangıçta hafif ve yoğunluğu az olduğu için kadının hareketlerini etkileyecek boyutta değildir. Kasılmalarda intaruterin basınç 30 mm/hg üzerinde olmadıkça ağrı hissedilmemektedir. Ortalama 20mm/hg basınçta kontraksiyonlar hissedilmektedir. Bu dönemde gebe olacak sürece karşı heyecanlı, konuşkan ve hevesli gözükmemektedir. Bir kaç saat sonra 5 dk da bir gelen düzenli, 25-45 saniye süren uzamış, güçlü kontraksiyonlar başlar. Bu süreci maternal tükenmişlik, hidrasyon ve beslenme gibi faktörler etkilemektedir. (Snelgrove-Clarke, ve Budin 2015). Ortalama 6-8 saat sürmektedir (Ergin 2013). Nulliparlar için 20 saati, multiparlar için 14 saati geçmemesi gerekir (Taşkın 2014).

2.2.1.2 Aktif fazda ağrı:

Aktif fazda 2-5 dakikada bir gelen 1 dakika veya daha fazla sürebilen, daha güçlü kontraksiyonlar (40-50 mm/hg basınç şiddetinde) ile karakterizedir (Taşkın 2014, Snelgrove-Clarke ve Budin 2015). Aktif faz nullipar kadınlarda 3 saat, multipar kadınlarda ise 2 saat sürer (Taşkın 2014). Bu dönemde oluşan güçlü kontraksiyonlar fetusun doğum için rotasyon yapmasını sağlamaktadır. Genellikle 2-6 saat sürer. Serviks 8 cm oluncaya kadar devam etmektedir. fiziksel semptom ve rahatsızlıklar görülmektedir. Bu dönemde kadınlar daha ciddi ve odaklanmış olmaktadır (Snelgrove-Clarke ve Budin 2015).

2.2.1.3 Geçiş Fazında ağrı:

Birinci evrenin son fazıdır. servikal dilatasyon 8 cm iken başlar ve 10 cm olduğunda son bulur. Bu dönemde kontraksiyonlar çok güçlü ve etkilidir bu nedenle geçiş fazı daha kısa sürmektedir (Simpson ve O'brien-Abel 2014, Snelgrove-Clarke ve Budin 2015). 1-2 dakikada bir gelen ve 60-90 saniye süren kontraksiyonlar görülmektedir (Taşkın 2014). Yaklaşık 20-40 dk sürmektedir (Ergin 2013). Bu dönemin nulliparlarda 3 saatten, multiparlarda ise 1 saatten uzun sürmemesi beklenmektedir (Taşkın 2014). Bu fazda bazı kadınlarda huzursuzluk, sinirlilik, titreme, mide bulantısı, görülmektedir. Fetusun doğum kanalına doğru ilerlemesi ve prezentasyon nedeniyle rektuma bası oluşmakta ve ıkınma hissi görülmektedir (Simpson ve O'brien-Abel 2014, Snelgrove-Clarke ve Budin 2015).

2.2.2 Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Ağrı:

Doğumun birinci evresinin geç döneminde visseral ağrıya ek olarak somatik ağrı ortaya çıkar ve doğumun ikinci evresinde etkilidir. Pelvik taban, perine ve vajina (yırtılma ya da nedeni belirli olmayan), distansiyonu, iskemi ve yaralanma sonucunda serviks, perine ve vajina vajinal yüzeyindeki afferent liflerin uyarılması sonucu oluşur. Somatik doğum ağrısı A delta lifleri ile omuriliğe taşınmaktadır (Labor 2008). Pudental sinirin somatik lifleri S 2-3-4 den kaynaklanan segmentlerden santral sinir sistemine girmektedirler. Doğum sırasında keskin lokalize ve yoğun olarak hissedilmektedir (Browridge 1995, Ebirim, Ebirim ve ark 2012, Zauderer 2016). Doğum eyleminin ikinci evresi servikal dilatasyon tam olduğunda başlar. Kadında istemsiz olarak ıkınma hissi oluşmaya başlar. Bu his Fetal başın pelvik taban kaslarına yaptığı bası nedeniyle oluşan

ferguson refleksi nedeniyle oluşmaktadır. servikste oluşan gerginlik reseptörleri uyararak endojen oksitosin salımını tetikler. Oksitosin salımının artması ıkınma hissinin oluşmasını desteklemektedir (Simpson ve O'brien-Abel 2014). İkinci evre nulliparlarda ortalama 50-60 dakika sürerken multiparlarda 20-30 dakika sürmektedir. Üst sınır olarak ise nulliparlarda regional anestezi uygulanmadıysa en fazla 2 saat, regional anestezi uygulandıysa en fazla 3 saat sürmesi normal kabul edilmektedir. Multiparlarda ise regional anestezi uygulanmadıysa 1 saat, uygulandıysa 2 saat sürmesi normal kabul edilmektedir (Zauderer 2016).

2.2.3 Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Ağrı

Doğum eyleminin üçüncü evresi bebeğin doğumundan sonra başlamakta ve plasenta ve membranların ayrılıp atılması ile sonlanmaktadır (Arslan 2012, Ceylan ve ark 2013, Taşkın 2014). Bu evre 5 dakika ile 30 dakika arasında sürmektedir (Arslan 2012, Taşkın 2014). Üçüncü evrede ağrı, plasenta ve membranların atılması için uterus kontraksiyonları devam eder. Uterus kontraksiyonlarına ve servikal dilatasyon orta ve hafif düzeyde doğum ağrısına neden olmaktadır. Genellikle güçlü menstrüel kramp şeklinde hissedilir. Doğum sonrası bebeği görmeye odaklanan kadınların çoğu üçüncü evrede oluşan bu ağrıyı görmezden gelmektedirler. Bu evrede düşük çevre ısısı, birden pelvik sinire olan basının ortadan kalkması veya doğum esnasında aşırı epinefrin üretiminin titremeye neden olduğu düşünülmektedir (Snelgrove-Clarke ve Budin 2015).

2.2.4 Doğum Eyleminin Dördüncü Evresinde Ağrı

Doğum eyleminin dördüncü evresi plasantanın doğumundan sonraki ilk 4 saati içeren iyileşme fazıdır (Ergin 2013, Taşkın 2014, Snelgrove-Clarke ve Budin 2015) Bu evrede artık fizyolojik durum gebelik öncesi dönmeye başladığı için bazı majör değişiklikler görülmektedir. Karın içi basıncı bebeğin ve plasantanın doğumu ile beraber azalmaktadır. Uterus kontrakte ve orta hatta simfizis ve umblikus arasında yer alır. Bu dönemde homeostazisi sağlamak için uterus kontraksiyonlarının yeterli olması çok önemlidir. Yetersiz olması durumunda postpartum hemoraji riski oluşmaktadır. Bu dönemde ağrı fetüsün doğum kanalında ilerlerken oluşan doku hasarına bağlı olarak gelişmektedir (Snelgrove-Clarke ve Budin 2015).

2.3 Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler:

2.3.1 Fiziksel Faktörler:

Fizyolojik süreçler doğum ağrısının nedeni olarak bilinse de diğer fiziksel faktörlerde doğum ağrısı algısını ve toleransını etkilemektedir. Doğum ağrısının şiddeti, servikal hazırlık, fetal pozisyon, pelvisin karakteristik özelliği, yorgunluk ve açlık durumu, doğum eylemi sürecinde yapılan müdahaleler, doğum ağrısına toleransı ve baş etme gücünü etkilemektedir (Murray ve McKinney 2005). Serviksin dilatasyonu ve efasmanı doğum ağrısının oluşmasında en önemli etkindir. Dilatasyonla beraber uterus kontraksiyonlarının yoğunluğu, sıklığı ve süresi de hissedilen ağrıyı etkilemektedir. Özellikle ikinci evrede fetüs başını servikse bası yapması vajina ve perinede basınç ve gerginlik oluşturur ve servikte ağrı reseptörlerini uyararak ağrı oluşumuna neden olmaktadır (Lowe 2002, Murray ve McKinney 2005). Doğum ağrısının erken yaş ve ileri yaş primiparlar için daha çok ağrılı süreç olarak görülmesinin nedeni yaşanan anksiyete düzeyiyle açıklanabilir. Paritenin doğum ağrısı üzerine etkisi vardır (Rowland ve Permezel 1998). Latent fazda hissedilen ağrı düzeyi primipar kadınlarda daha fazlayken multipar kadınlarda geçiş fazında hissedilen ağrı düzeyi daha fazladır (Rowland ve Permezel 1998, Leeman ve ark. 2003). Yapılan çalışmalar multipar kadınların doğum memnuniyetlerinin nullipar kadınlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir (Hodnett 2002). Maternal kilonun da ağrı üzerinde etkili olduğu, kilolu kadınların daha fazla doğum ağrısı hissettiği, fetal makrozominin varlığı hissedilen ağrıyı arttırdığı ve maternal pozisyonun hissedilen sırt ağrısını etkilediği düşünülmektedir (Lowe 2002). Ayrıca kadınlarda dismenore öyküsünün doğum ağrısıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu kadınlarda da aşırı prostaglandin üretiminin uterin kontraksiyonlarını indüklediği varsayılmaktadır (Rowland ve Permezel 1998, Lowe 2002).

2.3.2 Kültürel Faktörler:

Farklı kültürlerin uygulamaları, değerler, gelenekler doğum öncesi dönemde önemli olduğu gibi doğum eyleminde de önemlidir. Araştırmalar, bir bireyin doğum eylemi deneyimlerinin sosyal ve kültürel normlara büyük oranda bağımlı olduğunu göstermektedir (Cheung 2002, Hodnett 2002, Brathwaite ve Williams 2004, Trout 2004).

Kültürel ve dini inançlar doğum ağrısı algısını ve yorumunu etkilemektedir. Kültürel inançlar ve etnik durumun doğum ağrısı algısını etkilemekte ve doğum ağrısı ile baş etme şeklinde önemli rol oynamaktadır (McLachlan ve Waldenstrom 2005, Leeman ve ark. 2003, Ebirim ve ark. 2012, Snelgrove-Clarke ve Budin 2015). Bazı kadınlar doğum ağrısını doğal olarak görmekte ve doğum ağrısının giderilmesini kabul etmemektedirler (Etowa 2012). Bazı kültür de kadının çığlık atma ve kontrolsüz şekilde ağlaması beklenirken diğerlerinde ise doğum süreci çok sıkıntılı olması dışında ifade etmemektedir (Murray ve McKinney 2005, Ebirim ve ark. 2012). Bazı kültürlerde yalnız ve destek alınmadan yapılan doğumlar daha değerli ve gurur kaynağı olarak gösterilmektedir. Bazıları ise doğum ağrısını acıya göğüs germe ve kendi güçlerini görme ve deneyimleme konusunda bir fırsat olarak görmektedir. Örneğin inilti, çığlık, sallanma, parmaklarını çıtlatma, ritm tutma, kafası sallama, şarkı söyleme, dua etme gibi davranışlar göstermektedirler. Daha önce doğumda ağrı ve acı çekileceği ile ilgili duyulan hikayeler duymak da doğum ağrısına verilen tepkileri davranışları etkilemektedir. Örneğin, İspanyol asıllı kadınlar çığlık atmanın bebeğe zarar vereceğine inanmaktadırlar (Ebirim ve ark. 2012). Kadın ve bakım vericiler arasındaki kültürel farklılıklar doğum ağrısı algısını ve doğum ağrısıyla baş etme şeklini etkilemekte, hissedilen ağrı düzeyini arttırmaktadır (Leeman ve ark. 2003). Perinatal hemşireliğin hedefleri inançlar, değerler, beklentiler ve çeşitli kültürel engelleri anlamak, hemşirenin doğum eyleminde kadının ağrı deneyimini daha doğru değerlendirmesini sağlamaktadır (Snelgrove-Clarke ve Budin 2015). Hemşire kültüre uygun kadın ve ailesinin destek ihtiyacı duyduğu konuları belirleyip bakım planlarsa ve doğum ağrısını gidermek için uygun yöntemi belirlerse kadının kontrol duygusu ile öz güveninin artmasını sağlamış olacaktır (Snelgrove-Clarke ve Budin 2015, Zauderer 2016). Bu yaklaşımla bakmayan bir hemşire kadının ve ailesinin davranışlarını anlamaz ve onlara kişisel değerler ve inançlar yükleyebilir. Kültürel duyarlılık arttıkça, yüksek kaliteli bakım sunma olasılığı da artar (Davisson ve ark. 2008).

2.3.3. Psikososyal Faktörler:

Psikososyal faktörler psikoterapinin etkinliğini açıklamaya yardımcı olmaktadır. Ağrılı duruma duygusal sıkıntı, depresyon ve anksiyete eşlik edebilmektedir (Rowland ve Permezel 1998). Korku ve anksiyete ağrı deneyimini önemli derecede etkilemektedir (Lowe 2002). Psikososyal faktörler doğum eylemi sırasında ağrı deneyimini maternal ve

fetal sağlığa etkilerinin kısa ve uzun dönem sonuçlarını etkilemektedir (Rowland ve Permezel 1998, Lowe 2002). Kadınlar korkularının üstesinden gelebilirlerse daha az doğum ağrısı hissetmektedirler. Doğum eyleminde ağrının giderilmemesi durumunda ise uzun dönemde psikolojik ve duygusal problemlerin çıkmasına neden olmaktadır (Brownridge 1995).

2.3.4 Anksiyete ve Korku:

Anksiyete genellikle doğum ağrısının artması ile ilişkili olup doğumda fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları değişmesine neden olmaktadır (Lowe 2002). Düşük düzeyde anksiyete yaşayan kadınlar daha az doğum ağrısı yaşamaktadırlar. Orta düzey anksiyete doğum ağrısı için kabul edilebilir görülmektedir (Lowe 2002, Davisson ve ark. 2008). Ancak yoğun hissedilen anksiyete kadının doğum ağrısıyla başetmesini engeller (Davisson ve ark. 2008). Yoğun anksiyete ve korku aşırı katekolamin salgılanmasına neden olur ve beyini stimüle ederek pelvik kan akımının azalmasına ve pelvik kaslarda gerginliğe neden olur. Bu durum da ağrının artmasına neden olmaktadır (Mckinney ve ark. 2005, Namazi ve ark. 2014, Zauderer 2016). Bu yüzden anksiyete ve korkunun artması ile etkili uterus kontraksiyonları azalarak doğum eyleminin uzamasına neden olur, uzamış eylemi kadının komforunu etkiler, anksiyete ve korku tekrar tetiklenir ve bu döngünün başa dönmesine neden olmaktadır (Kheirkhah ve ark. 2014, Mete ve ark. 2016, Zauderer 2016). Doğum sürecinde korku ve anksiyeteye bağlı olarak pelvik kaslarda ortaya çıkan gerilme doğum anında doğal olarak oluşan uterusun itme gücüne karşı dirence neden olmaktadır. Pelvik kaslarda oluşan bu gerilimin uzaması yorgunluğa ve buna bağlı olarak ağrı ile baş edebilmek için gerekli olan gücün yitirilmesine neden olmaktadır. Uzayan eylem kadında kontrol duygusunu ve öz güven duygusunun yok olmasına neden olmaktadır (Gönenç ve Terzioğlu 2012). Korku ve anksiyete ile strese yanıt ve doğum eylemi sırasında oluşan komplikasyonların ilişkili olduğu düşünülmektedir (Hodnett ve ark. 2011, Hosseini ve ark. 2013). Doğum sırasında oluşan anksiyetenin kanda yüksek oranda bulunan stres hormonu epinefrine ile ilişkili olduğunu ve bunun anormal fetal kalp atımlarına yol açtığını, uterus kontraktilesini azalttığı, oturmuş düzenli kontraksiyonların olduğu aktif fazın uzamasına ve düşük apgar skora neden olmaktadır (Hodnett ve ark. 2011).

Doğum eylemi; kadın için anksiyeteyi arttıracak bir çok faktörü içinde barındırmaktadır. Hastane ortamı, doğumun gerçekleştiği ortamın bilmediği bir ortam

olması, doğuma katılan ekibin önceden tanımadığı kişiler olması, doğum ortamının özellikleri (gürültülü ortam, fazla ışık), doğum eyleminde yapılan müdahaleler (lavman yapılması, indüksiyon, yatakta sürekli yatmak zorunda olması), doğum eylemi boyunca yalnız olması, destek sisteminin olmaması kadının anksiyete düzeyini arttırmaktadır (Mete 2013). Kadın, eşi ve destek ekibinin diğer üyeleri doğum eyleminin ilerlemesine ilişkin artan endişe yaşayabilirler. Hemşire yaşanan endişenin ifade edilmesini sağlayarak kadının kontrol duygusunun artmasını sağlar (Murray ve McKinney 2005, Davisson ve ark. 2008). Eş ve diğer destek üyelerinin ise kadının yaşadığı ağrı ve ağrıyla azaltmada eşine destek olmada yetersizlik duygusundan, bilgi eksikliğinden dolayı kaygı düzeyleri artmaktadır (Davisson ve ark. 2008). Hemşire doğum eyleminin ilerleyişi hakkında bilgilendirme yaparak, kadının seslerinin ve davranışlarının normal olduğunu, bu süreçte yapılacak olanları açıklayarak, aktif destek sağlayarak kadının ve eşinin anksiyete düzeyini azaltabilir (Murray ve McKinney 2005, Davisson ve ark. 2008, Hodnett ve ark 2011).

2.3.5 Geçmiş Deneyimler:

Geçmiş deneyimler doğum ağrısının tanımlamasını ve doğum ağrısı ile baş etme şeklini etkilemektedir. Doğum sürecini bilmesi, yapılan uygulamalar hakkında bilgi sahibi olması kadının doğuma bakış açısını etkilemektedir (Murray ve McKinney 2005, Trout 2004, Zauderer 2016). Nullipar genç kadınlar için doğumun birinci evresinde görülen ağrı daha önce deneyimleri olmaması ve baş etme yöntemleri gelişmediği için daha zordur. Zor ve ağrılı geçirilmiş bir doğum deneyimi olan kadının şimdiki doğum ağrısına vereceği yanıtı etkilemektedir. Geçmiş doğum deneyimi ile ilgili anksiyete ve korkunun fazla olması ağrı algısının artmasına yol açmaktadır (Trout 2004, Zauderer 2016).

2.3.6 Konfor:

Doğum eylemi sırasında rahat bir ortam oluşturulması kadının rahatlamasını sağlamaktadır. (Murray ve McKinney 2005). Hemşirelik bakımı yaklaşımlarının konfor düzeyini arttıracak en etkili müdahale olduğu düşünülmektedir. Bu süreçte psikolojik destek sağlanması, inanç ve değerlerine uygun nonfarmakolojik uygulamalarla desteklenmesi daha konforlu doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olmaktadır (Lowe 2002, Zauderer 2016). Doğum eylemi sürecinde kadının rahatlamasını sağlamanın

doğum ağrısını azaltacağı vurgulanmaktadır (Schuiling ve ark. 2011). Hemşire doğum ortamını kadının tercihlerine göre hazırlayarak, rahatsız edici parlak ışıklar ve rahatsız edici oda ısını düzenleyerek, kirlenmiş olan hasta alt bezini değiştirmesine yardımcı olarak, ağrı yönetimi tekniklerini kullanmasını destekleyerek kadının konforunu yükseltebilir (Murray ve McKinney 2005).

2.3.7 Çevresel Faktörler:

Çevresel faktörlerin iyileştirilmesi sıkıntılı doğum süreci yaşayan kadınların daha pozitif doğum deneyimi yaşamalarına katkıda bulunur (Lowe 2002, Zauderer 2016). Kadınlar genelde ev ortamına benzer düzende olan ortamda tanıdığı kişiler tarafından bakım almayı tercih etmektedirler (Berghella 2008, Zauderer 2016). Doğum ortamı özel ve güvenli olmalı, kadının kendisini kısıtlanmamış ve rahat hareket edebildiği bir ortamda olduğunu hissedeceği düzenlemeler yapılmalıdır. Odanın ışık, ses ve ısı düzeyi kadının tercihi göre ayarlanmalıdır (Lowe 2002, Zauderer 2016). Doğum ortamında kadının rahat hareket edebileceği, pozisyonunu değiştirebileceği ve kadını destekleyecek ekipmanların bulunacağı bir alanı olmalıdır. Nonfarmakolojik yöntemleri uygularken kullanabileceği, rahatını sağlayacak sandalye, pilates topu, küvet ve banyo kolaylıkla ulaşılabilecek konumda olmalıdır. yastık, odaklanmayı sağlayacak müzik, ipad, veya dvd gibi evden getirebilecek eşyalarla ortam zenginleştirilebilir (Zauderer 2016).

2.3.8 Destek:

Tarihsel ve kültürel olarak bakıldığında doğum sürecinde kadın bir başka kadın tarafından izlenmiş ve desteklenmiştir. Ancak 20. yüzyılın ortalarından itibaren bir çok ülkede kadınların büyük bir çoğunluğu evde doğumdan ziyade hastanede doğum yaptığı ve doğum sürecinde kadının sürekli desteklenmesi yerine daha çok özel durumlarda desteklendiği görülmektedir. İnsanlıktan uzak doğum deneyimleri dikkat çekmeye başlaması (yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerde) doğum sürecinde kadınlara bire bir destek konusunun tekrar gündeme gelmesine neden olmuştur (Hodnett ve ark 2011). Stres durumunda, korkutucu klinik ortamlarında kullanıldığı zaman oluşacak pozitif süreçlere dikkat çekmektedir. Doğum sırasında kadın çevresel etkilere karşı tek başına korunmasız olmaktadır. Modern obstetrik bakımda kadın sıklıkla kurumsal prosedürlerin uygulanması, yüksek oranda yapılan müdahaleler, yabancı personel,

mahremiyete özen gösterilmemesi ve diğer koşulların deneyimlenmesi ile karşılaşmaktadır. Bu koşullar doğum sürecini kötü etkileyebilmektedir. Yeterlilik ve güven duygusunun gelişmesini olumsuz etkileyebilir, ebeveynliğe uyumu zayıflatabilir, emzirme sürecini olumsuz etkileyebilir ve doğum sonu depresyon riskini arttırabilmektedir. Kadının böylesine stresörlerden korunması için doğum sürecine eşlik etmek ve kadını desteklemek gerektiği belirtilmektedir (Hodnett 2002).

Doğum süresince desteğin doğum öncesi, doğum esnasında ve postpartum dönem klinik komplikasyonları azalttığını, doğum deneyiminde memnuniyetini arttırdığını desteklemektedir (Gruber ve ark. 2013). Kadınlara doğum süresince yapılan desteğin kadınlarda karar verme ve kontrol duygusunun artmasına, pozitif doğum deneyimi yaşamalarına katkı sağlamaktadır (Lavender ve ark. 1999). Hemşire, dula, doğum eğitimsi, aile üyeleri, arkadaş, veya partner tarafından doğumda verilen sürekli destek kadının doğum konforunu arttırmaktadır (Creehan 2007 , Gruber ve ark. 2013, Zauderer 2016). Ayrıca doğum sürecinde kesintisiz desteğin normal spontan doğum oranını arttırdığı, sezaryen ile doğum oranını azalttığı, epidural anestezi ile doğum oranını, enstrumantal doğum (forseps, vakum kullanımı) oranını azalttığı, oksitosin kullanımı ile ilgili azalma olduğunu ve doğum süresinin kısaldığını bildirilmektedir (Newton ve ark. 2009; Hodnett ve ark. 2011).

2.4 Doğum Ağrısının Maternal ve Fetal Sağlığa Olumsuz Etkileri

Ağrı fizyolojik strese neden olur (El Wahab ve Robinson 2011). Stres durumunda organizmanın strese yanıtı ise hem merkezi hem de periferik mekanizmaları uyarır ve hipotalamohipofizer-adrenal korteks (HPA) aksını, otonom sinir sistemini ve limbik sistemi harekete geçirir (Çorumlu ve Ulupınar 2016). Hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) salgılanır, hipofiz aktive olur ve adrenal gland uyarılır (Kocatürk 2000, Çorumlu ve Ulupınar 2016). Hipofizin uyarılması sonucu ön hipofiz bezinden büyüme hormonu (GH), prolaktin ve kortikotropin (ACTH), arka hipofiz bezinden de antidiüretik hormon (ADH) salgılanır. Kortikotropin adrenal bezin korteksini uyarır ve kortizol salgılanır. Adrenal bezin uyarılması sonucu da katekolaminler (Epinefrin, norepinefrin, ve dopamin) salgılanmaktadır. Anksiyetenin artması durumunda norepinefrin salınımı görülmektedir. Bu aksın çalışması stres durumunda adaptasyon için gerekli enerjiyi santral sinir sistemine ve vücutta stresin hakim olduğu bölgelere yönlendirilmesini sağlamaktadır (Kocatürk 2000). Ağrı

durumunda oluşan stres sonucunda pulmoner ventilasyonu artar, taşikardi, hipertansiyona neden olur ve kardiyak output artar, myokardial iş yükü artar ve oksijen gereksinimi artar (Akbarzedah 2014, El Wahab ve Robinson 2011). Normalde bir çok kadın için bu durum problem olmazken, bu durum kalp yetmezliğini hızlandırabilir, iskemiye neden olabilir, anne ölümü ile sonuçlanabilir (El Wahab ve Robinson 2011). Doğum sürecinde görülen uterus kontraksiyonları hiperventilasyonla beraber bir süre sonra maternal hipokarbiye (PaCO_2 15-20 mmHg) ve pH'nın artmasına yani solunum alkolozuna (pH 7.55-7.60) yol açmaktadır. Bu tablo daha sonra istenmeyen durumlarla sonuçlanmaktadır. Hipokarbi; kusma, yorulma, baş dönmesi, mental konfüzyon ve disoryantasyon, parestezi, tetani, deride solukluk, terleme gibi semptomları tetikler. Solunum alkolozu oksijenin dokulara transferini engellemektedir (Brownridge 1995). Doğum ağrısı plasental diffüzyonun sağlanmasını engelleyerek maternal asidoza neden olmaktadır. Oluşan fetal hipoksi sonucu fizyolojik olarak metabolizmada strese yanıt döngüsünü oluşturmaktadır. Bu durumun fetusun sağlığı üzerinde de olumsuz etkileri olmaktadır (Brownridge 1995, Creehan 2007 , Ergin 2013).

2.5 Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

2.5.1 Ağrının Değerlendirilmesinin Önemi

Ağrı deneyiminin çeşitli türleri olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Ağrı tanımlamalarının geçerliliğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Ağrı tanımlaması ile ilgili birçok sözcük kullanılabilir ancak sözcüklerin ayırıcı nesnel referansları bulunmamaktadır. Ağrı çeken kişi ağrıyı çok farklı şekilde ifade edebilir. Ağrının tanımlanması çoğu kez tanı koydurucu nitelikte olduğu için, ağrının yoğunluğu ve ağrıyı gidermek için kullanılacak yöntemlerin etkinliğini değerlendirebilmek için ağrının ölçülmesi ve tüm boyutlarıyla değerlendirilmesi gerekir (Katz ve Melzack 1999).

2.5.2 Ağrı Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar

Sağlık çalışanları ağrıyı ölçmeye çalışırken güçlüklerle karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanının ağrı algısı ve hastanın ağrıya verdiği tepkiye bakış açısı, kendi geçmiş deneyimlerinden etkilenmektedir ve hastanın ağrısını buna göre değerlendirebilmektedir. Daha sonra, hem klinik hem de kişisel faktörler hastanın ağrı algısını ve bu ağrıya

verdiği tepkileri önemli ölçüde etkileyebilir. Ağrının türü, süresi ve nedenleri ile bu ağrının yönetiminde uygulanan tedaviye ilişkin geçmiş deneyimlerin hepsi ağrının ölçümünü etkileyen klinik faktörlerdir. Eğitim düzeyi, fiziksel hastalık yapısı, cinsiyet, duygusal rahatsızlıkların varlığı, görme yetisi ve etnik köken gibi hasta özelliklerinin hepsinin belirli çalışma evrenlerinde ağrı ölçümünü etkilediği gösterilmiştir (Flaherty 1996).

2.5.3 Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde özellikle akut ağrının değerlendirmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemeye kullanılmaktadırlar. Tek boyutlu ölçekler arasında sözel kategori, sayısal ve görsel kıyaslama ölçeği ile Burford Ağrı Termometresi sayılabilir (Aslan 2002).

2.5.3.1 Sözel Kategori Ölçeği

Keele ilk olarak Sözel Kategori Ölçeği (VDS) geliştirmiş ve istatistiksel geçerliliği ve güvenilirliğini kanıtlamıştır. Hastaların analjeziklere tepkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Sözel kategori ölçekleri tipik olarak en düşükten en yüksek yoğunluğa doğru sıralanmış bir dizi sözlü ağrı tanımlayıcısından oluşmaktadır (örneğin, acı yok, hafif, orta ya da şiddetli). Hastalar listeyi okur ve acılarının yoğunluğunu en iyi ifade eden sözcüğü seçer (Flaherty 1996, Ho ve ark 1996, Katz ve Melzack 1999, Aslan 2002). En düşük dereceli tanımlayıcıya 0 değeri atanır, bir sonraki en düşük dereceli tanımlayıcıya 1 değeri atanır ve böyle devam eder (Flaherty 1996, Katz ve Melzack 1999). Sözel kategori ölçeği kısadır, hasta tarafından tamamlanması basittir ve uygulayıcı tarafından da puanlanması ve analiz edilmesi kolaydır. Ayrıca, ölçek hem akut hem de kronik klinik ağrıyı ölçer. Ancak, hastayı ölçek üzerinde tek bir sözcüğü seçmeye zorlayarak acının yoğunluğunu yapay olarak sınıflandırır. Ağrı öznel olduğu için, seçilen sözcük hastanın gerçek hissini yansıtmayabilir (Flaherty 1996). Ayrıca literatürde sözel kategori ölçeklerinde hastaların uç kelimeler yerine ortada yer alan kelimeleri kullanma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Aslan 2002).

2.5.3.2 Sayısal Kategori Ölçeği

Sayısal Kategori Ölçeği (NRS), Downie tarafından 1978 yılında tanımlanmış bir araçtır. (Flaherty 1996) Ölçek, yatay ya da dikey olarak yönlendirilmiş bir çizgiden oluşmaktadır. Hastadan, ağrı yoğunluğunu 0 ile 10-100 arasında derecelendirmesi istenir; burada 0 acı yok, 10-100 ise şiddetli acıyı ifade eder (Katz ve Melzack 1999, Aslan 2002). Her ne kadar Sözel Kategori Ölçeği (VDS) ve Sayısal Kategori Ölçeği (NRS) uygulaması kolay olsa ve güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmış olsa da VAS ile ilişkilendirilen avantajlar ağrının tek boyutlu ölçümünün gerekli olduğu durumlarda VAS'ı tercih edilecek ölçüm aracı haline getirmektedir (Katz ve Melzack 1999).

2.5.3.2.1 Görsel Analog Ölçekler (VAS)

En yaygın VAS, “acı yok” ve “mümkün olan en kötü ağrı” (ya da benzer sözlü tanımlayıcılar) olarak etiketlenmiş iki ucu olan 10 cm yatay ya da dikey bir çizgiden oluşur. Hastalardan 10 cm çizgi üzerinde hissettikleri ağrı yoğunluğu düzeyine karşılık gelen bir noktaya bir işaret koymaları istenir. VAS'ın alt ucundan hastanın koyduğu işarete kadar olan santimetre cinsinden mesafe, ağrı şiddetinin sayısal değeri olarak kullanılır (Ho ve ark 1996, Katz ve Melzack 1999, Kömürcü ve Ergin 2013). VAS'ın ağrı şiddetini değerlendirmede diğer ölçeklere göre daha duyarlı olduğu saptanmıştır (Ho ve ark 1996, Katz ve Melzack 1999, Aslan 2002, Kömürcü ve Ergin 2013). VAS'ın diğer avantajları arasında uygulama ve puanlama kolaylığı ve kısalığı, daha az müdahale, ve hastalara yeterince açık ve kolay anlatılabilmesi ve kavramsal basitliği vardır (Ho ve ark 1996, Katz ve Melzack 1999, Aslan 2002, Kömürcü ve Ergin 2013).

Standart görsel analog ölçeklerin aynı zamanda birkaç kısıtlılığı ve dezavantajı vardır. Algısal-motor sorunları olan hastalarda uygulama güçlüğü, talimatları kavrayamayan hastalarda uygulanmasının zor olmasıdır (Katz ve Melzack 1999, Aslan 2002). Hasta işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, bu da değerlendirmede yanılmalara neden olabilmektedir Aynı ölçek üzerinde işaretleme yapılması durumunda hasta bir önceki puanlamadan etkilenmektedir (Aslan 2002). VAS kullanarak ağrının giderilme miktarı ya da yüzdesini derecelendirmek için hastalara verilecek talimatlar (örneğin ağrıyı azaltmak için tasarlanan tedavinin uygulanmasını takip etmek), ölçümün geçerliliği azaltan gereksiz önyargılar (örneğin değişiklik beklentisi ve hafızaya güvenme) ortaya çıkarabilir (Katz ve Melzack 1999). Dolayısıyla, hastaların ağrı miktarını farklı zaman noktalarında, örneğin bir müdahale öncesi ve sonrasında,

değerlendirmesini sağlayarak daha uygun değişim ölçümleri elde edilebileceği belirtilmektedir (Katz ve Melzack 1999, Aslan 2002).

2.5.4 Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Çok boyutlu ölçekler tek boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle değerlendirememesi nedeniyle ağrıyı ölçmede yetersiz kaldığı düşüncesiyle geliştirilmiş ölçeklerdir. Çok boyutlu ölçekler ağrıyı tüm boyutları ile ele almaktadır ancak tek boyutlu ölçeklere göre anlaşılmasının zor ve uygulanmasının uzun sürmesi nedeniyle akut ağrı değerlendirmesinde ve tedavi etkinliğini ölçmede kullanımı sınırlı bulunmaktadır (Ho ve ark 1996, Aslan 2002).

2.5.4.1 Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF):

1971 yılında Melzack ve Torgerson'un çalışmasında formüle edilmiştir (Flaherty 1996, Aslan 2002). Ağrı deneyiminin dört boyutunu ölçmektedir: ağrının konumu; ağrının zaman içerisindeki düzeni; ağrının duyuşsal, duyuşsal ve diğer bileşenleri ve ağrı yoğunluğu (Flaherty 1996, Aslan 2002, Kömürcü ve Ergin 2013). MASF 'nin üç bölümden oluşan kısaltılmış ya da kısa biçimi de vardır. Birinci bölüm ağrının duyuşsal ve duyuşsal boyutlarını ölçer. Anketin diğer iki bölümü ise ağrı yoğunluğunu değerlendirir (Flaherty 1996).

MASF 'nin temel avantajları, güvenilirliği ve geçerliliğini destekleyen araştırma çalışmalarının çokluğu ve ağrının nicel ve nitel boyutlarına ilişkin veri toplamak için güçlü bir araç olmasıdır (Flaherty 1996). Ağrının çok boyutluluğunu başarılı bir şekilde ele alabilen mevcut birkaç araçtan biridir. MASF 'nin uzun versiyon karmaşıktır, hastaların yoğun konsantrasyonunu gerektirir (Ho ve ark 1996, Flaherty 1996, Aslan 2002). Bunların her biri; çok hasta, motivasyonu düşük ya da rahat olmayan hastalar için bir sorun teşkil edebilir. Ayrıca, çoğunlukla 30 dakikalık değerlendirme süresini pratik bulunmamaktadır. Ek olarak, bazı hastalar belirli sözcük tanımlayıcıları anlamakta ya da bunları ağrı deneyimlerine uygulamakta güçlük yaşayabilir. Bu ikinci durum, kültürel gruplar ya da alt gruplar arasında bir sorun teşkil edebilir (Flaherty 1996).

2.6 Doğum Ağrısının Giderilmesi

Doğum ağrısı yönetiminin ana hedeflerinden biri maternal bakımı sağlamaktır. Bu konuda iki bakım modelinden söz edilmektedir. Eskiden daha çok fiziksel olarak doğum ağrısının hissedilmesinin elimine edilmesine vurgu yaparken ikincisi daha çok ağrıyla beraber acı çekmeyi önlemeyi vurgulamaktadır. Acı çekme kavramının içeriğinde; bedenini tehdit altında hissetme, çaresizlik, kontrolünü kaybetme, stres, stresle baş etmek için kaynaklarını yetersiz hissetme, ölüm korkusu (anne ve bebek) gibi psikolojik elementleri içermektedir. Acı çekme ve ağrı genellikle beraber olabildiği gibi ağrı ve acı çekme tek başına da olabilmektedir. Farmakolojik yöntemlerin kullanılmasında ağrı yönetimi rolü ve kontrolü tamamen sağlık çalışanında olup kadının tek rolü pasif uyum sağlamaktır. Aynı zamanda farmakolojik yöntemler, müdahaleler, kompleks teknoloji, istenmeyen yan etkileri kontrol edebilen deneyimli personelin varlığı ile sağlanmaktadır (Simkin ve Bolding 2004).

Non farmakolojik bakış açısı ağrının giderilmesi yöntemler geniş bir perspektif sunmaktadır. Sadece fiziksel olarak ağrı hissinin giderilmesini değil aynı zamanda psikolojik ve manevi bileşenlerle acı çekme hissinin önlenmesini sağlar (Simkin ve Bolding 2004, Ebirim ve ark. 2012).

2.6.1 Doğum Ağrısını Giderilmesinde Farmakolojik Yöntemler:

Ağrı kontrolünde analjezik tedavisi, kolay uygulanabilmesi ve etkisini çabuk göstermesi nedeniyle en çok tercih edilen farmakolojik tedavi yöntemidir (Özveren 2011). Doğum ağrısını gidermek için farmakolojik yöntemlerden inhalasyon analjezisi, intravenöz ve intramuskuler opioidler, lokal aneljezikler paraservikal ve pudental blok, rejyonel analjezi, epidural anestezi, spinal anestezi kullanılmaktadır (McCauley ve ark. 2017).

2.6.2 Doğum Ağrısının Giderilmesinde Nonfarmakolojik Yöntemler:

Nonfarmakolojik yöntemlerin, ağrı kontrolü yeterli olması durumunda, farmakolojik yöntemlere göre birçok avantajı vardır. Doğum eylemini yavaşlatmazlar ve yan etkileri ya da alerji riskleri yoktur. Farmakolojik olmayan yöntemler, doğum eylemi ilerlemiş bir şekilde hastaneye gelen kadın için gerçekçi bir seçenek olabilir. İlaçların etkili olabilmesi için yeterli zaman olamayacağı gibi doğumdan önce efektif bir epidural bloğun uygulanması için gerekli olan zaman da kalmayabilir. Ayrıca Bazı

farmakolojik yöntemler, doğum ağrısını tam olarak ortadan kaldırmaz ve bir kadının ağrısı büyük ölçüde azalmış olsa da, kadının ağrı kontrolünde bu tekniklerden faydalanması gerekebilir (Murray ve McKinney 2005).

2.6.2.1 TENS:

Transkutan elektriksel sinir uyarımı (TENS; Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), bele cilt üzerine yerleştirilen 4 tane yüzey elektrottan kontrollü bir şekilde düşük frekanslı akım impulsların uygulanmasıdır (Avcıbay ve Alan 2011, Özveren 2011, Ebirim ve ark. 2012, Shahoei ve ark. 2017). TENS'in ağrıyı gidermesinin temelinde iki görüş kabul edilmektedir. Birincisi; verilen düşük frekanslı akım impluslarının ağrı iletim yolunu kaplar ve kapının kapatılmasını sağlayarak ağrının geçişini engeller. İkincisi bu impulslar vücutta endorfin salgılanmasını aktive eder ve doğal opioid olan endorfin ağrının algılanmasını engeller (Özveren 2011, Ebirim ve ark. 2012).

2.6.2.2 İntradermal sıvı enjeksiyonu:

Sakral bölgeye yapılan intradermal steril su enjeksiyonu doğum ağrısını gidermede bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Leeman ve ark. 2003, Bahasadri ve ark. 2006, Martensson ve ark 2008, Mamuk 2017). Sırt ağnsı olan kadınlara, sakrum üzerinde ağrı olan bölgeye 4-6 noktaya 0.1 ml'lik steril su enjekte edilmektedir (Martensson ve ark. 2008, Avcıbay ve Alan 2011). Yanma hissi oluşturan steril su enjeksiyonu, sinir uçlarında irritasyon oluşturur ve ağrı duyusunu inhibe ederek doğum ağrısının giderilmesini sağlamaktadır. (Leeman ve ark. 2003, Avcıbay ve Alan 2011). Etkisi yaklaşık 2 saat sürmektedir (Martensson ve ark. 2008).

2.6.2.3 Dokunma ve masaj:

Masaj ağrılı uyarıcıları bloke eden kutanöz sinir liflerini uyarabilmesi ve yerel endorfin salınımını uyarması nedeniyle doğum ağrısını azaltmaktadır (Huntley ve ark. 2004). Aynı zamanda seratonin ve dopamin salımını arttırarak ve kortizol salınımını azaltarak kadının gevşemesini ve doğum ağrısının giderilmesine yardımcı olmaktadır (Field 2010, Ünalmiş ve ark. 2017). Masaj genellikle istemsiz gerilmiş kasları rahatlatmak ve bireyi sakinleştirmek için kullanılmaktadır. Dokunma; önemseme, ilgi, güven ve sevgi gibi pozitif mesajların karşı tarafa geçmesini sağlamaktadır. Yumuşak

dokulara uygulanan sistemik manipölasyonlarla sağlığın iyileştirilmesi ve düzeltilmesi için kullanılan masaj, doğum sürecinde kadının gevşemesini sağlamak ve doğum ağrısını dindirmek için kullanılmaktadır (Simkin ve Bolding 2004, Murray ve McKinney 2005 , Ergin ve Kömürcü 2009, Ebirim ve ark. 2012). Latent fazda 20 dk süreyle uygulanan masaj, kadınların algıladıkları ağrı düzeyini ve yaşanan anksiyeteyi azaltmaktadır (Taşçı ve Sevil 2007, Avcıbay ve Alan 2011).

2.6.2.4 Hidroterapi-Banyo/Duş

Son dönemlerde doğum eylemi sırasında sıcak su banyosunun kullanımı hastanelerde ve doğum merkezlerinde kullanımı artmıştır (Leeman ve ark. 2003). Kadının abdomenini kaplayan derinlikte olan sıcak suya girmesi gevşemeyi arttırmakta ve doğum ağrısını azaltmak için kullanılmaktadır (Simkin ve Bolding 2004 , Ergin ve Kömürcü 2009). Suyun sıcaklık derecesi 35. 37,8 C° olacak şekilde ayarlanmalıdır (Murray ve McKinney 2005). Doğumun birinci evresinde kadınlar genellikle bir kaç dakika veya bir kaç saat suyun içinde doğum ağrısının azaltmak için kalmaktadırlar (Simkin ve Bolding 2004). Yapılan çalışmalarda özellikle farmakolojik yöntemlerden kaçınan kadınların daha çok tercih ettiği, uzamış eylemi indüklemek amacıyla ve doğum eylemini aktive etmek amacıyla kullanıldığı belirtilmektedir (Shawbattista 2017).

2.6.2.5 Yüzeysel Sıcak ve soğuk su uygulamalar

Sıcak ve soğuk uygulamanın ağrıyı gidermede etkili olan nonfarmakolojik yöntemlerden biridir (Yıldırım ve Şahin 2003, Murray ve McKinney 2005 , Ergin ve Kömürcü 2009, Avcıbay ve Alan 2011, Özveren 2011). Doğum eylemi sırasında kadının yaşadığı rahatsızlığı gidermek amacıyla sıcak ve soğuk uygulama kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şahin 2003, Ergin ve Kömürcü 2009, Avcıbay ve Alan 2011). Sıcak uygulamada; Kapı kontrol mekanizmasına göre ağrı iletimi engellenmektedir. Dokunma reseptörleri uyarılarak endojen opioidlerin salınımının artması ile ağrı duyusu azalmaktadır. Vazodilatasyon ile iskemik ağrıyı azaltarak, sinir uçlarındaki baskı ve gerilmeyi azaltarak ağrıyı gidermektedir (Yıldırım ve Şahin 2003, Avcıbay ve Alan 2011, Özveren 2011). Soğuk uygulama ise yine kapı kontrol mekanizmasının çalışması ile ağrı iletimini engelleyerek ve endojen opioidlerin salınımının artması ile ağrının azalmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda kas spazmını ve

ödemi azaltarak ağrıyı dindirmektedir (Yıldırım ve Şahin 2003, Özveren 2011). Kullanımının kolay olması, önceden bir hazırlık gerektirmemesi, invaziv bir uygulama olmaması nedeniyle kullanımı yaygındır. Sıcak ve soğuk uygulama; perineye sırta, alt karın bölgesine uygulanabilir (Murray ve McKinney 2005 , Ergin ve Kömürcü 2009). Doğum eyleminde daha çok bel ağrısını gidermek için kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şahin 2003, Avcıbay ve Alan 2011). Özellikle eylemin birinci evresinde aktif fazda L1 bölgesine buzla masaj yapılmasının ağrıyı gidermede etkili olduğu belirtilmektedir (Ergin ve Kömürcü 2009, Avcıbay ve Alan 2011).

2.6.2.6 Akupunktur ve Akupressur

Akupunktur geleneksel çin tıbbında çok eskiden beri önemli yere sahip olan tedavi şeklidir. Aynı zamanda batıda uzun süredir tıbbi uygulamalarda tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (Schlaeger ve ark. 2017). Akupunkturun fizyolojik fonksiyonları başlattığı , kontrolünü sağladığı veya fonksiyonları arttırdığı düşünülmektedir. Böylece organ bozukluklarını düzelttiğine, hastalıkları iyileştirdiğine, rahatsız edici semptomları düzelttiğine inanılmaktadır (Simkin ve Bolding 2004). Geleneksel çin tıbbına göre akupunktur vücudun enerji veya meridyen kanalları boyunca bulunan özel noktalara iğne saplanıp o bölgedeki anatomik noktaların stimülasyonunu sağlayan tedavi yöntemidir. Bunun analjezik etkisi yaparak endorfin salımını arttırdığına inanılmaktadır (Öztürk ve Saruhan 2008, El Wahab ve Robinson 2011). Vücut üzerinde 365 akupunktur noktası ve 12 meridyen bulunmaktadır (Simkin ve Bolding 2004, Taşçı ve Sevil 2007). On iki meridyen belirli bir sıraya göre dizilirler. Aralarındaki bağlantılarla Ying Yang dengesinin sağlandığı düşünülmektedir (Öztürk ve Saruhan 2008). Araştırmalar doğum ağrısının giderilmesinde akupunktur ve akupressur yöntemlerinin kullanılmasını desteklemektedir (Öztürk ve Saruhan 2008, Hamidzadeh ve ark. 2012, El Wahab ve Robinson 2011, Levett ve ark. 2014, Çalık ve Kömürcü 2014, Schlaeger ve ark. 2017). Akupunkturun hangi alana uygulanacağı ve iğnelerin yerleştirileceği derinlik belirli faktörlere göre karar verilir. Hastalığın türü, diyet, iş, yaşam stili, emosyonel durum gibi faktörler dikkate alınmaktadır. Doğum ağrısı için uygulamada doğum ağrısının hissedildiği bölge, doğumun evresi, tansiyon, anksiyete düzeyi ve yorgunluk düzeyine göre belirlenmektedir (Simkin ve Bolding 2004, Taşçı ve Sevil 2007).

Akupressur veya shiatsu akupunktur için basit alternatif yöntem olarak gösterilebilir. Yöntem olarak; parmağın veya ufak bir boncuk tanesinin akupunktur noktalarına bası olarak uygulanması ile gerçekleştirilmektedir. Gebelikteki bir çok hastalık veya rahatsızlıkta, doğum ağrısının giderilmesinde kullanılmaktadır. Kadının eşine öğretilerek uygulaması sağlanabilir (Simkin ve Bolding 2004). Akupressur hipofiz bezini uyarak oksitosin salımını tetikleyerek uterus kontraksiyonlarının artmasına neden olur. Doğum ağrılarının zayıf olduğu durumlarda BL60, Bl67, GB21 ve SP6 noktalarına uygulanmasının etkili olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Saruhan 2008).

2.6.2.7 Efloraj ve Sakral basınç:

Efloraj; deri üzerine uygulanan ve derin kas kütlelerinde basınca sebep olmayan ve bunları hareket ettirmeyen tüm hafif masajlardır. Doğumun ilk evresinde kontraksiyonlar sırasında solunumla beraber belirli bir ritimde abdomenin hafifçe okşanması ile kadının dikkatini ağrıdan uzaklaştırmaya yarar. Karında NST kemerleri masaja engel olabilir bu durumda bacaklara ve göğüse de uygulanabilir (Kömürcü ve ark. 2013). Sakral basınç; doğum sırasında sakroiliak bağ dokudaki gerilmelerden dolayı oluşan sakroiliak ağrısı azaltmak için lokalize basınç uygulanmasıdır (Murray ve McKinney 2005 , Creehan 2007 , Kömürcü ve ark. 2013). İnternal basıç hissini ve bel ağrısını azaltmaktadır. Özellikle oksiput posterior gelişte oksiputun spinal sinire yaptığı basıdan dolayı oluşan bel ağrısını azaltmada yardımcı olmaktadır (Murray ve McKinney 2005 , Creehan 2007 , Zauderer 2016). Uygulanan basıncın oksipital kemiğin sakruma yaptığı basıncın şiddetini karşılayacak derecede güçlü uygulanmalıdır (Murray ve McKinney 2005, Kömürcü ve ark. 2013, Zauderer 2016).

2.6.2.8 Hipnoz

Hipnoz temelde güçlü telkinlerle derin gevşeme halini indükleyerek, davranışların değişmesini ya da semptomların azalmasını sağlar. Pozitif olumlamalar, telkinler ve görsellerle, düşüncelere rehberlik etme ve nefes kontrolü teknikleri kullanılarak bedenin gevşemeye odaklanması ve böylece ağrıdan uzaklaşılması sağlanmaktadır (Burke 2014). Kadın doğum öncesi hipnoz tekniği ile ilgili eğitilmelidir. Hipnotik sürece geçişi ile gerçek algısının nasıl yer değiştireceği öğretilmelidir. Tüm bedenini özellikle de uterus kaslarını nasıl gevşeteceğini ve kontrol altına alacağını

öğrenmesi gerekir. Kadınların doğum eylemi sırasında hipnozu kendilerine uygulayabilmeleri için öncesinden uygulama tekrarları önemlidir. Hipnotik sürecin hızlı şekilde gerçekleşebilmesi için kadınların kendilerini rahat ve huzurlu hissettikleri bir zihin alanı belirlemeleri gerekmektedir. Hipnotik sürece bu zihin alanını hayal ederek kolayca geçebilmektedir. Hipnoz'un doğum ağrısı için analjezi kullanımını azalttığı kanıtlanmıştır (Madden ve ark 2016). Hipnozun doğal opioidler olan endorfin salınımını arttırdığı ve ağrı duyusunu azalttığı düşünülmektedir (İsbir ve Okumuş 2011).

2.6.2.9 Yoga:

Yoga bedeni ve zihni kontrol altına almayı öneren, nefes egzersizleriyle bilinç düzeyinde gevşeme ve iç huzuru sağlayan bir yöntemdir (Chuntharapat ve ark. 2008, Ratfisch 2011, Burke 2014). Yoganın gebelik ve doğum ve doğum sonuçlarında iyileşmelere yol açtığı kanıtlanmıştır (Curtis ve ark. 2012). Doğum süresini kısalttığı ve doğum ağrısını azalttığı düşünülmektedir (Chuntharapat ve ark. 2008, Shim ve Lee 2012, Burke 2014) , Jahdi ve ark. 2017). Yoga uygularken alınan pozisyon sırasında zihin serbest bırakılır ve beden, zihin, ruhun uyumu sağlanır. Böylece içe dönüş yaşanarak sakinlik ve huzur hissedilir. Doğum sürecinde kadının ihtiyacı olan sakinlik, huzur ve gevşeme yoga sayesinde sağlanabilir. Yoga sırasında zihin geri planda kaldığı için doğum eyleminde yaşanan korku ve anksiyete aktive olmamaktadır (Ratfisch 2011).

2.6.2.10 Müzik:

Müzik, doğum esnasında dikkati dağıtmak ve bir odak sağlamak için kullanılabilir. Kanıtlar ağrı ve müziğe olan alginın ve tepkinin limbik sistemdeki aynı sinir lifleriyle beyine iletildiğini ve rahatlatıcı olarak algılanan belirli müzik türlerinin ağrı algısını azaltmada kullanılabileceğini belirtmektedir (Browning 2000, Creehan 2007, Burke 2014). Aynı zamanda rahatlamayı sağlayarak doğumun erken evresinde kadının anksiyete düzeyini azaltmak için kullanılmaktadır (Burke 2014, Zauderer 2016, Drzymalski ve ark. 2017). Kanıtlar ağırlı uyaranlara verilen yanıtın ve müziğin aynı nöral yol boyunca limbik sistem üzerinden beyine iletildiğini göstermektedir (Browning, 2000, Creehan 2007 , Burke 2014). Doğum odalarında da müzik yaygın olarak kullanılmaktadır (Creehan 2007, Burke 2014, Drzymalski ve ark. 2017). Farklı bir atmosfer oluşturan müzik sağlık çalışanlarına yeni bir bakış kazandırmaktadır.

Perinatal hemşirelerin daha rahat ve yavaş bir şekilde aktivitelerini yaparak doğum sürecini yönetmesi ve bu durumun uygulanması git gide artmaktadır. Kadın kulaklık kullanarak müzik dinlemesi dikkatinin ağrıdan başka yöne çekilmesini kolaylaştırır. Kadının rahatlamasını sağlayan müzikler tercih edilmesi kadının duygu durumunu geliştirir ve kontrol duygusunun gelişmesini sağlar. Müzik kadının ağrıya olan toleransını arttıracaağı gibi hareket etmesini veya ritmik nefes alması için destekleyici olmaktadır (Creehan 2007 , Burke 2014). Araştırmalar müziğin doğum eylemi sırasında anksiyeteyi düzeyini azalttığı ve doğum ağrısına toleransı arttırdığını göstermektedir (Hosseini ve ark. 2013, Simavlı 2014, Dehcheshmeh ve ark. 2015, Drzymalski ve ark. 2017).

2.6.2.11 Solunum Teknikleri:

Solunum teknikleri doğum ağrısını gidermede yardımcı olur. Kontraksiyonların en şiddetli olduğu zaman düzenli nefes alınması doğum ağrısının azalmasını sağlamaktadır. Solunum teknikleri aynı zamanda anksiyeteyi kontrol altına almaya yardımcı olur, odaklanmayı sağlar ve hiperventilasyonu nemeye yardımcı olur (Murray ve McKinney 2005 , Creehan 2007 , Davisson ve ark. 2008 , Dubey ve Lata 2017). Masaj terapisi ile birlikte kullanılması durumunda doğum ağrısının önemli ölçüde azalmasını sağlar. Dinlenme periyodunda nefes alıp kontraksiyon sırasında verilmesi doğum ağrısı yönetiminde bir çok kadına yardımcı olur. Latent fazda bir resime odaklanma, imajinasyon, sevdiği bir müziği dinleme gibi yöntemler kullanılarak doğru nefes alma tekniği ve nefesi kontrol edebilme öğrenilebilir (Dubey ve Lata 2017).

2.6.2.12 Hayal Kurma:

Kadının bir imajı, bir yeri veya insana mutluluk, rahatlama ve anlık olarak ağrının fiziksel gerçekliğini unutturan herhangi bir şeyin görselleştirilmesini sağlayan rahatlama tekniğidir (Dubey ve Lata 2017). Hayal gücüyle oluşturulan mental görüntü ve durumlar ağrıyı hafifletmektedir. Görme, dokunma, işitme, koku ve tat gibi tüm duyuların kullanılarak hayal gücü ile nesne veya olaylar oluşturulmaktadır. Hayal kurma ile oluşan görüntü veya olaylar o anda hissedilen ağrı düzeyini azaltmakla beraber gevşemeye, anksiyetenin azalmasına da yardımcı olmaktadır. Gözler kapatılarak olmak istenilen yer hayal edilerek mental görüntüler oluşturulabilir. Hayal kurmadan önce diğer gevşeme tekniklerinin kullanılmasının kişinin gevşemesine ve hayal

kurmasına yardımcı olmaktadır (NIH 2003). Doğum eylemi sırasında kontraksiyon anında sağlık personeli veya kadına destek olan kişiler kadının hayal kurmasına yardımcı olarak kadına rehberlik edebilir. Kadına destek olan kişi anlatımları veya öyküleme yaparak kadının hayal kurmasını kolaylaştıracak kelimeler söyleyerek kadının hayal kurmasına yardımcı olabilir (Yıldırım ve Şahin 2003, Rathfisch 2011, Murray ve McKinney 2005). Bu yöntemin kullanılmasının bilinç altı korkuları engellediği, vücutta endorfin ve okistosin hormonlarının üretimini arttırdığı, doğum eyleminin ilerlemesine durduran adrenal hormonunun salgılanmasını engellediği görülmüştür (Rathfisch 2011).

2.6.2.13. Dikkati Dağıtma ve Odaklanma :

Dikkati dağıtma, dikkatin ağrıdan başka bir yöne çevrilmesi demektir (NIH 2003, Avcıbay ve Alan 2011) Dikkati dağıtma ve bilişsel stratejiler ağırlı uyaranların bilgilerinin merkezi sinir sistemine iletilmesini engellemek için kullanılmaktadır. Ağırlı durumlarda dikkat kapasitesini ağrıdan uzaklaştırarak ağrı dışındaki uyaranların bilgilerine odaklanılmasını sağlayarak ağrı iletimini engellemektedir (Lıossı ve Franck 2017). İnsanlar, bu yöntemi, televizyon izlediklerinde veya radyo dinlerken bir endişe ya da ağrıyı "düşüncelerinden çek" diye fark etmeden kullanmaktadırlar. Dikkati dağıtma, hafif ağrıları yönetmek için tek başına kullanılabilir veya ağırlı işlemlerde ağrının kısa ataklarını yönetmek için ilaçla birlikte kullanılabilir. Aynı zamanda ağrıyı azalmak için farmakolojik yöntemler uygulanmadan önce de kullanılabilir. Hafif ağrı düzeyinde uzun süre etkili olmaktadır. Ayrıca en yoğun ağrı da bile ağrıdan kurtulmanın güçlü bir yolu olabilmektedir (NIH 2003). Dikkati ağrıdan başka yöne çekebilmek için herhangi bir etkinlik kullanılabilir. Dikkat dağıtma, örneğin sayma, zihinsel olarak kendinize şarkı söyleme, dua etme ya da "Baş edebileceğim" gibi ifadelerini tekrarlama gibi içsel olabilir. Bir film izlemek, televizyon izlemek veya müzik dinlemek de dikkat dağıtıcı yöntemlerdir. (NIH 2003, Avcıbay ve Alan 2011) Yavaş, ritmik nefes alıp vererek dikkatin nefes alıp vermeye çekilmesi gevşemeye yardımcı olmaktadır. Kulaklık aracılığıyla müzik dinlemenin faydalı olabileceğini düşünülmektedir (NIH 2003). Sayı sayma, olumsuz düşünceden uzaklığı artırmak için tasarlanmıştır. Nesneye odaklanma ve ayrıntılı bir şekilde kendisine tarif etme (nerede, ne kadar büyük, nedir bu vb) alternatif olarak geniş çevreyi tarif etme örneğin bulunulan odanın tarif edilmesi gibi tekniklerle dikkatin ağrı dışında başka yöne çekilmesi sağlanabilir (Lıossı ve

Franck 2017). Dikkati başka yöne çekme, odaklanmanın daha pasif bir biçimi olabilir. Dikkat çekici tedbirler kadar zihinsel yoğunlaşma gerektirmez ve ağrı şiddetli olduğunda etkisi azalabilir. Dikkati odaklanma ve dikkati dağıtma genellikle diğer stratejilerle birlikte kullanılır (Prasertcharoensuk ve Thinkhamrop 2004).

2.7 Doğum Eyleminde Dikkati Dağıtma ve Odaklanma:

Doğum eylemi sırasında dikkat dağıtma, çevreden gelen uyarılarla bir kadının dikkatini doğum ağrısından uzaklaştıracak süreci. Koridorda yürümek, bir sandalyede oturmak, ziyaretçilere konuşmak, televizyon izlemek, kart oynamak ve telefon kullanmak gibi eylemleri doğum eylemi sırasında kadınların farkında olmadan ağrıdan uzaklaşmak için kullanmaktadırlar. Çoğu kadın doğum sırasında kasılmalar yoluyla rahatça konuşamayacakları bir noktaya gelmektedir. Doğum eyleminde, kontrol duygusunu korumak yoğun konsantrasyon gerektiren zor bir iştir (Creehan 2007, Simpson ve Obrien-Abel 2014). Ağrı ile baş etme yöntemlerinin birçoğu dikkatin odaklanması ya da zihin yönlendirme faaliyetlerine bireyin bilinçli katılımını içerir. Ağrı algısını zihinden uzaklaştırmak için tasarlanmışlardır. (Prasertcharoensuk ve Thinkhamrop 2004, Avcıbay ve Alan 2011, Simpson ve Obrien-Abel 2014). Dikkati dağıtma ve odaklanma; kasılma sırasında algılanan ağrı duyusunun ağrı merkezine iletimini engelleyerek ağrı algısını azaltmaktadır (Simkin 2002). Bu yöntem hastanın ağrısını tümüyle yok etmez fakat, ağrıya olan toleransı ve kontrol duygusunu artırır (Özveren 2011).

Kontraksiyon sırasında dikkati ağrının dışında başka bir uyarana yönlendirmek önemlidir. (Yıldırım ve Şahin 2003, Avcıbay ve Alan 2011). Odaklanma kadının ancak bilinçli faaliyetleriyle gerçekleştirilebilir. Kadın görsel, işitsel, dokunsal uyarılara (dokunma ve masaj) odaklanarak zihnini ağrıdan başka yöne uzaklaşmasını sağlayabilir. Örneğin; doğuma destek veren kişiye dikkatini verebilir , müzik, uğultu ve sözlü teşvik gibi işitsel uyarılara odaklanabilir, kendi kendine hipnoz, kendi bakımına dikkatini yöneltebilir veya görsel uyarılara odaklanmak için odanın herhangi bir nesnesini kullanabilir. (Simkin 2002, Prasertcharoensuk ve Thinkhamrop 2004). Hafızasında oluşturacağı görüntüye odaklanabilir (Simkin 2002, Prasertcharoensuk ve Thinkhamrop 2004, Zauderer 2016). Rahat ve mutlu hissettiği bir ana, bir yere veya bir etkinliğe odaklanabilir. Plaja, dağın tepesinde olmak (Simkin 2002, Prasertcharoensuk ve Thinkhamrop 2004), bahçede yürümek, ışık, enerji ve şifa veren bir renkleri zihninde

canlandırarak soluduğunu ve tüm endişe ve gerginliğini yok ettiğini hayal etmek (Zauderer 2016) ve serviksin açılması için uterus kasının kasılmalarını bebeğin doğum yolunda ilerlediğini hayal edip odaklanarak zihnin ağrıdan uzaklaşmasını sağlayabilir (Simkin 2002, Prasertcharoensuk ve Thinkhamrop 2004, Murray ve McKinney 2005).

Bir kadın gözlerini kapatmayı tercih edebilir veya bir eksternal odak noktasına konsantre olmak isteyebilir. Gözleri açık tutarak, vücudunun dışındaki bir alana konsantrasyonunda ve dolayısıyla kadının ağrısından uzaklaşmasına yardımcı olmaktadır (Murray ve McKinney 2005). Özellikle bir odak nokta belirlenmesi konsantrasyonun sürdürülmesini sağlar. Resimler, herhangi bir nesne odak nokta olabilir (Yıldırım ve Şahin 2003, Murray ve McKinney 2005). Doğum eylemi sırasında bulunan odada herhangi bir odak noktası daha önceden belirlenmemiş ise odada bulunan herhangi bir nesneye odaklanabilirler (Yıldırım ve Şahin 2003, Murray ve McKinney 2005 , Simpson ve O'Brien-Abel 2014, Zauderer 2016). Gebeler evden getirdikleri eşyaları da odak nokta olarak kullanabilirler. Ayrıca doğum süresince yanında bulunan kişi veya kendisine destek veren sağlık personeli ile göz teması kurarak dikkatini ağrıdan uzaklaştırabilir (Yıldırım ve Şahin 2003). Bazı kadınlar, belirli bir zihinsel faaliyete, bir şarkı, tezahürat, geri sayım veya dua etme gibi konulara odaklanır. Nefes alma, gevşeme, olumlu düşünme ve olumlu görselleştirme doğum eyleminde kadının odaklanması için kullanılmaktadır (Simkin, 2002, Simpson ve O'Brien-Abel 2014). Zihinde görselleştirme ile odaklanma tekniğinde zihinde oluşturulacak görüntü için konunun önceden seçilmesi ve gebelik döneminde tekniğin uygulanması ve pratik yapılması doğum sırasında uygulamanın etkinliğini arttırmaktadır (Zauderer 2016).

2.8 Stereogramlar:

Stereogram, zihinde üç boyutlu (3D) algı oluşturan iki boyutlu (2D) görsellerin genel adıdır. Bütün stereogramlar iki gözün zihinde oluşturduğu derinlik algısına hitap eder. Sağ ve sol gözün mesafe farkından dolayı görünen görüntülerin arasındaki açı farkının suni bir taklidini sunar. Stereogramların algımızda yarattığı bu yanılsama zihnimizde üç boyut duygusu oluşturur (Altunoğlu 2017).

1838 yılında, İngiliz bilim adamı Charles Wheatstone tarafından keşfedilmiştir. Wheatstone Stereopsis'e (binoküler derinlik algısı) ilişkin bir açıklama yayınlamıştır. Aynayı baz alarak icat ettiği stereoskopu kullanarak insanlar düz, iki boyutlu imajlara

baktıklarında, üç boyutlu derinlik illüzyonunu deneyimlemişlerdir. 1849 ve 1850 yılları arasında, İskoçyalı bir bilim adamı olan David Brewster, Wheatstone'un stereoskopunun "duvar kâğıdı etkisini" keşfetmiştir. Duvar kağıtlarındaki tekrar eden desenlere bakmanın beynin, bu desenleri duvarların arkasındaki sanal bir düzlem üzerinde aynı sanal nesneden geliyormuş gibi eşleştirme yanılışına düşmesine neden olduğunu fark etmiştir. Duvar kâğıdı tarzı "otostereogramlar tek imajlı stereogram olarak da bilinmektedir (Pinker 1997).

Türkiye'de de 90'lı yıllarda popüler olan "şaşı bak şaşır" diye bilinen stereogramlar ise aslında otostereogramdır. 1860'lardaki ilk nesil streogramlar ve anaglifler gibi derinlik algısı yaratmak için iki adet görsele veya harici bir gözlüğe ihtiyaç duymaz. Otostereogramları görmek için görselin bulunduğu yüzeye odaklanmak yerine, görselin ilerisinde veya gerisinde odaklanılmalı ki sağ ve sol göze gelen görüntü farklılaşıp beyinde derinlik hissi oluştursun. Harici bir araca ihtiyaç duymamaları sayesinde otostereogramlar 1990'lara özellikle ABD'de "magic eye" kitap serisinde stereogram adıyla oldukça popüler olmuşlardır (Altunoğlu 2017).

Görüntüleme Mekanizmaları

Beyin; bu nesnelerin derinliğini tespit etmek için ıraklık açısını yani eşleştirilen nesnelerin koordine değişimini kullanır. Verjans kontrolü, 3 boyutlu görüntülerin görülebilmesi için önemlidir. Bu nedenle net ve keskin bir görüş elde etmeye çalışmak yerine iki göze ulaşan görüntülerin değiştirilmesi için iki gözün yakınsanmasına/ıraksanmasına çalışılması faydalı olabilir (McLin ve Schor 1988). Iraklık açısını esas alan stereo görüş, beynin nesnelerin derinliklerini yakınsama noktasına göre hesaplayabilmesini sağlar (Kinsman 1992). Stereogramda hedeflenen üç boyutlu görüntünün görülmesi hakkında birçok tavsiye bulunmaktadır. Bazıları 3 boyutlu görüntüleri bir stereogramda basit şekilde görebilirken diğerleri lensin odaklanmasından kaynaklanan göz yakınsamasını ayırtırmak için gözlerini eğitmek zorunda kalmaktadır. Stereogramlardaki 3 boyutlu illüzyonu herkes görememektedir. Stereogramlar stereo görüntüyü esas alarak yapıldıklarından farklı görme bozukluklarına sahip olan kişiler, bu bozukluk sadece bir gözü etkilese bile üç boyutlu görüntüleri görememektedir. Ampliyopi (göz tembelliği) hastası kişiler üç boyutlu görüntüleri görememektedir (Pinker 1997, Webber ve Wood 2005).

Beynin odaklanmak yerine yakınsamaya konsantre olmasını kolaylaştırmada kullanılabilecek yollardan biri, resmi yüzün karşısında ve burnu resme temas edecek şekilde tutmaktır. Çoğu kişi, resim gözlerine çok yakında iken resme odaklanamamaktadır. Beyin, net bir görüntü elde etmek için göz kaslarını hareket ettirmekten vazgeçebilir. Kişi resmi yavaşça yüzünden uzaklaştırırsa ve bu esnada gözlerini odaklama veya döndürmeden sakınır ise beyin bir noktada desen çiftleri arasındaki mesafe iki göz küresinin mevcut yakınsama derecesine karşılık geldiği desen çiftlerine kilitlenecektir (Grossman ve Smith 2004). Başka bir yöntem ise beyni resime odaklanmaya ikna etmek amacıyla görüş alanının resim üzerinde sabit tutarken uygun yakınsama derecesini elde etmek için resmin arkasında bulunan bir nesneye sabit şekilde bakmaktır. Değiştirilmiş bir yöntemde ise kişi, resmin parlak yüzeyindeki kendi yansımaya sabit şekilde bakar; bu durumda beyin resmin iki kat uzaklıkta olduğunu düşünecektir. Bu sayede beynin yakındaki resme odaklanırken gerekli yakınsama derecesini elde etmesine yardımcı olacaktır (Grossman ve Smith 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli:

Bu araştırma; Doğum eyleminin birinci evresinde odaklanma ve dikkati başka yöne çekmek amacıyla özel olarak hazırlanan ve uygulanan stereogram kartların, algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla deneysel prospektif randomize kontrollü klinik çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri:

H₁; Doğum eyleminde stereogram kart uygulanan deney grubu ile kontrol grubu arasında, doğum ağrısını algılama açısından fark vardır.

H₂; Doğum eyleminde stereogram kart uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum süresi açısından fark vardır.

H₃; Doğum eyleminde stereogram kart uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, durumluk anksiyete düzeyi açısından fark vardır.

H₄; Doğum eyleminde stereogram kart uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, yorgunluk düzeyi açısından fark vardır.

H₅; Doğum eyleminde stereogram kart uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, konfor düzeyi açısından fark vardır.

H₆; Doğum eyleminde stereogram kart uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum sonu dönemde ilk emzirmeyi başlatma açısından fark vardır.

H₇; Doğum eyleminde stereogram kart uygulanan gebeler, yapılan uygulamadan memnundur.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma, 15.01.2016-15.05.2017 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezi Doğumhane'sinde yapıldı.

Merkezi Doğumhane 6 yataklı bir travay odası, 4 tane doğum odası, sezaryen doğumların gerçekleştirildiği 1 ameliyathane ve yenidoğan bebekler için 1 müdahale odası bulunmaktadır. Travay Odasında 5 Elektronik Fetal Monitor (EFM) bulunmaktadır. Doğum odalarında 1 doğum masası ve 1 radyant ısıtıcı bulunmaktadır.

Doğumhanede toplam 7 hemşire / ebe görev yapmaktadır. Çalışma sistemi 08-17 gündüz, 16-08 gece nöbeti şeklindedir.

Doğumhane işleyişi:

- Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce gebe polikliniklerinde ve ya acil kadın doğum polikliniğinde değerlendirilmekte ve yatış kararı verilen gebeler daha sonra doğumhaneye alınmaktadır.
- Doğumhaneye kabul edilen gebeler asistan hekimler tarafından sistem yatışı yapılmakta, anamnezi alınmakta, hemşire/ebeler tarafından da hastadan gerekli bilgiler alınarak hastanede kullanılan anamnez formu doldurulur, damar yolu açılır, doğumhane önlüğü giydirilir. Fetal monitorizasyon yapıldıktan sonra gerekli olan gebelere hekim istemi üzerine lavman uygulanır.
- Doğumhanede ağrıyı gidermek için nonfarmakolojik yöntemler uygulanmamaktadır. Hekim kararı ile anestezi ekibi tarafından bazı gebelere epidural anestezi uygulanmaktadır.
- Gebeler vajinal tuşe ile değerlendirildikten sonra hekim istemi üzerine doğum eyleminin birinci evresini kısaltmak ve doğum eylemini hızlandırmak amacıyla oksitosin indüksiyonu, prostaglandin (PGE2, propes) uygulanmaktadır.
- Gebelere EFM yapıldıktan sonra yürümelerine izin verilir.
- Normal doğumlara asistan hekimlerle beraber bir hemşire/ebe girmektedir. Normal doğumlar asistan hekimler tarafından yapılmakta olup hemşire/ ebeler tarafından asiste edilmektedir.
- Doğumdan sonra plasenta ayrıldıktan sonra kanama takibi yapılarak 500 cc serum içerisine 25 ünite synpitan IV verilmekte, gebenin yaşam bulguları alınarak tansiyonu yüksek değilse metiler bir ampul I.M yapılmaktadır.
- Doğumdan sonra bebek müdahale odasında bakımı yenidoğan asistanları ve hemşireleri tarafından yapılmakta ve 1 hemşire/ebe tarafından ağırlık, boy, baş çevresi ölçüleri alınarak gebe dosyasına yazılmakta, bebek ayak izi alınmaktadır.
- Bebek bakımı tamamlandıktan sonra bebek anne yanına verilerek emzirmesi desteklenmektedir. Doğum sonu iki saat takip edildikten sonra anne ve bebeği kadın doğum kliniğine alınmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evreni, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezi Doğumhane'sinde 01/07/2014-01/07/2015 tarihleri arasında normal doğum yapan nullipar 528 kadından oluşmuştur.

PASS programında Equivalence tests for two means [Differences] seçeneği kullanılarak iki grup ortalaması arasındaki farklılığın araştırılmasına göre Güç analizi yapılmıştır. Daha önceki yapılan çalışmalara göre deney grubu ile kontrol grubu arasındaki ağrı düzeyi farkın girişimden sonra 5, kontrol ve deney grubunun ilk ölçümdeki standart sapmalarının 2 olduğu varsayımı ile anlam düzeyi $\alpha=0.05$ testin gücü $1-\beta=0.99$ olarak alındığında seçilmesi gereken örneklem büyüklüğünün kontrol grubu için 30 ve deney grubu için 30 olması gerektiğine karar verilmiştir.

Örneklem Dahil Edilme Koşulları:

- Miadında gebelik (37-42.hafta)
- Tek, canlı ve vertex pozisyonunda fetüse sahip olma
- Doğum eyleminin latent evresinde olma
- Servikal dilatasyonun 5 cm'den az olması
- Vajinal doğumu planlanması
- Herhangi bir gebelik komplikasyonu olmaması
- Kontraksiyonları başlamış ve düzenli olan
- Lisan problemi olmayan
- Sözel iletişim kurabilen
- Çalışmayı kabul eden gebeler.

Örneklem Dahil Edilmeme Koşulları:

- Narkotik analjezik veya sedatif alan
- Kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, böbrek hastalığı gibi sistemik hastalığı olan
- Gebelik komplikasyonu olan (plesenta previa, preeklampsi, oligohidroamniyoz, polihidroamniyoz, pozisyon/ prezentasyon bozukluğu vb) gebeler.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri:

3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

Gebenin sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, evlilik süresi, eşinin çalışma durumu, en uzun yaşadığı yer) Gebelik sayısı, gebelik öncesi dismenore durumu, servikal dilatasyon ve efasmanları, doğuma ve doğum ağrısına yönelik düşünceleri.

3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

Gebelerin ağrı puan ortalamaları ve doğum süresi ortalamaları, doğum sonu erken dönem konfor düzeyi puan ortalamaları, yorgunluk düzeyi puan ortalamaları, emzirmeyi başlatma, durumluluk anksiyete düzeyi, uygulamaya yönelik memnuniyetleri.

3.6. Veri Toplama Araçları:

3.6.1. Gebe Tanıtım Formu:

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranıp incelenerek hazırlanmıştır. Gebenin sosyodemografik özellikleri, tıbbi ve obstetrik özellikleri, şimdiki gebeliği ve doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır (EK-1).

Sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sorular; gebenin yaşı, medeni durumu, evlilik süresi, eşiyile akrabalık durumu, öğrenim ve çalışma durumu, gelir durumu, eşinin öğrenim ve çalışma durumu, en uzun yaşadığı yer, aile tipine ilişkin soruların yer aldığı toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Gebenin tıbbi ve obstetrik özellikleri ile ilgili sorular; kronik bir hastalığının varlığı, gebelik öncesi dismenore sorunu olup olmadığı, gebelik, düşük, kürtaj olup olmadığı bilgilerini içeren toplam 7 sorudan oluşmaktadır.

Şimdiki gebeliği ile ilgili sorular; son adet tarihi, gebeliği isteme durumu, gebeliğinde ne tür problem yaşadığı, gebeliğinde sigara kullanma ve ilaç kullanma durumu, doğum öncesi kontrollere gitme, doğum öncesi eğitim alma durumunu içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

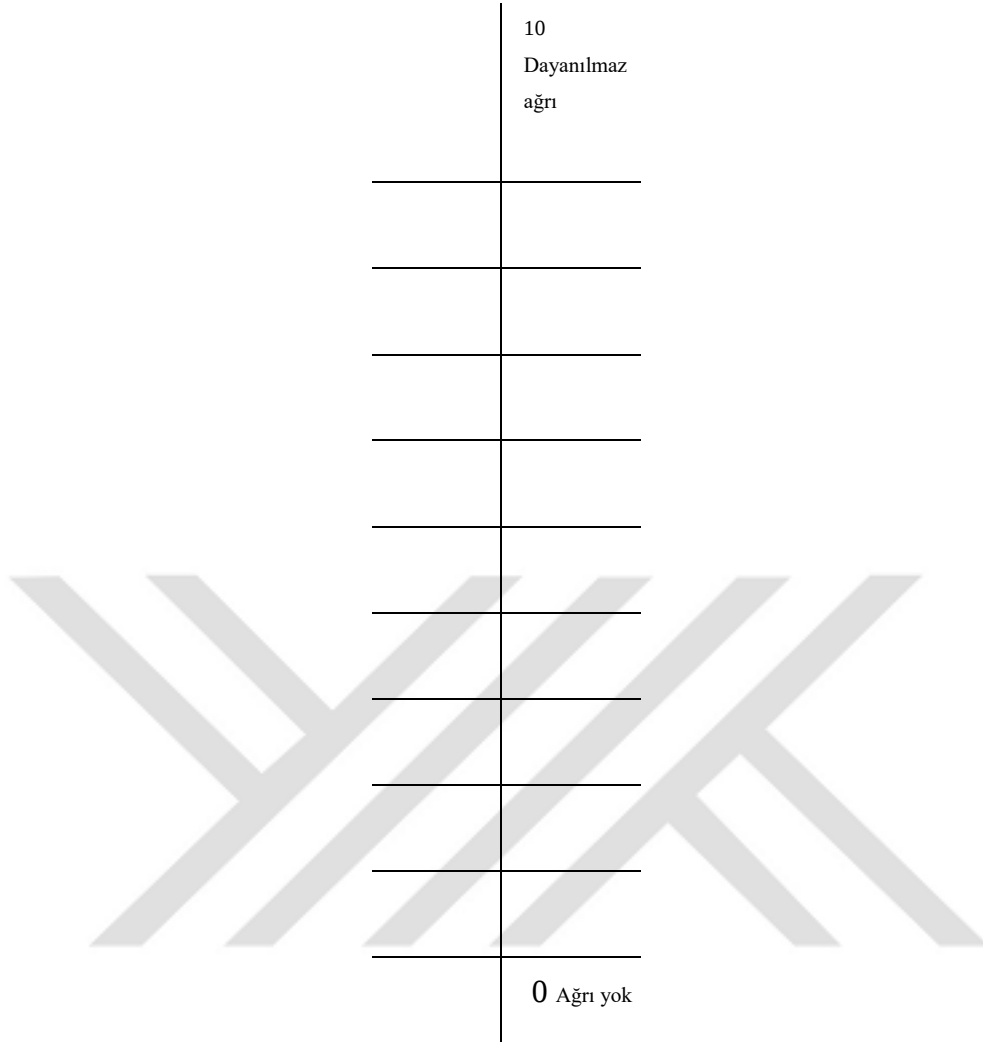
Doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri ile ilgili sorular; normal doğuma hazır hissetme durumu, normal doğum kararı, doğum ağrısı ile ilgili genel düşüncesi, doğum ağrısı ile başetmede kullanılan yöntemleri bilme durumunu içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Doğum Eylemi İzlem Formu

Doğum eylemi izlem formunda; gebelik haftası, doğum ağrılarının başladığı tarih ve saat, doğum eyleminin birinci evresinde yapılan ilaçlar ve uygulamalar, stereogram kart uygulaması öncesi ve sonrası değerlendirmelere ilişkin tablo (servikal dilatasyon ve silinme, başın seviyesi ve membranların durumu, kontraksiyonların şiddeti ve sıklığı, fetal kalp atım hızı (FKA), annenin vital bulguları ve doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlar), 2. evrenin başladığı saat, bitiş saati, doğum eyleminin toplam süresi, yeni doğanın ilk değerlendirilmesine yönelik sorular (bebeğin cinsiyeti, baş çevresi, kilosu, boyu, APGAR skoru ve sağlık durumu, ilk emzirmenin başlatılması ve annenin emzirme durumu) yer almaktadır. (EK-2).

3.6.3. Visual Analog Skala (VAS) = Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

VAS, algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Çalışmalarda algılanan doğum ağrısını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Geçerli ve güvenilir bulunmuştur. 0-10cm'lik bir cetvel şeklinde ölçeğin bir ucu 0 ağrısızlığı, diğer ucu ise 10 en şiddetli ağrı yoğunluğu derecesini belirtmektedir. Hasta algıladığı ağrısını cetvel üzerinde işaretleyerek ağrı yoğunluğunun derecesini değerlendirir. (Huskisson 1974, Collins ve ark. 1997) VAS' ile ilgili standardizasyon çalışmalarında ölçeğin dikey şekilde kullanımının daha kolay anlaşıldığı bildirilmiştir. (EK 3) (Collins ve ark. 1997, Kömürcü ve Ergin 2013) (EK- 3).



Şekil 1: Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)= Visual Analog Skala (VAS)

VAS'ın Uygulanma Sıklığı ve Zamanı:

VAS'ın Doğumda Stereogram Odaklama (DSO) Grubundaki Katılımcılara Uygulanması;

Deney grubundaki katılımcıların VAS'ın uygulanma sıklığı klinik rutin uygulamalara uygun olarak yapılmıştır. Gebelerin doğum eylemi izlemi ve değerlendirilmesi (servikal dilatasyon, servikal efasman, fetusun prezentasyonu, başın seviyesi) klinikte rutin olarak iki saatte bir yapılmaktadır. Deney grubundaki katılımcılara doğumhaneye yatışları yapıldığında ve sonrasında iki saatte bir stereogram kartlara odaklanma öncesi ve sonrası VAS uygulanmıştır.

VAS'ın Kontrol Grubundaki Katılımcılara Uygulanması;

Kontrol grubundaki katılımcıların VAS'ın uygulanma sıklığı klinik rutin uygulamalara uygun olarak yapılmıştır. Katılımcıların doğum eylemi izlemi ve

değerlendirilmesi (servikal dilatasyon, servikal efasman, fetusun prezentasyonu, başın seviyesi) klinikte rutin olarak iki saatte bir yapılmaktadır. Kontrol grubundaki katılımcılara doğumhaneye yatışları yapıldığında ve sonrasında iki saatte bir VAS uygulanmıştır.

3.6.4. Doğumda Stereogram Odaklama Kartı (DSO-K):

DSO-K Yapısı ve Yapılışı :

Stereogramların yapısı iki adet görselden oluşur: 1. Derinlik haritası (depth map) 2. Doku görseli (texture map). Bu iki görsel bu konu için tasarlanmış bir bilgisayar yazılım ile birleştirilir. Stereogram creator programı kullanılarak yapılmaktadır (Altunoğlu 2017). Doğumda stereogram odaklama kartları Stereogram creator programı kullanılarak yapılmıştır. Doğuma özel stereogram kartları oluşturmak için doku görseli arkasında üç boyutlu görseli oluşturacak silüetler için annelerin dikkatini çekecek özel anne, baba, bebek silüetleri kullanılmıştır.

Doğumda Stereogram Odaklama Kartlarının (DSO-K) DSO Grubuna Uygulanması:

DSO grubundaki katılımcılar çalışmayı kabul ettikten sonra doğumda stereogram odaklama kartlarının (DSO-K) görme tekniğini öğretmek için doğum öncesi dönemde eğitime davet edilerek doğum öncesi süreçte stereogram kartlara odaklanma ile ilgili uygulamalı eğitim verilmiştir. DSO grubundaki katılımcıların stereogram kartlarla odaklanması ve VAS'ın değerlendirilme sıklığı klinik rutin uygulamalara uygun olarak yapılmıştır. Gebelerin doğum eylemi izlemi ve değerlendirilmesi (servikal dilatasyon, servikal efasman, fetusun prezentasyonu, başın seviyesi) klinikte rutin olarak iki saatte bir yapılmaktadır. DSO grubunda bulunan katılımcılar latent faz, aktif faz ve geçiş fazı boyunca kontraksiyonları sırasında stereogram kartlarla odaklanması sağlanmıştır. DSO grubundaki katılımcılara iki saatte bir odaklanma öncesi ve sonrası VAS uygulanmıştır. VAS uygulamasının dışında latent, aktif ve geçiş fazı boyunca katılımcılar kontraksiyonları sırasında stereogram kartlara odaklanmaya devam etmiştir.

3.6.5. Durumluk Anksiyete Ölçeği

Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından da 1983 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (Özusta 1995). Durumluk

anksiyete ölçeği, bireyin belirli bir anda ve durumda kendisini nasıl hissettiğini belirleyen bir ölçektir (Erer 2004, Dönmez ve ark. 2014). Bireyin içinde bulunduğu durumda yaşadığı duygu ya da davranışları şiddet derecesine göre (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamen gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırmasını gerektirir. Durumluk anksiyete ölçeği 20 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilmektedir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Ölçüt yönergesine uygun biçimde yapılan puanlandırmada 0-19 puan “yok”, 20-39 puan “hafif”, 40-59 puan “orta”, 60-79 puan “ağır”, 80 puan ise şiddetli anksiyete olarak değerlendirilir (EK 4). Durumluk anksiyete ölçeği katılımcılara latent fazda servikal dilatasyon 3-4 cm iken ve geçiş fazında servikal dilatasyon 8-9cm iken değerlendirilmiştir.

3.6.6. Doğum Sonu Değerlendirme Formu

Doğum sonu değerlendirme formu; DSO grubu ve kontrol grubuna alınan katılımcılara doğum sürecini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Doğum sonu 2. saatte uygulanarak gebenin bu doğumla ilgili düşünceleri, doğum ağrısı hakkındaki düşünceleri, doğum sonu nasıl hissettikleri, doğum eylemi boyunca yapılan uygulamalardan memnuniyetleri ile ilgili sorular yer almaktadır.

Stereogram kart uygulamasının değerlendirilmesine yönelik soru formu; doğum sonrası 2. saatte sadece DSO grubu katılımcılara uygulandı. Bu soru formu; katılımcıların stereogram kart uygulamasının etkinliğini, bu uygulamadan memnun kalma durumlarını, diğer gebeliklerinde de isteme, gebelere önerme durumları, uygulamadan rahatsız olma durumları ve uygulamayı doğum eylemi boyunca sürekli uygulanmasını isteme durumlarını değerlendiren, 6 sorudan oluşmaktadır (EK 5).

3.6.7. Doğum Sonu Konfor Ölçeği

Kolcaba tarafından 1992 yılında genel konfor ölçeği geliştirilmiştir (Kolcoba 1992). “Genel Konfor Ölçeği”nin geçerlilik güvenirlik çalışması Sema Kuğuoğlu ve Ükke Karabacak tarafından yapılmıştır (Kuğuoğlu ve Karabacak 2008). “Doğum Sonu Konfor Ölçeği” 2007 yılında Karakaplan tarafından genel konfor ölçeğinin Türkçe formundan uyarlanarak geliştirilmiştir. Normal spontan doğum yapan annelerin fiziksel, psikospirüel, sosyokültürel konforlarını değerlendirmektedir. 5’li likert tipinde olan bu ölçek toplam 34 maddeden oluşmaktadır ve maddelerin 16 olumlu, 18 olumsuz ifade içermektedir (Karakaplan 2007).

Bu konfor alanları aynı zamanda ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. 5’li likert tipinde olan bu ölçek toplam 34 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade için geçerli olmak üzere (Tamamen katılıyorum) 5 puan, (Katılıyorum) 4 puan, (Biraz katılıyorum) 3 puan, (Katılmıyorum) 2 puan, (Kesinlikle katılmıyorum) 1 puan şeklinde puanlama yapılmaktadır. Ölçekte olumlu ifadeler 1’den başlayarak 5’e kadar düz kodlama şeklinde, olumsuz ifadeler ise 5’ten başlayarak 1’e kadar ters kodlama şeklinde puanlandırılmaktadır (Karakaplan 2007) Doğum sonu konfor ölçeği katılımcılar doğumdan sonra ilk iki saati tamamladıktan sonra ve servise yatağına alındıktan sonra değerlendirilmiştir (EK 6).



4. BULGULAR

Doğum eyleminin birinci evresinde Doğuma özel hazırlanan stereogram kartlarla odaklamanın algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgular 5 başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Durumları, Bilgi ve Kararları ve Doğum Korkularına ilişkin bulgular

4.3. Katılımcıların Stereogram Kartla Odaklama ve Doğum Süreçlerine İlişkin Bulgular

4.4. Katılımcıların Ağrı ve Anksiyete Durumlarına İlişkin Bulgular

4.5. Katılımcıların Doğum Sonu Dönemdeki Durumlarına İlişkin Bulgular

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan DSO grubu ve kontrol grubu katılımcıların sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılmalı bulguları yer almaktadır.

Tablo 4-1: DSO ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		DSO Grubu		Kontrol Grubu		P
		Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
Yaş		24,3 ± 4,4	23,5	23,9 ± 4,5	23,5	0,333 ^a
Medeni Durum (yıl)	Evli	30	100,0	30	100,0	1,000 ^b
	Bekar	0	0,0	0	0,0	
Evlilik Süresi		1,4 ± 0,7	1,0	1,6 ± 1,2	1,0	0,808 ^c
Eğitim Durumu						
Okur- Yazar Değil		4	13,3	1	3,3	0,006 ^b
İlkokul		0	0,0	9	30,0	
Ortaokul		10	33,3	5	16,7	
Lise		8	26,7	11	36,7	
Üniversite		8	26,7	4	13,3	
Çalışma Durumu	Evet	4	13,3	2	6,7	0,389 ^b
	Hayır	26	86,7	28	93,3	
Eşin Çalışma Durumu	Evet	27	90,0	29	96,7	0,301 ^b
	Hayır	3	10,0	1	3,3	
Gelir Durumu						
Gelir Giderden Düşük		6	20,0	7	23,3	0,103 ^b
Gelir Gidere Denk		23	76,7	17	56,7	
Gelir Giderden Fazla		1	3,3	6	20,0	
Aile Özelliği						
Çekirdek Aile		22	73,3	19	63,3	0,200 ^b
Geniş Aile		8	26,7	8	26,7	
Parçalanmış Aile		0	0,0	3	10,0	
En Uzun Yaşadığı Yer						
İstanbul		18	60,0	23	76,7	
Diğer		12	40,0	7	23,3	

^a t test / ^b Ki-kare test/ ^c Mann-whitney u test

Tablo 4-1’de katılımcıların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. DSO ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamaları 23,5 olup, yaşları anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO ve kontrol grubunda katılımcıların %100’ünün medeni

durumu evli olup, evlilik süresi ortalamaları her iki grup içinde 1 yıldır ($p>0.05$). DSO grubunda eğitim düzeyi kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. DSO ve kontrol grubundaki katılımcıların çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir düzeyi, aile özelliği yönünden anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: DSO ve Kontrol Grubunun Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

		DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Gebelik sayısı	1	27	90,0	28	93,3	1,000 ^a
	2	1	3,3	2	6,7	
	3	2	6,7	0	0,0	
Düşük Yapma Durumu	Evet	4	13,3	2	6,7	0,389 ^a
	Hayır	26	86,7	28	93,3	
Küretaj Olma Durumu	Evet	2	6,7	1	3,3	0,554 ^a
	Hayır	28	93,3	29	96,7	

^aKi-kare test

DSO ve kontrol grubundaki katılımcıların gebelik sayısı, düşük yapma durumu ve küretaj olma durumu anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubundaki katılımcıların %90'nının, Kontrol grubundaki katılımcıların ise %93,3'ünün ilk gebeliği olduğu saptanmıştır (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Katılımcıların Dismenore Yaşama Durumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

		DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Gebelikten Önce Dismenore Yaşama Durumu	Evet	11	36,7	15	50,0	0,294 ^a
	Bazen	15	50,0	14	46,7	
	Hayır	4	13,3	1	3,3	
Dismenore Şiddeti						
	Hafif	2	7,7	8	27,6	0,048 ^a
	Rahatsız Edici	8	30,8	3	10,3	
	Şiddetli	5	19,2	10	34,5	
	Çok Şiddetli	11	42,3	8	27,6	
Dismenoreyi gidermek için neler yapıyordunuz?						
	Hiçbirşey Yapmıyordum	6	20,0	6	20,0	1,000 ^a
	Ağrı Kesici Alıyordum	10	33,3	12	40,0	0,592 ^a
	Uyurum/İstirahat	14	46,7	9	30,0	0,184 ^a
	Ilık Duş/Banyo	4	13,3	4	13,3	1,000 ^a
	Karına/Sırtı Masaj	3	10,0	1	3,3	0,301 ^a
	Egzersiz/Yürüyüş	3	10,0	1	3,3	0,301 ^a

^aKi-kare test

DSO ve kontrol grubunda gebelikten önce dismenore görülme oranı ve dismenore şiddeti anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubundaki katılımcıların %46,7'si dismenore yaşadıklarında uyuyarak/istirahat ederek, kontrol grubunda katılımcıların ise %40'ı ağrı kesici alarak geçirdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4-3).

4.2. Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Durumları, Bilgi ve Kararları ve Doğum Korkuları

Tablo 4-4: DSO ve Kontrol Grubunun Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

		DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Gebeliği İsteme Durumu	Evet	29	96,7	30	100	1,000 ^a
	Hayır	1	3,3	0	0	
Gebelikte problem yaşama durumu	Evet	0	0,0	1	3,3	1,000 ^a
	Hayır	30	100	29	96,7	
Gebelikte Sigara Kullanma Durumu	Evet	2	6,7	1	3,3	0,554 ^a
	Hayır	28	93,3	29	96,7	
Gebelikte İlaç Kullanma Durumu	Evet	1	3,3	2	6,7	0,554 ^a
	Hayır	29	96,7	28	93,3	
	Allerji	1	3,3	0	0,0	
	Levetron 100mg, Alfamet Tb	0	0,0	1	3,3	
	Tiroid İlacı	0	0,0	1	3,3	
Gebelikte DÖB alma Durumu	Evet	30	100	30	100	1,000 ^a
	Hayır	0	0,0	0	0,0	
İzlem Sayısı		ort±ss	med	ort±ss	med	0,881 ^a
		10,7±2,7	9	10,6±3,5	9	
DÖB aldığı yer						
Aile Sağlığı Merkezi		0	0,0	1	3,3	
Devlet Hastanesi		3	10,0	9	30,0	
Eğitim Araştırma Hastanesi		23	76,7	15	50,0	
Özel Muayenehane		0	0,0	2	6,7	
Özel Hastane		4	13,3	3	10,0	
Doğum Öncesi Bakım Aldığı Sağlık Personeli	Ebe	0	0,0	1	3,3	1,00 ^a
	Doktor	30	100	29	96,7	
Gebelik Sırasında Doğum Eylemine İlişkin Eğitim Alma Durumu	Evet	7	23,3	4	13,3	0,317 ^a
	Hayır	23	76,7	26	86,7	
Eğitim Aldığı Sağlık Personeli	Ebe	2	6,7	1	3,3	
	Hemşire	1	3,3	1	3,3	
	Doktor	4	13,3	2	6,7	

^a Ki-kare test

DSO ve kontrol grubunda; isteyerek gebe kalma oranı, gebeliğin herhangi bir döneminde gebelikle alakalı sorun yaşama oranı, gebelikte sigara kullanma oranı, gebelikte herhangi bir ilaç kullanma oranı, gebelikte DÖB alma oranı ve izlem sayısı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubu izlem sayısı ortalaması $10,7\pm2,7$, kontrol grubunun ise $10,6\pm3,5$ 'tir. Toplam izlem sayısı ortalaması $10,6\pm3,1$ 'tir. DSO grubundaki katılımcıların %100'ü, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 96,7'si gebelikte doğum kontrolünü doktor tarafından yapıldığını bildirmiştir. DSO grubu (%76,7) ve kontrol grubunun (%86,7) büyük çoğunluğu doğum eylemine ilişkin eğitim almadığını ifade etmiştir. Eğitim alanlarından ise DSO grubunun %13,3'ü, kontrol grubunun ise %6,7'si eğitimi doktordan aldıklarını ifade etmiştir (Tablo 4-4).



DSO ve kontrol grubunda normal doğuma hazır olma oranı, normal doğum kararını veren kişi dağılımı, doğum şeklinde karar verme zamanı, normal doğum karar nedeni, doğum ağrısı ile ilgili genel düşünceleri anlamlı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubundaki katılımcıların %46,7'si normal doğum kararını kendisinin aldığını ifade ederken, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 60'ı normal doğum kararını doktor'un verdiğini ifade etmiştir. DSO grubundaki katılımcıların %83,3'ü, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 86,7'si doktor söylediği için normal doğum kararı verdiklerini bildirmiştir. DSO grubunun (%86,6) ve kontrol grubunun(%90) büyük çoğunluğu doğum ağrısını şiddetli olarak tanımlamaktadır. DSO ve kontrol grubunda doğum ağrısını gidermede kullanılan yöntemleri bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) fark saptanmıştır. DSO grubunun %40'ı, kontrol grubunun ise %20'si doğum ağrısını gidermede kullanılan yöntemleri bildiğini belirtmiştir. DSO grubunun %10'u en fazla nefes tekniklerini, kontrol grubunun %6,7'si nefes ve %6,7'si hidroterapiyi en fazla bilmektedir (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Ağrısı ve Doğum Korkusuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması

		DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	N	%	
Doğumdan Korkma Durumu	Evet	22	73,3	26	86,7	0,197 ^a
	Hayır	8	26,7	4	13,3	
Korku Nedeni						
	Ağrıdan korkma	7	23,2	10	33,2	
Doğum Esnasında Bir Sorun olmasından korkma		3	9,9	2	6,6	
Doğumhane Ortamından Korkma		1	3,3	0	0,0	
İlk Doğum Olduğu İçin doğumdan korkma		11	36,6	14	43,3	

^aKi-kare test

DSO ve kontrol grubunda doğumdan korkma durumu anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubu (%73,3) ve kontrol grubunun (%86,7) büyük çoğunluğu doğumdan korktuklarını ifade etmiştir. Her iki gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğu (DSO grubu %36,6, kontrol grubu %43,3) ilk doğumu olduğu için doğumdan korktuklarını belirtmiştir (Tablo 4-6).

4.3. Katılımcıları Stereogram Kartla Odaklama ve Doğum Sürelerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-7: DSO ve Kontrol Grubunun Doğum sürelerinin karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		P
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
Birinci Evre Süreleri (dk)					
Laten Faz	222 ± 202	150	245 ± 260	178	0,672 ^a
Aktif Faz	105 ± 79	75	149 ± 88	120	0,012 ^a
Geçiş Faz	37 ± 26	30	42 ± 28	39	0,327 ^a
Toplam Doğum Süresi*	541 ± 255	528	503 ± 231	413	0,595 ^a

^a Mann-whitney u test

*latent fazdan doğum sonu ilk 2saate kadar olan süre

DSO ve kontrol grubunda latent faz ve geçiş faz süreleri ve toplam doğum süresi anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Aktif faz süresinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). DSO grubu aktif faz süresinin (105 ± 79), kontrol grubu aktif faz süresine göre (149 ± 88) daha kısa sürdüğü saptanmıştır (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: DSO ve Kontrol Grubunun Doğumun 1. Evresinde Yapılan Uygulamalara İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		p	
	n	%	n	%		
Doğumun 1. Evresinde Yapılan Uygulamalar						
Lavman	30	100	30	100	1,00	a
İndüksiyon	14	46,7	13	43,3	1,00	a
Amniyotomi	13	43,3	4	13,3	0,161	a
Yürütme	30	100	30	100	1,00	a
Oksijen İnhalasyonu	19	63,3	23	76,7	0,398	a
Aç Bırakma	30	100	30	100	1,00	a

^aKi-kare test

DSO ve kontrol grubunda lavman, indüksiyon, amniyotomi, yürütme, O₂ inhalasyon, aç bırakma uygulamalarının uygulanma oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: DSO ve Kontrol Grubunun Doğumun 1. Evresinde Uygulanan İlaçlara İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		p	
	n	%	n	%		
Doğumun 1. Evresinde Uygulanan İlaçlar						
Oksitosin	14	46,7	15	50,0	1,00	a
PGE2	6	20,0	5	16,7	1,00	a
Antibiyotik	9	30,0	6	20,0	0,551	a
Dolantin	0	0,0	0	0,0	1,000	a
Hidrasyon	30	100	30	100	1,00	a

^aKi-kare test

DSO ve kontrol grubunda oksitosin, PGE2, antibiyotik, dolantin, hidrasyon kullanma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 4-9).

Tablo 4-10: DSO ve Kontrol Grubunun latent-aktif-geçiş fazı özelliklerinin karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
Kontraksiyon Şiddeti(mmHg)					
Hastaneye Geldiğinde	47,0 ± 20,9	40,0	38,3 ± 20,0	40,0	0,090 ^a
Latent Faz	61,3 ± 15,9	60,0	55,0 ± 18,0	60,0	0,169 ^a
Aktif Faz	77,0 ± 15,3	80,0	70,7 ± 16,0	75,0	0,109 ^a
Geçiş Faz	90,7 ± 14,1	100,0	80,3 ± 18,3	85,0	0,010 ^a
Kontraksiyon Sıklığı(10dk da)					
Hastaneye Geldiğinde	2,1 ± 0,7	2,0	1,9 ± 0,8	2,0	0,139 ^a
Latent Faz	2,7 ± 0,7	3,0	2,2 ± 0,7	2,0	0,014 ^a
Aktif Faz	3,4 ± 0,6	3,0	2,9 ± 0,6	3,0	0,001 ^a
Geçiş Faz	3,8 ± 0,5	4,0	3,4 ± 0,6	3,0	0,025 ^a
Servikal Dilatasyon (cm)					
Hastaneye Geldiğinde	2,6 ± 1,5	3,0	2,2 ± 1,4	2,0	0,288 ^a
Latent Faz	4,0 ± 0,5	4,0	3,7 ± 0,5	4,0	0,014 ^a
Aktif Faz	6,6 ± 0,6	7,0	6,3 ± 0,8	6,0	0,215 ^a
Geçiş Faz	9,2 ± 0,4	9,0	9,0 ± 0,6	9,0	0,152 ^a
Servikal Efasman (%)					
Hastaneye Geldiğinde	35,3 ± 29,6	40,0	40,3 ± 31,8	50,0	0,457 ^a
Latent Faz	60,3 ± 13,3	60,0	62,3 ± 14,8	60,0	0,692 ^a
Aktif Faz	74,7 ± 10,7	70,0	73,3 ± 11,2	80,0	0,788 ^a
Geçiş Faz	90,3 ± 7,6	90,0	89,7 ± 7,6	90,0	0,564 ^a

^aMann-whitney u test

DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş , Latent Faz, Aktif Faz kontraksiyon şiddeti anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda Geçiş Faz kontraksiyon sıklığı kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş kontraksiyon sıklığı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda Latent Faz, aktif Faz, geçiş fazı kontraksiyon sıklığı kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş, Aktif Faz, geçiş fazı servikal dilatasyon anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda latent faz servikal dilatasyon kontrol grubundan anlamlı ($p <0.05$) olarak daha yüksekti. DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş, latent, aktif, geçiş fazı servikal efasman değeri anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: DSO ve Kontrol Grubunun latent-aktif-geçiş fazı fetal baş seviyesi ve membranların durumunun karşılaştırılması

		DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Başın Seviyesi						
Hastaneye Geldiğinde	-3	12	40,0	14	46,7	0,551 ^a
	-2	12	40,0	13	43,3	
	-1	6	20,0	3	10,0	
Latent Faz	-3	3	10,0	8	26,7	0,132 ^a
	-2	19	63,3	16	53,3	
	-1	5	16,7	6	20,0	
Aktif Faz	0	3	10,0	0	0,0	0,357 ^a
	-2	6	20,0	11	36,7	
	-1	13	43,3	10	33,3	
Geçiş Fazı	0	11	36,7	9	30,0	0,099 ^a
	-1	0	0,0	4	13,3	
	0	15	50,0	15	50,0	
Membranların Durumu						
Hastaneye Geldiğinde	Posh +	25	83,3	25	83,3	1,00 ^a
	Posh -	5	16,7	5	16,7	
Latent Faz	Posh +	24	80,0	26	86,7	0,729 ^a
	Posh -	6	20,0	4	13,3	
Aktif Faz	Posh +	6	20,0	11	36,7	0,252 ^a
	Posh -	24	80,0	19	63,3	
Geçiş Fazı	Posh +	0	0,0	0	0	1,00 ^a
	Posh -	30	100	30	100	

^aKi-kare test

DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş, latent faz, aktif faz, geçiş fazı baş seviyesi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş, latent faz, aktif faz, geçiş fazı membranların durumu anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-11).

Tablo 4-12: DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Ağrısı Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu			
	N	%	n	%	p	
Tanımlanan Ağrı Özelliği						
Sırttan Başlayıp Karına Yayılan Bir Ağrı	19	63,3	16	53,3	0,344	a
Bele Vuran Bir Ağrı	8	26,7	8	26,7	1,00	a
Bütün Vücutta Hissedilen Bir Ağrı	0	0,0	3	10,0	0,236	a
Dayanılmaz Bir Ağrı	0	0,0	1	3,3	1,00	a
Adet Ağrısına Benzer Bir Ağrı	3	10,0	2	6,7	1,00	a

^a Ki-kare test

DSO grubunun %63,3'ü kontrol grubunun ise %53,3'ü yaşadıkları doğum ağrısını sırttan başlayıp karına yayılan bir ağrı olarak tanımlamışlardır (Tablo 4-12).

Tablo 4-13 DSO Ve Kontrol Grubunun Doğum Eylemi Boyunca Gösterdiği Davranışlarla İlgili Bulguların Karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
	n	%	n	%	
Gebenin doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlar					
Sessiz Ve Sakin	13	43,3	7	23,3	0,100 ^a
Korku İfadesi	19	63,3	23	76,7	0,260 ^a
Heyecanlı Görünüm	23	76,7	20	66,7	0,390 ^a
Etrafındakilerle Sürekli Konuşma	0	0,0	2	6,7	0,150 ^a
Sürekli Gezinme	8	26,7	11	36,7	0,405 ^a
Huzursuzluk	8	26,7	12	40,0	0,273 ^a
Sessizce Ağlama	3	10,0	1	3,3	0,301 ^a
Ses Çıkarma/ İnleme	17	56,7	20	66,7	0,426 ^a
Avuçlarını Sıkma	28	93,3	27	90,0	0,640 ^a
Dudaklarını Isırma	27	90,0	24	80,0	0,278 ^a
Herhangi Birşeyi Sıkma	27	90,0	24	80,0	0,278 ^a
İletişimden Kaçınma	1	3,3	0	0,0	0,313 ^a
Yüksek Sesle Ağlama	10	33,3	9	30,0	0,781 ^a
Çığlık Atma	15	50,0	19	63,3	0,297 ^a
Davranışlarını Kontrol Etmede Güçlük	7	23,3	11	36,7	0,260 ^a
Mahremiyetin Azalması	3	10,0	14	46,7	0,002 ^a
Kendisine Zarar Verecek Davranışlarda Bulunma	1	3,3	1	3,3	0,781 ^a
Çevresindekileri Suçlama	1	3,3	2	6,7	0,781 ^a
Muayene Sırasında Ebe Ve Doktora İzin Vermeme	2	6,7	3	10,0	0,640 ^a

^aKi-kare test

DSO ve kontrol grubunda doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlardan; sessiz ve sakin olma, korku ifadesi, heyecanlı görünüm, etrafındakilerle sürekli konuşma oranı, sürekli gezinme, huzursuzluk, sessizce ağlama, ses çıkarma/ inleme, avuçlarını sıkma oranı, dudaklarını ısırma, herhangi birşeyi sıkma, iletişimden kaçınma, yüksek sesle ağlama, çığlık atma, davranışlarını kontrol etmede güçlük, kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma, çevresindekileri suçlama, muayene sırasında ebe ve doktora izin vermeme oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO ve kontrol grubunda Mahremiyetin Azalması oranı anlamlı ($p<0.05$) farklılık göstermiştir. Kontrol grubunda bulunan katılımcıların doğum eylemi süresince mahremiyetlerinin dah fazla azaldığı saptanmıştır (Tablo 4-13).

4.4. Katılımcıların Ağrı ve Anksiyete Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-14: DSO ve Kontrol Grubunun Latent-Aktif-Geçiş Fazı VAS Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		P
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
VAS					
Hastaneye Geliş	5,1 ± 2,0	5,0	4,3 ± 1,9	4,0	0,070 ^a
Latent Faz- DSO Öncesi	6,7 ± 1,6	7,0	6,0 ± 1,7	6,0	0,123 ^a
Latent Faz -DSO Sonrası	3,3 ± 1,4	3,0			
Değişim p	0,000	^b			
Aktif Faz- DSO Öncesi	8,7 ± 1,3	9,0	8,4 ± 1,5	8,0	0,384 ^a
Aktif Faz- DSO Sonrası	4,5 ± 1,9	5,0			
Değişim p	0,000	^b			
Geçiş Faz -DSO Öncesi	9,9 ± 0,4	10,0	9,9 ± 0,3	10,0	0,730 ^a
Geçiş Faz- DSO Sonrası	5,7 ± 2,1	6,0			
Değişim p	0,000	^b			

^aMann-whitney u test / ^bWilcoxon test

DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş VAS skoru anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO ve kontrol grubunda latent faz- DSO Öncesi VAS skoru anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda latent faz -DSO Sonrası VAS skoru uygulama öncesine göre anlamlı ($p<0.05$) olarak düşüş göstermiştir. DSO ve kontrol grubunda aktif faz- DSO Öncesi VAS skoru anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda aktif faz- DSO Sonrası VAS skoru uygulama öncesine göre anlamlı ($p < 0.05$) olarak düşüş göstermiştir. DSO ve kontrol grubunda geçiş faz -DSO Öncesi VAS skoru anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda geçiş faz- DSO Sonrası VAS skoru uygulama öncesine göre anlamlı ($p<0.05$) olarak düşüş göstermiştir (Tablo 4-14).

Tablo 4-15: DSO ve Kontrol Grubunun Latent Faz-Geçiş Fazı STAI form TX –I Durumluk Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
Durumluk Anksiyete					
Latent Faz	47,2 ± 8,1	46,5	50,5 ± 8,4	50,0	0,113 ^a
Geçiş Fazı	52,6 ± 7,8	53,0	57,6 ± 8,6	58,5	0,009 ^a
Değişim p	0,000 ^b		0,000 ^b		

^aMann-whitney u test / ^bWilcoxon test

DSO ve kontrol grubunda latent faz anksiyete skoru anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda geçiş fazı anksiyete skoru kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü. DSO grubunda geçiş fazı anksiyete skoru latent faz anksiyete skorundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Kontrol grubunda geçiş fazı anksiyete skoru latent anksiyete skorundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. DSO grubunda latent faz-geçiş fazı anksiyete skor artışı kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü (Tablo 4-15).

4.5. Katılımcıların Doğum Sonu Dönem Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-16 DSO ve Kontrol Grubunun Doğum Sonu Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
	n	%	n	%	
Doğuma İlişkin Düşünceler					
Zor Bir Doğumdu	17	56,7	18	60,0	0,363 ^a
Normal Bir Doğumdu	9	30,0	11	36,7	
Kolay Bir Doğumdu	4	13,3	1	3,3	
Doğum Ağrısı Hakkında Düşünceler					
Dayanılmaz Bir Ağrıydı	23	76,7	25	83,3	0,519 ^a
Beklediğimden daha azdı	7	23,3	5	16,7	
Doğum Eylemi Sürecinde Yapılan Uygulamalardan Memnuniyet Durumu	Evet	28	93,3	28	93,3
	Hayır	2	6,7	2	6,7
					1,00 ^a

^aKi-kare test

DSO grubu (%56,7) ve kontrol grubu (%60) katılımcılarının büyük çoğunluğu doğumlarını zor bir doğum olarak ifade etmiştir. Yaşadıkları doğum ağrısını ise DSO grubunun %76,7'si, kontrol grubunun ise %83,3'ü dayanılmaz bir ağrı olarak belirtmiştir. DSO ve kontrol grubunun % 93,3'ü doğum eylemi sürecinde yapılan uygulamadan memnun olduklarını bildirmiştir (Tablo 4-16).

Tablo 4-17: DSO ve kontrol Grubunun Doğum Sonu Yorgunluk Düzeyine ilişkin bulguların karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		P
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
Doğum Sonu Yorgunluk Düzeyi	5,5 ± 2,3	5,0	6,9 ± 2,6	7,0	0,009^a

^a Mann-whitney u test

DSO grubunda yorgunluk puanı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü (Tablo 4-17).

Tablo 4-18: DSO ve kontrol grubunun doğum sonrası kendilerini nasıl hissettiklerine ilişkin bulguların incelenmesi

	DSO Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Doğum sonrası kendilerini nasıl hissettikleri				
Çok iyi	20	66,6	15	50
Rahatlamış	5	16,6	5	16,6
Yorgun/halsiz	4	13,3	6	20
Ağrılı	1	3,33	3	10
Kaygılı	0	0	1	3,33

DSO grubu (%66,6) ve kontrol grubunun (%50) büyük çoğunluğu doğum sonrası kendilerini çok iyi hissettiklerini ifade etmiştir. DSO grubunun %13,3'ü kendisini yorgun ve halsiz hissederken kontrol grubunun ise %20'si kendisini yorgun hissettiğini ifade etmiştir (Tablo 4-18).

Tablo 4-19 DSO ve Kontrol Grubunun DSKÖ puanlarının karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort.±s.s.	Med	Ort.±s.s.	Med	
Doğum Sonu Konfor Ölçeği					
Fiziksel Konfor	37,8 ± 4,2	37,8	39,2 ± 9,8	37,8	0,847 ^a
Psikospirütüel Konfor	18 ± 3,0	18	21 ± 4,0	21	0,013^a
Sosyo Kültürel Konfor	30 ± 5,0	29	28 ± 6,0	28	0,273 ^a
Toplam DSKÖ	85 ± 12,2		88,2 ± 19,8		0,280 ^a

^aMann-whitney u test

DSO ve kontrol grubunda doğum sonu konfor ölçeği fiziksel konfor, sosyo kültürel konfor alt faktör puanları anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda psikospirütüel konfor skoru kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü (Tablo 4-19).

Tablo 4-20: DSO Grubunun DSO-K İle Odaklama Uygulamasını Değerlendirmelerine İlişkin Bulguları

	DSO Grubu	
	n	%
Doğumda Yaşadığım Ağrı Beklediğim Ağrıdan Azdı		
Hiç Katılmıyorum	11	36,7
Katılmıyorum	8	26,7
Kısmen Katılıyorum	5	16,7
Katılıyorum	3	10,0
Tamamen Katılıyorum	3	10,0
Yapılan DSO-K Uygulaması Rahatlamamda Etkili Oldu		
Kısmen Katılıyorum	3	10,0
Katılıyorum	12	40,0
Tamamen Katılıyorum	15	50,0
Doğum Ağrısı İle DSO-K Uygulanmasını Başka Gebelere de Öneririm		
Kısmen Katılıyorum	1	3,3
Katılıyorum	10	33,3
Tamamen Katılıyorum	19	63,3
DSO-K Uygulanmasını İleriki Doğumlarımda da Yapılmasını İsterim		
Katılıyorum	10	33,3
Tamamen Katılıyorum	20	66,7
DSO-K Uygulanması Beni Rahatsız Etmedi		
Hiç Katılmıyorum	1	3,3
Kısmen Katılıyorum	2	6,7
Katılıyorum	7	23,3
Tamamen Katılıyorum	20	66,7
DSO-K'ın Doğum Eylemi Süresince Sürekli Uygulanmasını İsterim		
Kısmen Katılıyorum	4	13,3
Katılıyorum	7	23,3
Tamamen Katılıyorum	19	63,3

DSO grubunun %10'u doğumda yaşadığı ağrıyı beklediği ağrıdan daha az olduğuna, %50'si DSO-K ile odaklamanın doğum ağrısı sırasında rahatlamasında etkili olduğunu, %63,3'ü doğum ağrısı ile başetmede DSO-K kullanımını başka gebelerde önereceğini, %66,7'sinin DSO-K ile odaklanmanın İleriki Doğumlarımda da Yapılmasını İsteddiğini, %66,7'sinin DSO-K ile odaklanmanın kendisini rahatsız etmediğini, %63,3'ünün DSO-K ile odaklanmanın doğum eylemi sürecinde sürekli uygulanmasını istediğini belirtmiştir (Tablo 4-20).

Tablo 4-21: DSO ve Kontrol Grubunun Yenidoğan Özelliklerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

		DSO Grubu		Kontrol Grubu		p
		Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
Gebelik Haftası		39,9 ± 1,1	40,1	39,0 ± 2,3	39,4	0,069 ^a
Yenidoğan Boy		49,8 ± 2,1	50,0	49,2 ± 2,0	49,0	0,198 ^a
Yenidoğan Kilo		3247 ± 411	3365	3134 ± 468	3040	0,301 ^a
Yenidoğan Baş Çevresi		33,7 ± 1,5	33,8	33,7 ± 1,2	33,5	0,952 ^a
Apgar 1.Dak	VI	1	3,3	0	0,0	0,187 ^b
	VII	14	46,7	9	30,0	
	VIII	15	50,0	21	70,0	
Apgar 5.Dak	VIII	3	10,0	5	16,7	0,704 ^b
	IX	27	90,0	25	83,3	
Yenidoğan Cinsiyet	Kız	17	56,7	9	30,0	0,068 ^b
	Erkek	13	43,3	21	70,0	
Yenidoğan Sağlık Durumu	Anne Yanında	30	100,0	30	100,0	-

^a Mann-whitney u test / ^b Ki-kare test

DSO ve kontrol grubunda gebelik haftası anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO ve kontrol grubunda yenidoğan boy, yenidoğan kilo, yenidoğan baş çevresi APGAR 1.dakika, 5.dakika skoru, cinsiyet dağılımı, yenidoğan sağlık durumu anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-21).

Tablo 4-22: DSO ve Kontrol Grubunun doğum sonu ilk 2 saatte emzirme durumlarına ilişkin bulguların karşılaştırılması

	DSO Grubu		Kontrol Grubu		p	
	n	%	n	%		
İlk Emzirmenin Başlatılması	30	100%	30	100%	1,00	^a
Annenin emzirme sırasındaki davranışları						
Emzirme Konusunda İstekliydi	30	100	30	100	1,00	^a
Bebeğini Aldı	30	100	30	100	1,00	^a
Bebeğini Tutabildi	30	100	30	100	1,00	^a
Bebeğini Emzirdi	30	100	30	100	1,00	^a
Emzirme Konusunda İsteksizdi	0	0,0	0	0,0	1,00	^a
Bebeğini Almayı İstemedi	0	0,0	0	0,0	1,00	^a

^aKi-kare test

DSO ve kontrol grubunda ilk emzirmenin başlatılması oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Annenin emzirme sırasındaki davranışları ile ilgili emzirme esnasında istekli olma, bebeğini alma, bebeğini tutabilme, bebeği emzirme oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-22).

5. TARTIŞMA

Doğum eyleminin birinci evresinde Doğuma özel hazırlanan stereogram kartlarla (DSO-K) odaklamanın algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde tartışılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular 5 başlık altında tartışılmıştır.

5.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2 Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Durumları, Bilgi ve Kararları ve Doğum Korkularına ilişkin bulguların tartışılması

5.2.1 Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.2 Katılımcıların Doğuma Yönelik Bilgi ve Kararlarının Tartışılması

5.2.3 Katılımcıların Doğum Korkularına İlişkin Düşüncelerinin Tartışılması

5.3 Katılımcıların Stereogram Kartla (DSO-K) Odaklama ve Doğum Süreçlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.1 Katılımcıların Doğum Sürelerine ilişkin Bulguların Tartışılması

5.3.2 Katılımcıların Doğumun 1. Evresinde Yapılan Uygulamalara ve Uygulanan İlaçlara İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.3 Katılımcıların Latent- Aktif-Geçiş Fazı Özelliklerin Tartışılması

5.3.4 Katılımcıların Ağrı Özellikleri ve Doğum Eylemi Boyunca Gösterdikleri Davranışların Tartışılması

5.4 Katılımcıların Ağrı ve Anksiyete Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4.1 Katılımcıların Ağrı Durumlarının VAS Skorlarına Göre Tartışılması

5.4.2 Katılımcıların Anksiyete Durumlarının STAI FORM TX-I Skorlarına Göre Tartışılması

5.5 Katılımcıların Doğum Sonu Dönem Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5.1 Katılımcıların Doğum Sonu Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5.2 Katılımcıların Doğum Sonu Yorgunluk Durumları ve Kendilerini Nasıl Hissetiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5.3 Katılımcıların Doğum Sonu Konfor Durumlarının Tartışılması

5.5.4 DSO Grubunun DSO-K ile Odaklama Uygulamasını Değerlendirilmelerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.5.5 Katılımcıların Yenidoğan Özellikleri ve Emzirme Durumlarının Tartışılması



Doğum bir çok kadının yaşamı boyunca yaşayacağı en şiddetli ağrıya neden olan deneyim olarak kabul edilmektedir (Long-Bellil ve ark 2017, Mccauley ve ark 2017). Doğum yapan kadınların bir çoğu doğum eylemine ilişkin olumsuz deneyimlerden bahsetmektedir. Doğum eylemine ilişkin olumsuz deneyimlerin artması ile beraber doğum eyleminin daha çok ağrı kelimesiyle birlikte kullanıldığı görülmektedir (İşbir ve Okumuş 2011). Doğum ve doğum ağrısı yaşama korkusu kadınların sezaryenle doğumu tercih etme nedeni olmaktadır. Karakuş ve Şahin'in (2011) kadınların doğum yöntemlerine ilişkin davranış ve tutumlarını belirleyen çalışmasında; kadınların %62,1'i ağrı korkusu nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri, %82,3'ü tekrar doğum yaparsa sezaryenle doğumu tercih edecekleri saptanmıştır. Ergül ve Kürtünçü'nün (2014) yaptığı çalışmada sezaryenle doğum yapan kadınların %47,4'ü doğumdan korktukları için sezaryenle doğum yaptıklarını bildirmiştir. Karabulutlu'nun (2012) yaptığı çalışmada kadınların %7,5'i doğum ağrısından korktuğu için sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmiştir. Yağmur ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise kadınların doğum ağrısından korktukları için sezaryenle doğumu tercih etmeleri ilk üç neden arasında yer almaktadır. Türkiye'de Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA 2013) verilerine göre ilk doğumların %52'si sezaryen ile yapılmıştır (TNSA 2013). Doğum ağrısının anne ve fetus üzerindeki olumsuz etkileri (Fahami ve ark 2011, Metinoğlu ve ark 2017) ve doğum korkusu nedeniyle kadınların sezaryenle doğum tercihlerinin azaltılması için (Fahami ve ark 2011) doğum ağrısının giderilmesi önemlidir. Günümüzde doğum ağrısının azaltılmasında non-farmakolojik yöntemler hemşirelik bakımının bir parçası olarak güvenle kullanılabilir (Mucuk ve Başer 2009). Bu yöntemlerden biri olan dikkati başka yöne çekme ve odaklanma ile kadınların doğum ağrısından dikkatinin dağıtılması, farklı bir şeye odaklanması sağlanarak doğum ağrısı azaltılabilmektedir (Prasertcharoensuk ve Thinkhamrop 2004, Lıossi ve Franck 2017).

Bu çalışma doğum eylemi sürecinde doğumda stereogram odaklama kartlarının (DSO-K) doğum ağrısı algısına etkisi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Literatürde doğumda stereogram görüntülerle odaklamanın etkisini ölçen çalışmaya rastlanmamıştır. Doğum ağrısını azaltmak amacıyla kullanılan non- farmakolojik

yöntemlerden biri olan odaklanma metodu için geliştirilen DSO-K'nın kadının doğum ağrısı dışında farklı bir şeye odaklanmasının sağlanabilmesinde bir araç olarak kullanılabilecektir.

5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

DSO ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamaları 23,5 olup, yaşları anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de ortalama ilk doğum yaşı 22,9 olup, Çalışmamızda bulunan sonuçlar TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir. DSO grubundaki gebelerin %86,7 si ortaokul ve üstü, kontrol grubundaki katılımcıların ise %66,7si ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. DSO grubunda eğitim düzeyi kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %72'si ilkokul üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Çalışmamızın bulgularına göre DSO grubu ve kontrol grubu katılımcıların eğitim düzeyi TNSA 2013 verilerine göre daha yüksektir. DSO ve kontrol grubunda katılımcıların medeni durumu, evlilik süresi, çalışma durumları, eşin çalışma durumu, gelir durumu, aile özelliği, uzun süredir yaşadığı yer durumu açısından anlamlı farklılık göstermemiş olup ($p > 0.05$), iki grubun birbirine eşlenik olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). DSO ve kontrol grubunda katılımcıların obstetrik bulguları incelendiğinde ise ; gebelik sayısı, düşük yapma durumu, Kürtaj olma durumu açısından anlamlı farklılık göstermemiş olup ($p > 0.05$), iki grup benzer özellik göstermektedir. Bu benzerliğin çalışmamızın gücünü arttıracakı düşünülmektedir (Tablo 4-2).

Endometriumdan sentez edilen prostaglandinler uterus mobilitesini arttırdığı ve dismenoreli kadınların kanında prostaglandinlere daha çok rastlandığı bilinmektedir. (Taşkın 2014). Özellikle dismenoresi olan kadınların daha şiddetli doğum ağrısı ifade etmelerinden yola çıkılarak doğum ağrısını etkileyen hormonal faktörler üzerinde çalışmalar yapılmıştır (Ertem ve Sevil 2005). Yapılan çalışmalar sonucunda; prostaglandin salınımı ile kontraksiyon şiddetinin artması nedeniyle menstrüasyon ve doğum ağrısı arasındaki mekanizmanın benzerliğinden bahsedilmektedir (Ergin 2013). Dismenorenin doğum ağrısı şiddetini etkileyeceği düşünülerek bu çalışmada da kadınların gebelik öncesi dismenore yaşama durumlarına bakılmıştır. DSO ve kontrol grubunda gebelikten önce dismenore görülme oranı ve dismenore şiddeti anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunun %36,7'si kontrol grubunun ise %50'si her

siklusunda dismenore yaşadıklarını belirtmiştir. DSO grubunun %42,3'ü yaşadıkları ağrıyı çok şiddetli olarak tanımlarken, kontrol grubunun %27,6'sı yaşadıkları ağrıyı çok şiddetli olarak tanımlamıştır ($p < 0.05$). DSO grubundaki katılımcıların %46,7'si dismenore yaşadıklarında uyuyarak/istirahat ederek, kontrol grubunda katılımcıların ise %40'ı ağrı kesici alarak geçirdiklerini ifade etmişlerdir. (Tablo 4-3). Dismenore ile ilgili yapılan çalışmalarda dismenore yaşama prevalansının yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün yaptığı araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de dismenore prevalansı %57,6'dır (SAGEM 2014). Kısa ve arkadaşlarının (2012) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada %80,1'inin dismenore yaşadıkları, Erdoğan ve Özsoy (2012) yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %46,2'sinin her siklusta dismenore yaşadıklarını, Arıöz ve Ege (2013) öğrencilerle yaptığı çalışmada; öğrencilerin % 83'ünün, Hamlacı ve Yazıcının (2017) akupresürün doğum ağrısına etkisi ile ilgili yaptığı çalışmada kadınların %36,4'ünün dismenore yaşadığını saptamıştır. Yapılan çalışmalarda dismenore yaşayan kadınların en çok ağrı kesici kullanarak ve istirahat ederek ağrılarını geçirmeye çalıştıkları saptanmıştır (Akyılmaz ve ark 2003, Erbil ve ark 2011, Kısa ve ark 2012, Erdoğan ve Özsoy 2012). Çalışmamızda bulunan bulgular literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

5.2. Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Durumları, Bilgi ve Kararları ve Doğum Korkularına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1. Katılımcıların Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulgularının Tartışılması

DSÖ ve Sağlık Bakanlığı'nın izlem önerisine göre DÖB izlem oranı çalışma grubumuzda yüksek bulunmuştur. TNSA verilerine göre ise kadınların %97'si gebeliğinde en az bir kez doğum öncesi bakım almış olup %95'inin doktordan aldığı görülmektedir (TNSA 2013). DSO ve kontrol grubunda; gebeliğin herhangi bir döneminde gebelikle alakalı sorun yaşama oranı, gebelikte herhangi bir ilaç kullanma oranı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-4). Çalışmaya katılan katılımcıların tamamı gebelikte doğum öncesi bakım aldıklarını belirtmiştir. DSO grubundaki katılımcıların %100'ü, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 96,7'si gebelikte doğum öncesi bakımın doktor tarafından yapıldığını bildirmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların doğum öncesi izlem sayısı ortalaması $10,6 \pm 3,1$ olarak saptanmıştır (Tablo 4-4). Dünya Sağlık Örgütü, gebelerin %75'inin 4 kez gebelik izlemi ile yeterli doğum öncesi bakım alacağını, %25'inin ise daha sık izlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır

(WHO 2003). Sağlık bakanlığı ise her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi gerektiğini belirtmektedir (Sağlık Bakanlığı 2014). Kılıç ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada kadınların %81,5'inin, Turan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada %77,1'inin, Gözükara ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise %96,4'ünün, Kılıç'ın (2014) yaptığı çalışmada %93,4'ünün gebeliği boyunca sağlık kontrollerine gittikleri saptanmıştır. Çalışmamızda her iki grup benzer özellik göstermekte olup çalışmamızın bulguları TNSA verileri ve yapılan çalışmaların bulguları ile paraleldir. Literatürde ağrı ile baş etmede doğum öncesi eğitimin önemi vurgulanmaktadır. Doğum öncesi doğumla ilgili eğitim alan kadınlar doğum eylemi sırasında ağrı ile daha kolay baş edebilecektir (Dinç ve ark 2014). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğuma daha bilinçli hazırlandığı için doğum eylemine daha aktif katıldıkları bilinmektedir. doğum eylemine aktif katılan bilinçli kadınların bağlanma sürecine daha çabuk geçtikleri belirtilmektedir (Taşdemir ve ark 2006).

DSO grubu (%76,7) ve kontrol grubunun (%86,7) büyük çoğunluğu doğum eylemine ilişkin eğitim almadığını ifade etmiştir. DSO grubunun %13,3'ü doktordan, %10'u hemşire/ebeden, kontrol grubunun ise %6,7'si eğitimi doktordan, %6,6'sının hemşire/ebeden eğitim aldıkları saptanmıştır (Tablo 4-4). Ergin (2005) yaptığı çalışmada deney grubunun %19,2'si, kontrol grubunun ise %42,3'ü doktordan, deney grubunun sadece %11,5'i, kontrol grubunun ise %9,6'sı ebe/hemşireden bilgi aldığını bildirmiştir. Atış (2016) yaptığı çalışmada ise deney grubundaki gebelerin %60'nın kontrol grubundaki gebelerin de %50 'sinin doğumla ilgili bilgi almadığını belirtmiştir.

Çalışmamızda DSO grubunun %96,7'si, ve kontrol grubunun ise tamamı isteyerek gebe kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4-4). Çalışmamızın bulguları TNSA 2013 ve SAGEM 2014 verilerinin üzerinde bulunmuştur. TNSA verilerine göre son beş yıllık dönem içerisinde gebeliklerin yüzde 74'ünün planlı, yüzde 11'inin daha sonra olması tercih edilmiş ve yüzde 13'ü de istenmemiş gebelik olarak belirtilmiştir (TNSA 2013). Sağlık Araştırma Genel Müdürlüğü'nün yaptığı araştırma sonuçlarına göre ise kadınların %68,61'inin son gebeliklerini isteyerek planladıkları belirtilmiştir (SAGEM 2014). Gözükara ve Eroğlu'nun (2008) yaptığı çalışmada vajinal doğum planlayan kadınların %95,7'sinin, Durualp ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ise kadınların %81,5'inin planlı şekilde gebe kaldıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmaların sonucu çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda DSO grubunun %93,3'ünün, kontrol grubunun ise %96,7'si gebelik döneminde sigara kullanmadığı belirlenmiştir. SAGEM'in (2014) verilerine göre %81,21'i gebelik döneminde sigara hiç kullanmamış, %16,09'unun sigara kullandığı saptanmıştır. Marakoğlu ve Sezer'in (2003) yaptığı çalışmada %9'unun, Durualp ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ise %23,9'unun gebelikte sigara kullandığı saptanmıştır. Literatür bulguları ve çalışmamızın bulgularına göre kadınların gebelik döneminde sigara içmeyi tercih etmedikleri görülmektedir. Bunun nedeni olarak annelerin sigaranın gebelik döneminde fetus üzerindeki olumsuz etkileri konusunda daha farkında oldukları söylenebilir.

5.2.2. Katılımcıların Doğuma Yönelik Bilgi ve Kararlarının Tartışılması

Gebeliğin son ayları doğum şekli konusunda karar vermeye odaklanan gebeler için ayrıca stresli geçmektedir. Gebe kadınlar bu dönemde primer olarak nasıl doğum yapacağı ile ilgili kaygı yaşamaktadırlar (Vatansever ve Okumuş 2013). Kadınlar doğum şekli kararını birçok faktör etkilemektedir. Aile ve arkadaşları, medya, sağlık personeli doğum şekli tercihlerini belirlerken kadınları yönlendirmektedir (Karabulutlu 2012). Kadınlar doğum şekline karar verirken söz sahibi olmak istemektedirler. Ancak doğum öncesi bakım izlemleri doktorlar tarafından yapılması ve doğum eylemi yönetimini birincil olarak doktorların yapması nedeniyle kadınlar doğum şekline doktorların karar vermesi gerektiğini düşünmektedir (Vatansever ve Okumuş 2013).

DSO ve kontrol grubunda normal doğuma hazır olma oranı, normal doğum kararını veren kişi dağılımı, doğum şeklinde karar verme zamanı, Normal doğum karar nedeni anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubundaki katılımcıların %46,7'si normal doğum kararını kendisinin aldığını ifade ederken, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 60'ı normal doğum kararını doktor'un verdiğini ifade etmiştir. DSO grubundaki katılımcıların %83,3'ü, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 86,7'si doktor söylediği için normal doğum kararı verdiklerini bildirmiştir (Tablo 4-5). Gözükkara ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %17,5'i kendisinin, %79,6'sının doğum şekline kararı doktorun verdiği saptanmıştır. Vatansever ve Okumuş'un (2013) çalışmasına göre gebelerin %77,3'ü normal doğum yapmak istediği, %38,7'nin doğum kararını hekimin vermesi gerektiğini düşündükleri saptanmıştır. Aktaş ve Gökgöz'ün (2015) yaptıkları çalışmada ise normal doğum yapan kadınların %50'si doğum şekline karar verirken doktorunun etkili olduğunu belirtmiştir.

Yapılan çalışmaların bulguları ile çalışmamızın bulguları benzerlik göstermektedir. Doğum şekli kararına katılan gebelerin doğum sürecinde öz yeterlilik duygularının, kontrol duygularının daha yüksek olacağı, normal doğum yapabilecekleri ile ilgili düşüncelerinin daha fazla olacağı ve tüm bunların da kadının yaşayacağı anksiyete düzeyinin azalmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

DSO ve kontrol grubunda doğum ağrısı ile ilgili genel düşünceleri anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunun (%86,6) ve kontrol grubunun (%90) büyük çoğunluğu doğum ağrısını şiddetli olarak tanımlamaktadır. Her iki grup benzer özellik göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğunun doğum ağrısını "şiddetli" ve "çok şiddetli" olarak düşünmelerinin doğumla ilgili korku yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir. DSO grubu ile kontrol grubu arasında doğum ağrısını gidermede kullanılan yöntemleri bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) fark bulunmuştur. DSO grubunun %40'ı, kontrol grubunun ise %20'si doğum ağrısını gidermede yöntemleri bildiğini ifade etmiştir. Yöntem bilenlerden DSO grubu'nun %6,7'si hipnozu, %10'u ise nefes tekniklerini bildiğini, kontrol grubunun ise %6,7'si nefes tekniklerini, %6,7'si hidroterapiyi, %3,3'ü yürüyüşü, %3,3'ü ise epidural anesteziyi bildiğini belirtmiştir. Atış'ın (2016) hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korkusuna etkisi ile ilgili yaptığı çalışmada deney grubunun %63,3'ünün kontrol grubunun ise %90'nının herhangi bir yöntemi bilmediğini bildirmiştir. Çalışmamızın bulguları ile Atış'ın çalışma bulguları benzer niteliktedir ve çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

5.2.3. Katılımcıların Doğum Korkusuna İlişkin Düşüncelerinin Tartışılması

Doğum korkusu yaygın bir durum olup doğum öncesi dönemde hissedilmeye başlamaktadır. Korku, doğumun doğal sürecini olumsuz etkilemektedir (Demirsoy ve Aksu 2015). Doğumun eyleminin uzamasına, acil sezaryen oranının artmasına, doğum sonu komplikasyonlara neden olmaktadır (Aslan ve Okumuş 2017). Kadınlar; bebeğinin zarar görmesi veya bebeğini kaybetmekten, ağrı yaşamaktan, acil sezaryen doğumdan, ekspulsiyon sırasında oluşabilecek yırtıklardan ve epizyotomiden, doğumda çaresiz kalmaktan, doğum yapamayacağından, panik olma, kontrol kaybı yaşamaktan, doğum eylemi boyunca yalnız olmaktan korkmaktadırlar (Şahin ve ark 2009).

Doğum korkusu doğum sonu süreci etkilemektedir. Anne bebek bağlanma sürecini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Doğum esnasında yaşanan korku vücutta

kortizol seviyesini arttırmaktadır. Aşırı salgılanan kortizol oksitosin hormonuna müdahale ederek doğum eyleminin uzamasına neden olmaktadır. Uzayan doğum eylemi sonucu anne ve bebekte yorgunluk oluşmaktadır. Oluşan yorgunluğun da laktasyonu geciktirdiği ve emzirme sıklığını azalttığı düşünülmektedir (Tatarlar ve Tokat 2016).

DSO ve kontrol grubunda doğumdan korkma durumu anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubu (%73,3) ve kontrol grubunun (%86,7) büyük çoğunluğu doğumdan korktuklarını ifade etmiştir. Her iki gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğu (DSO grubu %36,6, kontrol grubu %43,3) ilk doğumu olduğu için doğumdan korktuklarını belirtmiştir (Tablo 4-6). Brown ve arkadaşlarının (2001) nonfarmakolojik uygulamaların etkisi ile ilgili yapılan bir çalışmada kadınların %52,2'sinin doğumdan korktuğu bulunmuştur. Gözükara ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları bir çalışmada da kadınların %71,1'inin doğumdan/doğum ağrısından korktuğu için sezaryen doğumu tercih ettiği, kararını değiştirerek vajinal doğum yerine sezaryenle doğum yapmaya karar veren kadınların ise %65'inin ağrısız doğum yapmak istediği, %55'inin ise doğumdan korktuğu için kararını değiştirdiği saptanmıştır. Aktaş ve Gökgöz'ün (2015) yaptıkları çalışma sonucuna göre kadınların % 67,4'ünün doğum korkusu yaşadığını bildirmiştir. Bülbül ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise %38,8'inin doğuma ilişkin şiddetli korku yaşadıkları, Tatarlar ve Tokat'ın (2016) doğum korkusuna yönelik yaptığı çalışmada kadınların doğum korkusu ölçek puanlarının yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Aslan ve Okumuş (2017) primipar kadınlarda doğum deneyimi algıları ve doğum deneyimleri ile ilgili yaptıkları çalışmada ise kadınların %39,3'ünün doğum sırasında beklediklerinden daha fazla korku yaşadıklarını bildirmiştir. Literatür bulgularına ve çalışmamızın bulgularına göre kadınların doğumla ilgili korku yaşadıkları görülmektedir. Doğum eyleminin uzaması, sezaryen oranlarının azaltılması, doğum sonu komplikasyonların oluşmasını önlemek, anne bebek bağlanmasının gecikmesini önlemek için kadınların doğumla ilgili korkuları azaltılmalıdır. Doğum öncesi verilecek doğum öncesi bakım ve danışmanlık hizmetleri artırılarak, doğum eylemi sırasında gereksiz müdahalelerden kaçınarak, doğumda sürekli destek sağlanarak, doğum ağrısını gidermek için nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak, doğumla ilgili korkuları azaltılabilir.

5.3. Katılımcıları DSO-K İle Odaklama ve Doğum Süreçlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3.1. Katılımcıların Doğum Sürelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğumun birinci evresinde; latent faz ortalama 6-8 saat sürmektedir (Ergin 2013). Nulliparlar için 20 saati, multiparlar için 14 saati geçmemesi gerekir, aktif faz ise ortalama nullipar kadınlarda 3 saat, multipar kadınlarda ise 2 saat sürer (Taşkın 2014). Geçiş fazı en kısa fazdır. Yaklaşık 20-40dk sürmektedir (Ergin 2013). Bu dönemin nulliparlarda 3 saatten, multiparlarda ise 1 saatten uzun sürmemesi beklenmektedir (Taşkın 2014). DSO ve kontrol grubunda latent faz ve geçiş faz süreleri ve toplam doğum süresi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Aktif faz süresinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$) DSO grubu aktif faz süresinin (105 ± 79), kontrol grubu aktif faz süresine göre (149 ± 88) daha kısa sürdüğü saptanmıştır (Tablo 4-7) (H_2 doğrulanmıştır). DSO-K ile odaklamanın doğumun birinci evresinin aktif faz süresine etkisi vardır.

Non-farmakolojik yöntemlerle ilgili yapılan çalışmalardan; Dolation ve arkadaşlarının (2011) ve Hanjani ve arkadaşlarının (2013) refleksoloji, Jahdi ve arkadaşlarının (2017) yoga, Beevi ve arkadaşlarının (2017) hipnoz ile ilgili yaptığı çalışmada doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evrelerinin sürelerinde kısalma olduğunu belirtmiştir. Shourab ve arkadaşlarının (2015) sanal gerçeklik ile ilgili yaptıkları çalışmada ise sanal gerçeklik kullanılarak dikkati başka yöne çekilmesinin epizyo tamiri süresini kısalttığı (%46) bildirilmiştir. Literatür bulguları ile çalışmamızın bulguları benzerlik göstermekte olup, non-farmakolojik yöntemlerin doğum eylemi süresini kısalttığı görülmektedir. DSO-K ile odaklamanın da doğum eylemi sırasında kullanılabilecek non-farmakolojik yöntemler arasında yer alabileceği düşünülmektedir. Nullipar kadınlar için doğum eyleminin birinci evresi daha uzun sürmektedir. kontraksiyon şiddetlerinin daha da arttığı aktif fazda kadının bu süreç ile başa çıkabilmesi için DSO-K'ı etkili bir araç olacaktır. DSO-K'ı ile odaklama esnasında kadının ağrısından DSO-K'na dikkatinin çekilmesi ve odak noktasının değiştirilmesi ile yaşadığı anksiyeteyi azaltarak anksiyete-ağrı döngüsünün kırılmasını sağladığı düşünülmektedir. Artmış anksiyete düzeyinin doğum eyleminin süresini uzattığı bilinmektedir. Bu bağlamda DSO-K ile odaklama yönteminin aktif faz süresini kısaltması yöntemin faydalarından biri olarak gösterilebilir. Doğum eylemi sürecinde

tercih edilebilecek etkili yöntemler arasında yer alacağı ve kullanılması kolay, ulaşılabilir, ucuz ve etkili yöntemlerden biri olacağı düşünülmektedir.

5.3.2. Katılımcılara Doğumun 1. Evresinde Yapılan Uygulamalara ve Uygulanan İlaçlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum eyleminin başlatılması için ya da eylemi indüklemek adına oksitosin prostoglandin ve amniyotomi ile eyleme müdahale yapılması çok sık uygulanan bir durumdur (Berghella ve ark. 2008). Ülkemizde de hastanelerde rutin bir uygulama olarak kullanılmaktadır. DSO ve kontrol grubunda lavman, indüksiyon, amniyotomi, yürütme, Oksijen inhalasyon, aç bırakma uygulamalarının uygulanma oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-8). DSO ve kontrol grubunda oksitosin, PGE2, antibiyotik, dolantin, hidrasyon kullanma oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 4-9). Her iki grup birbirine benzer özellik göstermektedir ve bu istendik durumdur.

Çalışmanın yapıldığı hastanede de oksitosin (DSO: %46,7, Kontrol: %43,3) prostoglandin (DSO: %20, Kontrol: 16,7) ve amniyotomi (DSO: %43,3 Kontrol: %13,3) (Tablo 4-8) uygulaması sık uygulanmaktadır. Kanıtlar; amniyotomiye doğum eyleminin standart bir uygulaması olarak rutinde önermemektedir. Amniyotomi; son yıllarda bir çok ülkede standart uygulama olarak uygulanmaktadır. Bazı yerlerde rutin olarak kullanılması savunulmakta iken bazı yerlerde ise uzamış eylemlerde eylem süresini kısaltmak için kullanılmaktadır. Yapılan meta analizde doğumun brinci ve ikinci evresini kısaltmadığı ve sezaryen oranını düşürmediği görülmüştür (Smyth ve ark 2013). Serviksi hazırlamak için prostaglandinler, servikal dilatasyonun başlamadığı ve oksitosin indüksiyonu verilmeden önce kullanılmaktadır. Yapılan meta analizlerde prostaglandinlerin kullanımının, sezeryan ihtiyacını artırmadığı, komplikasyonlarının çok olmadığı ve düşük dozlarının yüksek dozlara göre daha etkili olduğu bulunmuştur. (Ratfish ve Güngör 2009).

Çalışmayı yaptığımız doğumhanede; gebelerin doğumhaneye kabulünden itibaren oral alımı kısıtlanmaktadır ve intravenöz sıvılarla beslenmektedir (DSO: %100, Kontrol: %100) (Tablo 4-9). Anesteziyle ilişkili morbidite ve mortalitenin ana nedenlerinden biri olan aspirasyon pnömonisi riski nedeniyle, geçmiş yıllarda, oral alım, aktif doğum sırasında kısıtlanmıştır (Koç ve Şahin 2016). Bununla birlikte, bu risk şu andaki çağda çok düşüktür ve oral alımın kısıtlanması dehidrasyona ve ketozise neden olabileceği için sezaryenle doğum riski az olan kadınların sıvı alımı önerilmektedir

(ASA 2016). Çalışmaya katılan katılımcılar arasında doğum eyleminin birinci evresi 19 saate kadar uzayan katılımcı olmuştur. Uzun süren doğum eylemi sürecinde kadınların aç kalmasının kadınların enerjisinin tükenmesine neden olduğu, yoruldukları ve bu nedenle doğumun ikinci evresini iyi yönetemedikleri, doğum sonu daha fazla yorgunluk yaşadıkları, anne bebek etkileşimini etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcılara rutin olarak lavman uygulanmıştır (Tablo 4-8). Lavman uygulamasının maternal enfeksiyon ve yenidoğan enfeksiyonları ile önlemede etkili olmadığı belirtilmektedir ve rutin olarak uygulanması önerilmemektedir (Reveiz ve ark 2013). Lavman uygulamasının hoş olmayan ve gebeleri rahatsız eden bir durum olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcılardan erken membran rüptürü (EMR) nedeniyle yatan gebelere antibiyotik profilaksisi başlanmıştır (DSO: %30 Kontrol: %20) (Tablo 4-8). Kanıtlarda; erken başlangıçlı neonatal enfeksiyonu (GBS) önlemek için intrapartum kemoprofilaksi standart kriterleri karşılayan hastalar için endikedir; seçilen ajan, intravenöz penisilin olduğu belirtilmektedir. Vajinal doğumun kardiyak lezyonları olan kadınlarda bile, rutin antibiyotik profilaksisi için bir gösterge olmadığını söylemektedir. Çünkü bakteriemi oranının düşük olduğu belirtilmektedir (Baker ve ark 2017).

Cheung ve Chan (2007) doğum eyleminde anksiyete düzeyi ile ilgili yaptıkları çalışmada gebelerin %48'ine indüksiyon ve amniyotomi uygulandığını belirtmiştir. Hamlacı ve Yazıcı (2017) akpresür ile ilgili yaptığı çalışmada gebelerin %76.1'ine indüksiyon başlandığı, %46.6'sına da amniyotomi uygulandığını bildirmiştir. Yapılan çalışmaların bulguları ile çalışmamızın bulguları benzerlik göstermektedir. Kanıtlar ise rutinde geleneksel alışılmış uygulamaların devam etmesini önermemektedir. Kanıta dayalı uygulamaların rutinde uygulamaya konulmasının kadının doğum konforunu arttıracığı, mutlu doğum deneyimi yaşayan kadınların normal doğum tercihlerinin artacağı düşünülmektedir.

5.3.3. Katılımcıların Latent-Aktif-Geçiş Fazı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda latent- aktif- geçiş fazı özellikleri incelendiğinde; hastaneye geliş- latent faz- aktif faz kontraksiyon şiddeti, hastaneye geliş kontraksiyon sıklığı , hastaneye geliş-aktif faz-geçiş fazı servikal dilatasyon, hastaneye geliş-latent-aktif- geçiş fazı servikal efasman değeri, fetal baş seviyesi, membranların durumu anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-10, Tablo 4-11). DSO grubunda geçiş faz

kontraksiyon şiddeti, latent faz, aktif faz, geçiş fazı kontraksiyon sıklığı, latent faz servikal dilatasyon kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Çalışmamız bulgularına göre DSO grubunun kontrol grubuna göre kontraksiyon şiddetinin daha yüksek olması, kontraksiyon sıklığının daha fazla olması, dilatasyonun daha fazla olması DSO-K ile odaklama yönteminin doğum eylemini olumsuz etkilemediği, doğum eyleminin ilerlemesini durdurmadağını göstermektedir. Hatta aktif fazın süresini kısaltması nedeniyle DSO-K ile odaklama yönteminin olumlu yönde etkili olduğu söylenebilir.

5.3.4. Katılımcıların Ağrı Özellikleri ve Doğum Eylemi Boyunca Gösterdikleri Davranışların Tartışılması

DSO grubunun %63,3'ü kontrol grubunun ise %53,3'ü yaşadıkları doğum ağrısını sırttan başlayıp karına yayılan bir ağrı olarak tanımlamışlardır (Tablo 4-12). Her iki grupta yaşadıkları doğum ağrısını benzer olarak tanımlamaktadır. Bu sonuç çalışmamız için istendik bir durumdur. DSO ve kontrol grubunda doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlardan; sessiz ve sakin olma, korku ifadesi, heyecanlı görünüm, etrafındakilerle sürekli konuşma oranı, sürekli gezinme, huzursuzluk, sessizce ağlama, ses çıkarma/ inleme, avuçlarını sıkma oranı, dudaklarını ısırma, herhangi birşeyi sıkma, iletişimden kaçınma, yüksek sesle ağlama, çığlık atma, davranışlarını kontrol etmede güçlük, kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma, çevresindekileri suçlama, muayene sırasında ebe ve doktora izin vermeme oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir.

DSO ve kontrol grubunda mahremiyetin azalması oranı anlamlı ($p<0.05$) farklılık göstermiştir. Kontrol grubunda bulunan katılımcıların doğum eylemi süresince mahremiyetlerinin daha fazla azaldığı saptanmıştır (Tablo 4-13). Yıldırım ve Şahin'in (2004) doğum eylemi sürecinde solunum ve tensel uyarılmanın etkisi ile ilgili yaptığı çalışmada kadınların doğum eylemi sürecinde gösterdikleri davranışları yüksek ağlama, yüz ifadelerinin değişimi, şikayet eden ve çığlık, korku ifadesi, duyarlılık ve nesnelerin tutulması, tedirginlik ve kavrama hareketlerinin kontrol grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yıldırım ve Şahin 2004). Kaya ve Kömürcü (2007) müzik terapisinin etkisi ile ilgili yaptığı çalışmada doğum eylemi sürecinde gösterdikleri davranışları ise heyecanlı olma, huzursuz olma, ağlama/yakınma/çığlık atma, Dudak ısırma/avuçlarını sıkma, Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma davranışları kontrol grubunda daha fazla görülmüştür. Coşar ve Demirci (2012) de yaptığı çalışmada kontrol grubu

gebelerde mahremiyetin azalması, huzursuzluk, korku ifadesi, dudak ısırma, sessizce ağlama davranışlarının daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Çalışmamızda her iki grupta benzer duygusal davranışlar gözlenmiştir. Gösterilen duygusal davranışların literatür sonuçları ile benzer niteliktedir. Ancak kontrol grubunda mahremiyetin azaldığının daha fazla gözlenmesi kontrol grubundaki kadınların daha fazla ağrı yaşamaları, anksiyete düzeylerinin fazla olması, aktif faz süresinin daha uzun olması, daha fazla yorgunluk yaşamaları nedeniyle kontrol duygularının azalmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Katılımcıların Ağrı ve Anksiyete Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4.1. Katılımcıların VAS skorlarının tartışılması

Doğum eyleminde yaşanan ağrı istenmeyen maternal ve fetal sonuçlarla ilişkilidir. Şiddetli yaşanan ağrıyla beraber, anksiyete düzeyini artması, doğum eyleminin uzaması, fetal kalp atımlarında sıkıntı yaşanarak acil sezaryen durumunun oluşması istenmeyen sonuçlardır (Kheirkhah ve ark 2014). Şiddetli doğum ağrısı ile beraber anne kontrol duygusunu kaybetmekle karşı karşıya kalabilir. Doğum sürecinde yaşanan kontrol kaybı doğumda en çok yaşanan hoşnutsuz deneyimlerden biridir. Annelerin benlik algılarını, benlik saygısını ve doğum memnuniyetini olumsuz etkilemektedir (Abo-Romia ve El-Adham 2014). Ayrıca doğum eyleminde yaşanan ağrı, anksiyete ve yorgunluk ve olumsuz deneyimlerin antenatal ve postnatal depresif belirtilerle ve bir sonraki doğumlarda sezaryen tercihleri ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir (Karlström ve ark 2011). Doğum ağrısı, anksiyete ve yorgunluğun, annenin duygusal refahını ve gelecekteki davranışını etkileyen prenatal ve postnatal belirtiler olduğu görülmektedir. Bütün bunlar ağrının doğum deneyiminin en belirgin belirleyicisi olduğunu göstermektedir (Tizeng ve ark. 2017). Doğum eylemi sürecine etkisi nedeniyle bu çalışmada da en önemli ve öncelikle değerlendirilmesi düşünülen parametre ağrı algısı olmuştur.

Literatürde doğum eylemi sırasında ağrıyla başetmede stereogram görüntülere odaklama yöntemiyle yapılmış benzer bir çalışma bulunmamıştır. Ancak yapılan literatür taramasında; doğum ağrısı ile başetmede kullanılan yöntemler incelendiğinde non-farmakolojik yöntemlerin ağrı ile başetmede etkili olduğu görülmektedir. Literatür sonuçlarına göre doğum eyleminin birinci evresinde non-farmakolojik yöntem kullanan kadınların ağrı skorlarının daha düşük olduğu, doğum ağrısı ile daha kolay baş

edebildikleri ve daha olumlu doğum deneyimi yaşadıkları belirtilmektedir (Brown ve ark 2001, Yıldırım ve Şahin 2004, Kaya ve Kömürcü 2007, Chuntharapat ve ark 2008, Field 2010, Mortazavi ve ark 2012, Abdel Ghani 2014, Akbarzadeh ve ark 2014, Kheirkhah ve ark 2014, Namazi ve ark 2014, Simavlı ve ark 2014, Çalık ve Kömürcü 2014, Dehchesmeh Rafiei 2015, Downe ve ark 2015, Finlayson ve ark 2015, Hosseini ve ark 2013, Hanjani ve ark 2015, Boaviagem 2017, Ünalmış ve ark 2017, Jahdi ve ark 2017, Shahoei ve ark 2017). Literatürde; algılanan ağrı düzeyini azaltmada kullanılan nonfarmakolojik yöntemler arasında görsel işitsel dikkati dağıtma yöntemlerinin ağrı algısını azalttığı belirtilmektedir (Choudhury ve ark 2013, Oliveira ve ark 2016). Literatürde; dikkati başka yöne çekmek amacıyla kullanılan "plippets" kartların 6- 12 yaş arası çocuklarda damardan kan alma işlemi sırasında ağrı algısını azalttığı belirtilmektedir. (Tüfekçi ve ark 2009, İnal ve Kelleci 2012, Canbulat ve ark 2014, Şahiner ve Bal 2015, Aydın ve ark 2016). Yapılan çalışmalarda ağrı algısını azaltmada kullanılan diğer bir yöntem ise yine hastanın dikkatinin başka yöne odaklanması temeline dayanan sanal gerçeklik yöntemidir (Chan ve ark 2007, Mott ve ark 2008, Hoffman ve ark 2008, Mahrer ve Gold 2009, Li ve ark 2011, Guo ve ark 2015). Shourab ve arkadaşlarının (2016) sanal gerçekliğin epizyotomi tamiri sırasında ağrı algısına etkisini inceledikleri çalışmada sanal gerçekliğin dikkati ağrıdan başka yöne çekilmesini sağlayarak ağrı algısını azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Dikkati dağıtma ve odaklama yönteminin ağrı algısını azaltmada etki mekanizması kapı kontrol teorisine göre açıklandığı bilinmektedir. Bu teoriye göre ağrılı uyaranların üst bilince ulaşmasının engellenmesi belirli sayıda duyu geçebilen duyu sinirlerinin odak noktası ile meşgul edilmesi ve spinal korddaki kapının kapanması ile sağlanabilir. Doğuma özel tasarlanan DSO-K doğum eylemi sürecinde kadına odak noktası oluşturması için kullanabileceği iyi bir araç olacaktır. Kontraksiyonlar sırasında dikkatin ağrı dışında başka bir yöne odaklanmasını sağlaması kadının ağrı algısını düşürmektedir. Çalışmanın bulguları incelendiğinde; DSO grubundaki kadınların doğum eyleminin birinci evresinde latent-aktif- geçiş fazında kontraksiyon sıklığı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4-10). Aynı zamanda geçiş fazında kontraksiyon şiddetinin DSO grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4-10). Buna rağmen DSO grubunda DSO-K ile odaklama sonrası latent-aktif -geçiş fazı VAS skorlarında istatistiksel olarak

anlamlı derecede düşüş gözlenmiştir (Tablo 4-14). (H_1 doğrulanmıştır). Bu sonuç DSO-K ile odaklamanın doğum ağrısı algısı üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Michel Odent'e göre oksitosin sevgi hormonudur ve sevgi varlığı ile beraber oksitosin salgılanmasının arttığını belirtmektedir (Serçekuş ve İşbir 2012, Mete 2013). DSO-K'nın doğuma özel tasarlanması, kart desenlerinin arka görüntülerine kadınların dikkatini çekecek ve onları mutlu edeceği düşünülen anne-baba-bebek resimleri ile dizayn edilmesi ile sevgi hormonu olarak bilinen oksitosin hormonunun salgılanmasını aktive ettiği düşünülmektedir. Çoklu kartlardan oluşan kitapçık şeklinde olması ise uzun süren doğum eylemi sırasında kadınların dikkatini ağrıdan uzaklaştırmayı sağlamıştır. Doğum ağrısı azalan kadınların daha az anksiyete yaşadığı, kontrol duygularını daha az kaybettikleri ve mahremiyetlerini sağlayabildikleri, doğum sonu daha az yorgunluk yaşadıkları bu çalışma ile görülmüştür. Tüm bu sonuçlar doğum eylemi sırasında istendik sonuçlardır. Aynı zamanda ağrının doğum deneyiminin belirleyicisi olduğunu ve DSO-K ile odaklama yöntemi kullanılarak giderildiğinde antenatal ve postnatal olumlu sonuçlar alınabileceğini göstermektedir.

Ülkemizde anne dostu hastane kriterlerine göre doğum hizmetlerinin anne ve bebek odaklı olması gerektiği bildirilmektedir. Annelere doğum eylemi süresince destek olunması vurgulanan kriterlerde annelerin mahremiyet beklentilerinin itina ile karşılanması gerektiği, konfor standartlarının yüksek tutulmasının önemi vurgulanmaktadır. Anne ve bebek dostu hastane kriterleri incelendiğinde istenen standartların sağlanmasında ve ana çocuk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde hemşire/ebelerin eğitim danışmanlık ve annelere destek olma gibi bağımsız rol ve fonksiyonlarının önem kazandığı görülmektedir. Doğumda uygulanan non-farmakolojik yöntemler hemşire/ebelerin hekim istemi olmadan uyguladıkları bağımsız fonksiyonları arasında yer almaktadır. Yaptığımız çalışma sonuçlarına göre DSO-K ile odaklama yönteminin doğumda hemşire/ebelerin hekim istemi gerektirmeyen güvenle uygulayabilecekleri bağımsız bakım fonksiyonları arasında yer alacağı düşünülmektedir.

5.4.2. Katılımcıların Anksiyete Durumlarının Tartışılması

Doğumda anksiyetenin yaşanan ağrı şiddeti ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Lang ve ark 2006). Ağrı gebe tarafından kontrol edilemez hale geldiğinde ağrı ile başa çıkma becerileri azalır ve anksiyete düzeyi artmaya başlar. Artmış anksiyete düzeyi de

ağrı ve acı hissetmesine yol açarak kısır bir döngü başlar (Kheirkhah ve ark 2014). Anksiyete'nin sempatik sinir sistemini harekete geçirerek stres hormonu olan kortizolün serbest bırakılmasına neden olmaktadır.

Kortizolün aşırı salgılanması uterus kontraksiyonlarının başlamasını sağlayan oksitosin salımına müdahale ederek doğum eyleminin uzamasına neden olmaktadır (Lowe ve Corwin 2011). Gebeliğin üçüncü trimesterinden itibaren daha da artan anksiyete düzeyi ağırlı uyaranların algılanmasını arttırmaktadır (Ertem ve Sevil 2005). Literatürde kanıta dayalı çalışmalarda anksiyete ile obstetrik komplikasyonlar arasında direkt ilişki bulunmamıştır. Ancak psikososyal stres, doğum korkusu gibi belirli kaygı türlerinin doğum eyleminin uzamasına neden olabileceği ve sezaryenle doğum ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Johnson ve Slade 2003). Dönmez ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada kadınların çoğunluğunun (%60) kendileri ile bebeklerinin sağlığı için kaygı duyduklarını belirtmiştir. En çok doğumda aksilik olması, çok şiddetli ağrı yaşamaktan, bebeğin özürlü doğmasından, bebeğin ölü doğmasından endişe duyduklarını bildirmiştir.

Literatürde doğum eylemi sırasında yaşanan anksiyeteyi azaltmada stereogram görüntülere odaklama yöntemiyle yapılmış benzer bir çalışma bulunmamıştır. Ancak yapılan literatür taramasında; non farmakolojik yöntemlerin doğum eylemi sürecinde ağrı algısını azalttığı gibi kadınların anksiyete düzeyini de azalttığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda non-farmakolojik yöntemlerin doğum eylemi sırasında kadınlarda anksiyete yaşama durumları üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (McLachlan ve ark 2005, Cheung ve Chan 2007, Gönenç ve Terzioğlu 2012, Mortazavi ve ark 2012, Abdel-Ghani 2014, Namazi ve ark 2014, Simavlı ve ark 2014, Akbarzadeh ve ark 2015, Downe ve ark 2015, Floris ve Olivier 2015, Finlayson ve ark 2015, Hanjani ve ark 2015, Koelewijn ve ark 2017, Shaw-Battista 2017). Bizim çalışmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Doğum sırasında anksiyete korku stres ağrı kesintisiz bir zincir oluşturmaktadır. (Kheirkhah ve ark 2014) Dick- Read aşırı anksiyete yaşayan kadınların daha şiddetli doğum ağrısı yaşadıklarını belirtmiştir. (Ravangard ve ark 2017). Antenatal yaşanan anksiyetenin postnatal dönemde yaşanan anksiyeteye güçlü şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Floris ve ark 2017). Postpartum ilk iki saatte anksiyetenin devam etmesi kortizol salımını tetiklemesi ve oksitosin salınımını etkilemesi uterus

kontraksiyonların azalmasına ve uterusun toparlanmasını geciktirebilir, ciddi postpartum kanamalara sebebiyet verebilir. Doğum sonu dönemde yaşanan anksiyetenin annenin sağlık durumunu ve duygusal durumunu etkileyerek anne bebek etkileşiminin sağlanmasını zorlaştıracaktır (Floris ve ark 2017). Uzamış eylem nedeniyle postpartum dönemde yorgunluk yaşanması, laktasyonun etkilenmesi ve bebeğin emzirme sıklığının azalması doğum sonunda yaşanması istenmeyen olumsuz sonuçlardır. Anne ve bebek sağlığının korunması için doğum eyleminde yaşanan anksiyetenin azaltılması gerekir. Ağrı anksiyete döngüsünün kırılması için DSO-K'nın etkili olduğu düşünülmektedir. Ağrı algısını azaltan DSO-K'nın ikincil faydası olarak anksiyete düzeyini azalttığı görülmektedir. Çalışma bulguları incelendiğinde DSO grubu ile kontrol grubunun latent faz anksiyete skorlarında anlamlı farklılık yokken ($p>0.05$), geçiş fazı anksiyete skorlarına bakıldığında DSO grubunun anksiyete skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4-15). Bu sonuç DSO-K ile odaklamanın doğumda yaşanan anksiyete üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (H_3 doğrulanmıştır).

5.5. Katılımcıların Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5.1. Katılımcıların Doğum Sonu Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

DSO grubu (%56,7) ve kontrol grubu (%60) katılımcılarının büyük çoğunluğu doğumlarını zor bir doğum olarak ifade etmiştir. Yaşadıkları doğum ağrısını ise DSO grubunun %76,7'si, kontrol grubunun ise %83,3'ü dayanılmaz bir ağrı olarak belirtmiştir (Tablo 4-16). Çalık ve Kömürcü'nün (2014) akupresürün doğum eyleminde etkisini ölçen bir çalışmada deney grubunun %56,0'sının, kontrol grubu annelerinin ise %80'ninin doğum ağrısını çok şiddetli dayanılmaz bir ağrı olarak tanımladığını bildirmiştir. Deney grubunun %22'sinin doğumu beklediğinden daha kolay olduğunu belirtirken kontrol grubunda bu oran %0 olarak bulunmuştur. Hamlacı ve Yazıcı'nın (2017) akupresür ile ilgili yaptığı çalışmada ise deney grubunun %68,2'sinin kontrol grubunun ise %81,82'sinin ağrının dayanılmaz bir ağrı olduğunu ifade ettiğini belirtmiştir. Aslan ve Okumuş (2017) primipar kadınların doğum deneyim algıları ile ilgili yaptıkları çalışmada kadınların %83,9'unun yaşadıkları ağrıyı beklediklerinden fazla olarak değerlendirmişlerdir.

Çalışmamızda DSO ve kontrol grubunun % 93,3'ü doğum eylemi sürecinde yapılan uygulamadan memnun olduklarını ifade etmiştir (Tablo 4-16). Uçum ve

arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada (%88,3) ve Adıgüzel ve arkadaşlarının (2013), doğum memnuniyeti ile ilgili yaptıkları çalışmada da vajinal doğum yapanların doğum şekline memnun olduğu belirtilmiştir. Aktaş ve Gökgez'in (2015) yaptıkları çalışmada ise normal doğum yapan kadınların %63,3'ü doğum yönteminden memnun olduklarını bildirmiştir. Özcan ve Aslan'ın (2015) doğum memnuniyeti ile ilgili yaptığı çalışmada ise normal doğum yapan kadınlarının %100'nün doğum eyleminde verilen bakım ve hizmetlerden memnun olmadığı bildirilmiştir. Literatürde non-farmakolojik uygulamalarla ilgili yapılan çalışmalarda ise; masajın (Mortazavi ve ark 2012, Erdoğan ve ark 2017), hidroterapinin (Abdel Ghani, Shaw-Battista 2017), hipnoz (Abbasi ve ark 2009, Finlasyon 2015), akupresür (Çalık ve Kömürcü 2014), solunum tekniklerinin (Boaviagem 2017) doğum memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur. Literatür bulgularına göre non-farmakolojik uygulamaların doğum memnuniyetini arttırmakta etkili olduğu görülmektedir. Çalışmamızın bulgularının literatür bulguları ile paralel olduğu düşünülmektedir.

5.5.2. Katılımcıların Doğum Sonu Yorgunluk Durumları ve Kendilerini Nasıl Hissettiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Annelerin doğum sonu ilk 24 saatte yorgunluk yaşadığı belirtilmektedir. Tam olarak hazırlanılmamış doğum eylemi sırasında annelerin doğum eylemini iyi yönetemedikleri, solunum ve ıkınma için daha çok enerji harcadıkları görülmektedir. Kontraksiyonlar arasında iyi dinlenemeyen anneler doğum sırasında da fazla enerji harcamalarından dolayı doğum sonrası yorgunluk yaşamaktadırlar (Alp ve Mete 2008). Literatürde; doğum eylemine eşlik eden rahatsız edici bir belirti olan yorgunluğun doğum eyleminin uzaması yani servikal dilatasyonun beklenen düzeyde ve sürede ilerlememesi ve aktif faz sürecinde oluşan bozukluklarla ilişkilendirilmektedir (Tzeng ve ark 2008). Doğum sonu yorgunluğu etkileyen faktörlerler arasında primipar olma, eylemin uzaması, postpartum dönemde fazla kan kaybı, uykusuzluk, sosyal desteğin az olması da gösterilmektedir. Doğum sonu yaşanan yorgunluk postpartum dönem ilk 2 veya 3 hafta kadının yaşamını etkilemektedir (Taylor ve Johnson 2010).

Çalışmamızda; DSO grubunda yorgunluk puan ortalaması kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü. (Tablo 4-17) (H_4 doğrulanmıştır). Bu sonuç DSO-K ile odaklamanın doğum sonu yorgunluk düzeyine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. DSO grubunun %13,3'ü kendisini yorgun ve halsiz hissettiğini ifade ederken kontrol grubunun ise %20'si kendisini yorgun hissettiğini ifade etmiştir (Tablo

4-18). Literatürde non-farmakolojik yöntemlerin doğum sonu yorgunluk düzeyinde etkili olduğu belirtilmektedir. Çalık ve Kömürcü (2014) akupresür ile ilgili yaptığı çalışmada annelerin %24.0'ünün yorgun ve halsiz olduğunu ifade ettiklerini belirtmiştir. Vaziri ve arkadaşlarının (2017) aromaterapi ile ilgili yaptığı çalışmada ise aromaterapinin doğum sonu ilk saatlerde yorgunluğu azalttığını saptamıştır. Solunum tekniğinin etkisini ölçen çalışmada ise kontraksiyonlar sırasında kontrollü nefes almanın doğum sonu yorgunluk üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Boaviagem 2017). Literatür bulguları çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Hemşire/ ebeler kadının yaşadığı yorgunluğu yönetebilmesi için sağduyulu olmalıdır. Kadının doğum eylemi sırasında daha az yorgunluk yaşamasını sağlayacak stratejileri kadının yorulma yoğunluğuna göre değerlendirip eylem süresince destek olunmalıdır. Doğum sonu yorgunluğa neden olan faktörleri elimine etmeye çalışmak doğum sonu dönemde yaşanan bu sorunun ortadan kalkmasını sağlayacaktır. Doğumda yaşanan ağrı ve anksiyetenin doğum eyleminin normal doğasını bozarak sonuçta doğum sonu yorgunluğa yol açtığı düşünülecek olursa doğum eylemi sürecinde doğum ağrısını azaltmak öncelikli stratejiler arasında olacaktır. DSO-K ile odaklamanın çalışma bulguları incelendiğinde doğum ağrısını, anksiyete düzeyini azaltmasının doğum sürecini olumlu etkileyerek doğum sonu yaşanan yorgunluk düzeyini de azalttığı görülmektedir. Doğum sonu yorgunluk yaşamayan annede depresif semptomlar daha az görülecek, daha sağlıklı anne bebek bağlanması ve annenin ebeveynlik rolünü daha çabuk kabul etmesi sağlanmış olacaktır.

5.5.3. Katılımcıların Doğum Sonu Konfor Durumlarının Tartışılması

Doğum sonu dönem; biyolojik değişikliklerle beraber hızlı yenilenme sürecinin yaşandığı kadar sosyolojik ve psikolojik dengeleri de içinde barındıran, gelişimsel kriz olarak tanımlanan karmaşık bir süreçtir (Aksakallı ve ark 2012). Kolcaba konfor kuramında konforu; holistik bir bakış açısıyla ele alarak fiziksel, psikospiritüel, sosyal, çevresel bileşenlerden oluşan kompleks bir yapı olarak tanımlamıştır (Kolcaba 1992). Karakaplan (2007) tarafından genel konfor ölçeği uyarlanarak geliştirilen doğum sonu konfor ölçeği ile doğum sonu annelerin konforu; fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel olmak üzere üç faktörde değerlendirilmiştir (Karakaplan 2007, Karakaplan ve Yıldız 2010). Fiziksel konforu; ağrı (perineal ve rektal ağrı, uttersus kontraksiyonlarına bağlı ağrı, stres veya tansiyon yüksekliğine bağlı ağrı, meme engojmanı veya meme ile ilgili

diğer sorunlara bağlı) anesteziye bağlı etkiler (bulantı, kusma, eliminasyon sorunları), emzirme ve meme bakımı, aktivite egzersiz ve dinlenme, vücut bakımı ve banyo ile ilgili sorunlar etkilemektedir. Psikospiritüel konforu ise duygusal değişiklikler, anne bebek etkileşimi, annelik rolüne uyum, annede stres yaratan durumlar, annenin kaygı ve korkusu etkilemektedir. Sosyokültürel konfor değerlendirilirken anne; sosyal, fiziksel, biyolojik, duygusal ve kültürel yönleriyle bir bütün olarak ele alınmalıdır (Karakaplan 2007). Annenin doğumdan sonraki yaşamına uyumunu kolaylaştırmak için optimum düzeyde konforunun sağlanması ve gereksinimlerine yönelik hemşirelik bakımı planlanmasının önemi vurgulanmaktadır (Karakaplan 2007, Pınar ve ark 2009, Çapık ve ark 2014) Bu çalışma da kadınların DSO-K ile odaklama ile doğum eyleminde yaşadıkları ağrı ve anksiyete düzeyleri azaltılırsa doğum sonu konforlarını olumlu etkileyebileceği düşünülerek annelerin doğum sonu konfor düzeylerine bakılmıştır.

DSO ve kontrol grubunda doğum sonu konfor ölçeği fiziksel konfor, sosyo kültürel konfor alt faktör puanları anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubunda psikospiritüel konfor skoru kontrol grubundan daha düşüktü (Tablo 4-18). DSO grubunun toplam DSKÖ puanı kontrol grubunun toplam DSKÖ puanına göre daha düşük olsa da fark anlamlı bulunmamıştır. (H_5 doğrulanmıştır). Bu sonuca göre doğum sonu konfor düzeyini DSO-K uygulamasının etkisi olmadığı, çalışmanın yapıldığı doğumhane ve klinik koşullarının etkilediği düşünülmektedir. Annenin konforu bütüncül olarak ele alınacak olursa çalışmanın yapıldığı hastanenin doğumhane ve klinik koşullarının kadının konfor düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Rutinde doğum sonu ilk 2 saatte doğumhanede takip edilen anneler kanama kontrolleri yapıldıktan sonra kliniğe transfer edilmektedir. Klinikte boş yatak olmadığı zaman taburculuklar olana kadar doğumhanede doğum odalarında takip edilen annelerin yalnız kalmaları, yakınlarının kadının yanlarına alınmaması, fiziksel olarak rahat olmamaları, doğumhane gibi sesli ortamda kalmaları, beslenmeye başlamalarının gecikebilmesi, tüm ihtiyaçları ile kendilerinin başetmeye çalışmaları nedeniyle DSKÖ puanlarının etkilendiği düşünülmektedir.

Doğum sonu konfor ile ilgili yapılan çalışmalarda alınan bakımın doğum sonu konfor düzeyini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Karakaplan 2007, Özer 2011). Özer'in (2011) yaptığı çalışmada aldıkları bakımın fiziksel konfor düzeyini olumlu etkilediği saptanmıştır. Çalışmamızda ise fiziksel konfor düzeyi her iki grup için de

benzer özellik göstermekte olup DSO-K ile odaklama uygulamasının doğum sonu fiziksel konfor düzeyini etkilemediği görülmektedir.

Kolcoba (2003); Psikospiritüel konforun akılsal, ruhsal ve manevi bileşenlerden oluştuğunu ve bireyin öz-saygı, benlik, cinsellik ve kendisinin farkında olması ile ilgili kavramları kapsadığını belirtmiştir (Çapık ve ark 2014, Akgün 2016). Yapılan çalışmalarda eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklerin annelerin psikospiritüel konfor düzeylerini olumlu yönde etkilediğini belirtilmektedir (Çapık ve ark 2014, Akgün 2016). Çalışmamızda da DSO grubundaki annelerin doğum sonu psikospiritüel konfor düzeyleri düşük olup doğum eylemi sürecinde DSO-K ile odaklama uygulamasının doğum sonu döneme etkisi olmadığı düşünülmektedir. Bu sonucun çalışmanın yapıldığı hastane koşulları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça konfor düzeyinin azaldığı görülmektedir (Pınar ve ark. 2009, Akgün 2016). Çapık ve ark. (2014) yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan annelerin konfor düzeyi yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise DSO grubunun eğitim düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş olup toplam DSKÖ toplam puanı ise DSO grubunda daha düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre annelerin eğitim düzeyinin artması doğum sonu süreci ile ilgili daha farkında olmaları ve doğum sonu konforu ile ilgili beklentilerinin daha yüksek olmasından ve karşılanmayan gereksinimlerin daha fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

5.5.4. DSO Grubunun DSO-K İle Odaklama Uygulamasını Değerlendirmelerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

DSO grubunun %10'u doğumda yaşadığı ağrıyı beklediği ağrıdan daha az olduğuna, %50'si DSO-K ile odaklamanın doğum ağrısı sırasında rahatlamasında etkili olduğunu, %63,3'ü doğum ağrısı ile başetmede DSO-K kullanımını başka gebelerde önereceğini, %66,7'sinin DSO-K ile odaklanmanın İleriki Doğumlarında da Yapılmasını İsteddiğini, %66,7'sinin DSO-K ile odaklanmanın kendisini rahatsız etmediğini, %63,3'ünün DSO-K ile odaklanmanın doğum eylemi sürecinde sürekli uygulanmasını istediğini belirtmiştir (Tablo 4-20). DSO grubu katılımcılarının büyük çoğunluğunun DSO-K ile odaklama yönteminden rahatlamasında etkili olduğu düşünmesi, bir dahaki doğumlarında uygulanmasını istemesi ve başkalarına önerebileceğini ifade etmesi yöntemin kadınlar tarafından tercih edilebilir olduğunu

göstermektedir (H7 doğrulanmıştır). Bu sonuca göre katılımcıların DSO-K ile odaklama uygulamasından memnun kalmıştır. Kolay ulaşılabilir, ucuz, non invaziv kendi kendine uygulanabilir bir yöntem olması her kadının doğumunda faydalanabileceği yöntemlerden biri olacağı düşünülmektedir.

5.5.5. Katılımcıların Yenidoğan Özellikleri ve Emzirme Durumlarının Tartışılması

DSO ve kontrol grubunda gebelik haftası , yenidoğan boy, yenidoğan kilo, yenidoğan baş çevresi APGAR 1.dakika, 5.dakika skoru, cinsiyet dağılımı, yenidoğan sağlık durumu anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4-21). DSO grubu ve kontrol grubu yenidoğan özellikleri benzer özellik göstermektedir.

DSO ve kontrol grubunda ilk emzirmenin başlatılması, annenin emzirme sırasındaki davranışları ile ilgili emzirme esnasında istekli olma, bebeğini alma, bebeğini tutabilme, bebeği emzirme oranında ($p > 0.05$) anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4-22). DSO grubu ve kontrol grubu emzirme özellikleri benzer özellik göstermektedir (H₆ doğrulanmamıştır). Bu sonuç DSO-K ile odaklanmanın emzirme durumu üzerinde etkili olmadığını göstermektedir .

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma doğum eyleminin birinci evresinde odaklanma ve dikkati başka yöne çekmek amacıyla özel olarak hazırlanan ve uygulanan doğumda stereogram odaklama kartların (DSO-K) algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın başlangıcında belirlenen çalışma hipotezleri sınanmış ve çalışmanın sonuçlarına göre;

1. Doğum eyleminde DSO-K'ı ile odaklamanın algılanan doğum ağrısına ilişkin VAS skorlarına olumlu etkisi vardır.

2. Doğum eyleminde DSO-K ile odaklanan grup ile odaklanmayan grup arasında aktif faz süreleri açısından fark vardır. DSO grubunda aktif faz süresi daha kısadır.

3. Doğum eyleminde DSO-K'ı ile odaklamanın durumluk anksiyete düzeylerine ilişkin STAI form TX- I durumluk anksiyete skorlarına olumlu etkisi vardır. DSO grubunda latent faz- geçiş fazı anksiyete skorları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

4. Doğum eyleminde DSO-K'ı ile odaklamanın doğum sonu yorgunluk düzeylerine etkisi vardır. DSO grubunda doğum sonu yorgunluk skorları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

5. Doğum eyleminde DSO-K'ı ile odaklamanın konfor düzeyine etkisi yoktur.

6. Doğum eyleminde DSO-K'ı ile odaklamanın doğum sonu dönemde ilk emzirmeyi başlatmaya ilişkin etkisi yoktur.

7. Doğum eyleminde DSO grubunda bulunan katılımcıların memnuniyet ifadelerine etkisi vardır. DSO grubundaki katılımcılar DSO-K ile odaklama yönteminin doğum eyleminde uygulamasından memnun olduklarını belirtmiştir.

- DSO ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamaları, medeni durumu, evlilik süresi çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir düzeyi, aile özelliği yönünden anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır. DSO grubunda eğitim düzeyi kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti.

- DSO ve kontrol grubundaki katılımcıların gebelik sayısı, düşük yapma durumu ve küretaj olma durumu anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır.
- DSO ve kontrol grubunda gebelikten önce dismenore görülme oranı ve dismenore şiddeti anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. DSO grubundaki katılımcıların %46,7'si dismenore yaşadıklarında uyuyarak/istirahat ederek, kontrol grubunda katılımcıların ise %40'ı ağrı kesici alarak geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır (Tablo 4-3).
- DSO ve kontrol grubunda; isteyerek gebe kalma oranı, gebeliğin herhangi bir döneminde gebelikle alakalı sorun yaşama oranı, gebelikte sigara kullanma oranı, gebelikte herhangi bir ilaç kullanma oranı, gebelikte DÖB alma oranı ve izlem sayısı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Toplam izlem sayısı ortalaması $10,6 \pm 3,1$ 'tir. DSO grubundaki katılımcıların %100'ünün, kontrol grubundaki katılımcıların ise %96,7'sinin gebelikte doğum kontrolünün doktor tarafından yapıldığı saptandı. DSO grubu (%76,7) ve kontrol grubunun (%86,7) büyük çoğunluğunun doğum eylemine ilişkin eğitim almadığı saptandı. Eğitim alanlarından ise DSO grubunun %13,3'ü, kontrol grubunun ise %6,7'sinin eğitimi doktordan aldıkları saptandı (Tablo 4-4).
- DSO ve kontrol grubunda normal doğuma hazır olma oranı, normal doğum kararını veren kişi dağılımı, doğum şeklinde karar verme zamanı, normal doğum karar nedeni, doğum ağrısı ile ilgili genel düşünceleri benzerdir ($p > 0.05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır (Tablo 4-5).
- DSO grubunun (%86,6) ve kontrol grubunun(%90) büyük çoğunluğu doğum ağrısını şiddetli olarak tanımlamaktadır. DSO ve kontrol grubunda doğum ağrısını gidermede kullanılan yöntemleri bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) fark saptanmıştır. DSO grubunun %40'ı, kontrol grubunun ise %20'si doğum ağrısını gidermede kullanılan yöntemleri bildiği belirlendi. DSO grubunun %10'u en fazla nefes tekniklerini, kontrol grubunun %6,7'si nefes ve %6,7'si hidroterapiyi en fazla bildiği saptandı (Tablo 4-5).

- DSO ve kontrol grubunda doğumdan korkma durumu benzerdir ($p > 0.05$). DSO grubu (%73,3) ve kontrol grubunun (%86,7) büyük çoğunluğunun doğumdan korktuğu saptandı. Her iki gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğu (DSO grubu %36,6, kontrol grubu %43,3) ilk doğumu olduğu için doğumdan korktukları belirlendi (Tablo 4-6).
- DSO ve kontrol grubunda latent faz ve geçiş faz süreleri ve toplam doğum süresinin benzer olduğu belirlendi ($p > 0.05$). Aktif faz süresinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). DSO grubu aktif faz süresinin (105 ± 79), kontrol grubu aktif faz süresine göre (149 ± 88) daha kısa sürdüğü belirlendi (Tablo 4-7). **(H₂ doğrulanmıştır). DSO-K ile odaklama doğumun birinci evresinin aktif faz süresini kısaltmıştır.**
- DSO ve kontrol grubunda lavman, indüksiyon, amniyotomi, yürütme, O₂ inhalasyon, aç bırakma uygulamalarının uygulanma oranı benzerdir ($p > 0.05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır (Tablo 4-8).
- DSO ve kontrol grubunda oksitosin, PGE₂, antibiyotik, dolantin, hidrasyon kullanma oranı benzerdir ($p > 0.05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır (Tablo 4-9).
- DSO grubunda Geçiş Faz kontraksiyon şiddeti, latent faz, aktif faz, geçiş fazı kontraksiyon sıklığı, latent faz servikal dilatasyon düzeyi kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Bu sonuç DSO-K ile odaklamanın doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz etkilemediğini göstermektedir (Tablo 4-10).
- DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş, latent faz, aktif faz, geçiş fazı baş seviyesi ve hastaneye geliş, latent faz, aktif faz, geçiş fazı membranların durumunda anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4-11).
- DSO grubunun %63,3'ü kontrol grubunun ise %53,3'ü yaşadıkları doğum ağrısını sırttan başlayıp karına yayılan bir ağrı olarak tanımladıkları belirlendi (Tablo 4-12).
- DSO ve kontrol grubunda doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlardan; Mahremiyetin azalması oranı anlamlı ($p < 0.05$) farklılık gösterdiği saptandı. Kontrol grubunda bulunan katılımcıların doğum eylemi süresince mahremiyetlerinin daha fazla azaldığı belirlendi (Tablo 4-13).

- DSO ve kontrol grubunda hastaneye geliş VAS skoru, Latent Faz- DSO Öncesi Aktif Faz- DSO Öncesi VAS skoru, Geçiş Faz -DSO Öncesi VAS skoru benzerdir ($p>0.05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır. DSO grubunda Latent Faz -DSO Sonrası VAS skoru, Aktif Faz- DSO Sonrası VAS skoru, Geçiş Faz- DSO Sonrası VAS skoru uygulama öncesine göre anlamlı ($p<0.05$) olarak düşüş gösterdiği saptandı. **(H₁ doğrulanmıştır). Bu sonuç DSO-K ile odaklamanın doğum ağrısı algısı üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir** (Tablo 4-14).
- DSO ve kontrol grubunda Latent faz anksiyete skoru benzerdir ($p>0.05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır. DSO grubunda geçiş anksiyete skoru kontrol grubundan anlamlı ($p< 0.05$) olarak daha düşüktü. DSO grubunda latent faz-geçiş fazı anksiyete skor artışı kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük olduğu saptandı. **(H₃ doğrulanmıştır). Bu sonuç DSO-K ile odaklamanın doğumda yaşanan anksiyete üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir** (Tablo 4-15).
- DSO grubu (%56,7) ve kontrol grubu (%60) katılımcılarının büyük çoğunluğu doğumlarını zor bir doğum olarak ifade etti. Yaşadıkları doğum ağrısını ise DSO grubunun %76,7'si, kontrol grubunun ise %83,3'ü dayanılmaz bir ağrı olarak yorumladığı saptandı. DSO ve kontrol grubunun % 93,3'ü doğum eylemi sürecinde yapılan uygulamadan memnun oldukları saptandı (Tablo 4-16).
- DSO grubunda Yorgunluk puanı kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük olduğu saptandı **(H₄ doğrulanmıştır). Bu sonuç DSO-K ile odaklamanın doğum sonu yorgunluk düzeyine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir** (Tablo 4-17).
- DSO grubu (%66,6) ve kontrol grubunun (%50) büyük çoğunluğu doğum sonrası kendilerini çok iyi hissettiklerini ifade etti. DSO grubunun %13,3'ü kendisini yorgun ve halsiz hissederken kontrol grubunun ise %20'si kendisini yorgun hissettiği belirlendi (Tablo 4-18).
- DSO ve kontrol grubunda doğum sonu konfor ölçeği fiziksel konfor, sosyo kültürel konfor alt faktör puanlarında farklılık saptanmadı ($p>0.05$). DSO

grubunda psikospirüel konfor skoru kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4-19). **(H₅ doğrulanmıştır). Bu sonuca göre doğum sonu konfor düzeyini DSO-K uygulamasının etkisi olmadığı, çalışmanın yapıldığı doğumhane ve klinik koşullarının etkilediği düşünülmektedir.**

- DSO grubunun %10'u doğumda yaşadığı ağrıyı beklediği ağrıdan daha az olduğuna, %50'si DSO-K ile odaklamanın doğum ağrısı sırasında rahatlamasında etkili olduğunu, %63,3'ü doğum ağrısı ile başetmede DSO-K kullanımını başka gebelerde önereceğini, %66,7'sinin DSO-K ile odaklanmanın ileriki Doğumlarında da Yapılmasını İsteddiğini, %66,7'sinin DSO-K ile odaklanmanın kendisini rahatsız etmediğini, %63,3'ünün DSO-K ile odaklanmanın doğum eylemi sürecinde sürekli uygulanmasını istediğini belirttikleri saptandı (Tablo 4-20). **(H₇ doğrulanmıştır). Bu sonuca göre katılımcıların DSO-K ile odaklanma uygulamasından memnun kalmıştır.**
- DSO ve kontrol grubunda gebelik haftası, yenidoğan boy, yenidoğan kilo, yenidoğan baş çevresi APGAR 1.dakika, 5.dakika skoru, cinsiyet dağılımı, yenidoğan sağlık durumu benzerdi ($p>0.05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarını güçlendirmekte ve güvenilir kılmaktadır (Tablo 4-21).
- DSO ve kontrol grubunda ilk emzirmenin başlatılması, Annenin emzirme sırasındaki davranışları ile ilgili emzirme esnasında istekli olma, bebeğini alma, bebeğini tutabilme, bebeği emzirme oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermediği saptandı. **(H₆ doğrulanmamıştır). Bu sonuç DSO-K ile odaklanmanın emzirme durumu üzerinde etkili olmadığını göstermektedir (Tablo 4-22).**

6.2. Öneriler:

- DSO-K ile odaklamanın doğum eylemi sırasında doğum ağrısı algısını azaltması, DSO-K'nın kadınların dikkatlerini doğum ağrısından başka yöne odaklanmasını sağlaması ve yaşadıkları anksiyete düzeyini azaltması nedeniyle non farmakolojik uygulamalardan biri olarak doğumhanelerde kullanılması
- DSO-K ile odaklama yönteminin sağlık profesyonellerine hizmet içi eğitim ve kurs programları ile tanıtılması
- Gebe okullarında anne ve baba adaylarına yöntemin anlatılması ve uygulamasının öğretilmesi için eğitim konuları arasında yer verilmesi
- DSO-K ile odaklama yöntemi kullanılarak farklı merkezlerde çalışmalar yapılması ve çok merkezli çalışmalarda yönetime yer verilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Abbasi, M., Ghazi, F., Barlow-Harrison, A., Sheikhvatan, M., Mohammadyari, F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women. *Int J Clin Exp Hypn*, **57**(2), 174–83.

Abdel Ghani, MR. (2014). Effect of Heat and Cold Therapy during the First Stage of Labor on Women Perception of Birth Experience: A Randomized Controlled Trial, *Lecturer Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, **4**(26).

Abo-Romia, F.A., El-Adham, M.A. (2014). Effect of Warm Showering on Labor Pain during the First Stage of Labor .*International Journal of Advanced Research* **2**(5). 438-442.

ACOG (2004). Pain Relief During Labor, American College of Obstetricians and Gynecologists *Obstet Gynecol*. 104:213. 92.

ACOG (2006). American Collage of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice: ACOG committee opinion. No.339: Analgesia and cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol*; **107**:1487-1488

ACOG (2009). Oral intake during labor. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists *Obstet Gynecol.*; **114**(3):714.

Adams J., Frawley J., Steel A., Broom A., Sibbritt D. (2015). Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery* 31, 93-463.

Adıgüzel, D., Nazili, H., Haydardedeoğlu, F., Aytan H. (2013). Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Hasta Memnuniyetinin Araştırılması Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi *Tip Dergisi*, **1**(3), 13-20.

Akbarzadeh M., Masoudi Z., Hadianfard MJ., Kasraeian M., Zare N. (2014). Comparison of the Effects of Maternal Supportive Care and Acupressure (BL32 Acupoint) on Pregnant Women's Pain Intensity and Delivery Outcome. *Journal of Pregnancy* Article ID 129208, 7 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/129208>.

Akbarzadeh, M., Masoudi, Z., Zare, N., Vaziri, F. (2015). Comparison of the effects of doula supportive care and acupressure at the BL32 point on the mother's anxiety level and delivery outcome. J Nurs Midwifery Res. Mar-Apr, **20(2)**, 239–246.

Akgün Ö. (2016). Annelerin Doğum Sonu Konfor Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ebelik Anabilim Dalı Sivas- (Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Özlem Duran Aksoy).

Aksakallı, M., Çapık, A., Apay,SE., Pasinlioğlu, T., L Bayram, S. (2012). Loğusaların Destek İhtiyaçlarının Ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi Determination Of Support Needs And Support Levels Among Postpartum Women Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal Of Psychiatric Nursing, **3(3)**:129-135

Aktaş, D., Gökgöz, N. (2015). Kadınların Doğum Yöntemlerine İlişkin Düşünce ve Memnuniyetlerinin Belirlenmesi Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, **(1-2-3)**, 65-81.

Akyılmaz, F., Özçelik, N., Polat Mg. (2003). Premenstruel Sendrom Görülme Sıklığı Göztepe Tıp Dergisi **18**, 106-109,

Alp, N., Mete S. (2008). Postpartum Yorgunluk Düzeyi İle Uyku Ve Beslenmenin Yorgunluğa Etkisi.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4).

Altunoğlu, S. (2017). Stereogram çeşitleri ve yapıları. Erişim: 10.01.2017. <https://www.academia.edu/16704677/>

Arslan, H. (2012). Doğum eylemi. İçinde Coşkun A (Ed.), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları; 196-207.

Ariöz A., Ege, E. (2013). Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. Genel Tıp Dergisi,**23(3)**,63-9.

ASA, (2010). Committee of Origin: Obstetrical Anesthesia (Approved by the ASA House of Delegates on October 13, 1999 and last amended on October 20.

ASA, (2016). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Anesthesiology **124 (2)**.

Aslan, F.E. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **6(1)**.

Aslan, F.E. Badır, A. (2005). Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. *Ağrı*, 17(2), 4451.

Aslan, Ş., Okumuş, F. (2017). Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. *HSP*, **4(1)**, 32-40. DOI: 10.17681/hsp.287497.

Atış, F. (2016). Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı ve Korku Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi /Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. (Danışman : Doç. Dr. Gülay Rathfisch)

Avcıbay, B., Alan, S. (2011). Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4(3)**, 18-24

Aydin, D., Şahiner, NC., Çiftçi, EK. (2016). Comparison of the effectiveness of three different methods in decreasing pain during venipuncture in children: ball squeezing, balloon inflating and distraction cards. *J Clin Nurs*. Aug, 25(15-16), 2328-35. doi: 10.1111/jocn.13321. Epub 2016 Apr 26.

Bahasadri S, Ahmadi-Abhari S, Dehghani-Nik M, Habibi GR. (2006). Subcutaneous sterile water injection for labour pain: a randomised controll. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, Apr;**46(2)**, 102-6.

Baker ,CJ. Berghella, V., Sexton, DJ., Barss VA. (2017) Neonatal group B streptococcal disease: Prevention. Erişim: 01.10.2017. <http://www.uptodate.com>.

Beevi, Z., Low, WY., Hassan, J. (2017). The Effectiveness of Hypnosis Intervention for Labor: An Experimental Study. *Am J Clin Hypn*. Oct, 60(2), 172-191. doi: 10.1080/00029157.2017.1280659.

Berghella, V., Baxter, JK., Chauhan, SP. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics ve Gynecology* **199(5)**, 445-454.

Boaviagem, A., Junior, EM:., Lubambo, L., Sousa, P., Aragao, C., Albuquerque, S., Lemos, A. (2017). The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 26 , 30-35.

Brathwaite, A.C., Williams, C.C.(2004). Childbirth Experiences of Professional Chinese Canadian Women. *JOGNN*, **33(6)**.

Browning, CA. (2000). Using music during childbirth. *Birth*. Dec;27(4), 272-6.

Brown, ST., Douglas, C., Flood, LP. (2001). Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used during Labor. *The Journal of Perinatal Education*, **10(3)**.

Brownridge, P. (1995). The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **59**, 9-15.

Burke C. (2014) Pain in Labor: Nonpharmacologic and Pharmacologic Management. İçinde. Simpson KR, Creehan PA. (4th Ed.), AWHONN Perinatal Nursing . 493-524.

Bülbül T., Özen B., Çopur, A., Kayacık, F. (2016). Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences) **25(3)**, 126-130.

Canbulat, N., İnal S., Sönmezer, H. (2014). Efficacy of distraction methods on procedural pain and anxiety by applying distraction cards and kaleidoscope in children. *Asian Nursing Research* 8: 23-28.

Ceyhan, D., Güleç MS. (2010). Postoperatif ağrı sadece nosiseptif ağrı mıdır? Ağrı 2010;**22(2)**, 47-52

Ceylan, Y., Yıldırım, G., Gedikbaş, A., Aslan, H., Gül, A. (2013). Doğum eylemi ve doğum. *Williams Obstetrik*, 389-395.

Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C., Roy, L., Gagné, GP., Moutquin, JM., Rossignol, M., Dugas, M., Wassef, M., Bonapace, J. Birth. (2014). Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Jun*;41(2):122-37. doi: 10.1111/birt.12103. Epub 2014 Apr 25.

Cheung, NF. (2002). The cultural and social meanings of childbearing for Chinese and Scottish women in Scotland **18(4)**, 279-295.

Cheung, W., Ip, WY., Chan, D. (2007) Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women .*Midwifery*, **23**, 96-130

Chan, EA., Chung, JW., Wong, TK., Lien, AS., Yang, JY. (2007). Application of a virtual reality prototype for pain relief of pediatric burn in Taiwan. *J Clin Nurs* , **16**, 786–793.

Choudhury, N., Amer, I., Daniels, M., Wareing, MJ. (2013). Audiovisual distraction reduces pain perception during aural microsuction. *Ann R Coll Surg Engl*; **95**, 34–36. doi 10.1308/003588413X13511609955535

Chuntharapata S., Petpichetchianb W., Hatthakitc, U. (2008). Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **14**, 105–115

Collins, SL., Moore, RA., McQuary, HJ. (1997). The Visual Analogue Pain. Intensity Scale: What Is Moderate Pain In Millimeters. *Pain* ; 72 (1-2): 95-97.

Comparing the Effects of Aromatherapy With Rose Oils and Warm Foot Bath on Anxiety in the First Stage of Labor in Nulliparous Women.

Creehan PA.(2007). Pain Relief And Comfort Measure İn Labor. İçinde Kathleen Rice Simpson, Patricia A. Creehan (3rd Ed).Awhonn's Perinatal Nursing 333-460

Currentnursing.com (2012). Gate Control Theory. Erişim: 05.07.2017. http://currentnursing.com/nursing_theory/Gate_control_theory.html. Gate kontrol theory data of lasta revision : february

Curtis, K., Weinrib, A., Katz, J. (2012). Systematic review of yoga for pregnant women: current status and future directions. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:715942. doi: 10.1155/2012/715942. Epub 2012 Aug 14.

Çalık, K., Kömürcü, N. (2014). Effects Of SP6 Acupuncture Point Stimulation On Labor Pain And Duration Of Labor. *Iran Red Crescent Med J*, **16(10)**:E16461.

Çapık, A., Özkan, H., Ejder Apay, S. (2014). Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (3), 186-192. www.deuhyoedergi.org/index.php Erişim tarihi: 01.08.2016.

Çeliker R. (2005). Kronik Ağrı Sendromları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **51(Özel Ek B)**, 14-B18.

Çorumlu, EP., Ulupınar E. (2016). Prenatal Stres Maruziyetinin Nörobiyolojik Etkileri. *Osmangazi Tıp Dergisi*, **38 (Özel Sayı 1)**, 89-98.

Dabiri, F., Shah, A.(2014). The Effect of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duration of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Oman Medical Journal*, Vol. 29, No. 6: 425–429.

Dağlar, G., Aydemir, N. (2011) Vajinal Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Ebelik Bakım Uygulamaları *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*; cilt 20. sayı 1.

Davisson, M. , London, M., Ladewing, P. (2008). Birth. Olds' maternal newborn nursing & women's health across the lifespan (8ed), 650-686.

Dehcheshmeh, FS., Rafiei, H. (2015). Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **21**, 98-232.

Demirsoy, G., Aksu, H. (2015). Doğum Korkusunun Nedenleri Ve Baş Etme. *KASHED*, **2(2)**: 36-45.

Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., Günaydın, S. (2014). Gebe Eğitimi. *HSP* 2014;**1(1)**:68-76

Dolation, M., Hasanpour, A., Montazeri, SH., Heshmat, R., Alavi Majd, H. (2011). The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal*; **13**, 475-79.

Downe, S., Finlayson, K., Melvin, C., Spiby, H., Ali, S., Diggle, P., Gyte, G., Hinder, S., Miller, V., Slade, P., Trepel, D., Weeks, A., Whorwell, P., Williamson, M. (2015). Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness www.bjog.org DOI: 10.1111/1471-0528.1343 1226-1234

Dönmez, S., Yeniel, ÖA., Kavlak O. (2014). Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, **3(3)**.

Drzymalski, D.M., Tsen, L.C., Palanisamy, A., Zhou, J., Huang, C.C., Kodali, B.S. (2017). A Randomized Controlled Trial of Music Use During Epidural Catheter Placement on Laboring Parturient Anxiety, Pain, and Satisfaction. www.anesthesia-analgesia.org. 124(2).

Dubey S., Lata, S. (2015). Self-Comforting Techniques and Non Pharmacologic Methods to Relieve Pain During Labor. *International Journal of Science and Research (IJSR) ISSN (Online): 2319-7064*, **6(1)**.

Durualp, E., Bektaş, G., Ergin, D., Karaca, E., Topçu E. (2011). Annelerin Sigara Kullanımı ile Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyu ve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **64 (3)**

Ebirim L.N., Buowari, O.Y., Ghosh, S. (2012). Physical and Psychological Aspects of Pain in Obstetrics. <https://www.intechopen.com/books/http://dx.doi.org/10.5772/53923>.

Erdine, S. (2007). Ağrı Mekanizmaları. Klinik Gelişim. **1(68)**, 09

El Wahab, N., Robinson, N. (2011) Analgesia Ve Anaesthesia İn Labour Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medıcın. **21(5)**, 127-141.

Erbil N., Bölükbaşı, N., Tolan, S., Uysal, F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi uluslararası insan bilimleri dergisi, **8(1)**.

Erdoğan, M., Özsoy S. (2012). Genç Kızların Dismenore İçin Kullandığı Non-Farmakolojik Yöntemler Maltepe Tıp Dergisi / Maltepe Medical Journal **4(4)**.

Ergin A.B. (2005). Doğumun I. ve II. Evresinde Gebeye Uygulatılan Pozisyonların Doğum sürecine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,

Ergin, A.B., Kömürcü N. (2009). Doğum Ağrısında Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi; 6 (2): 29-35

Ergin, A.B. (2013). Doğum ağrısının fizyolojisi 2. bölüm. syf 22-30. Editör: Kömürcü N. doğum ve ağrısı yönetimi kitabı. 2. baskı. nobel matbaacılık. İstanbul.

Ergöl, Ş., Kürtüncü, M. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 26–34.

Ertem, G., Sevil, Ü. (2005). Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **8 (2)**, 117-123.

Etowa, JB. (2012). Becoming a mother: The meaning of childbirth for African–Canadian women Contemporary Nurse, **41(1)**, 28–40.

Fahami, F., Behmanesh, F., Valiani, M., Ashouri, E. (2011). Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women. Iran J Nurs Midwifery Res. Winter;16(1):113-6.

Fang L, Grossberg S. (2009). From stereogram to surface: how the brain sees the world in depth. Spat Vis.;22(1):45-82. doi: 10.1163/156856809786618484.

Field, T. (2010) . Pregnancy and labor massage. *Expert Rev Obstet Gynecol*. March, **5(2)**, 177–181. doi:10.1586/eog.10.12.

Finlayson K., Downe, S., Hinder, S., Carr, H., Spiby, H., Whorwell, P. (2015) Unexpected consequences: women’s experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth* **15(229)**. DOI 10.1186/s12884-015-0659-

Flaherty, AS. (1996). Pain Measurement Tools For Clinical Practice And Research. *Journal Of The American Association Of Nurse Anesthetists*, **64(2)**.

Floris, L., Irion, O. (2015). Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study *Journal of Health Psychology*, Vol. 20(4) 446 –455.

Floris, L., Irion, O., Courvoisier, D. (2017). Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. *Psychol Health Med*. Sep. **22(8)**, 969-977. doi: 10.1080/13548506.2016.1258480.

Gantz L., Bedell HE. (2010). Transfer of perceptual learning of depth discrimination between local and global stereograms *Vision Research* **50** 1891-1899

Gayeski ME., Brüggemann OM. Monticelli M., Atherino dos Santos KE. (2014) Methods to Relieve Pain during Labor: The Point of View of Primiparous Women . *Pain management Nursing*, Vol, 16, No 3(June), pp273-284.

Gómez AT., Lupón N., Cardona G., Aznar-Casanova AJ. (2012). Visual mechanisms governing the perception of auto-stereograms. *Clin Exp Optom*. 95: 146–152 DOI:10.1111/j.1444-0938.2011.00664.x

Gönenç, İM., Terzioğlu, F. (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1(3)**, 129-143.

Gözükar, F., Eroğlu, K. (2008). İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–46.

Gruber, KJ., Cupito, SH., Dobson, CF. (2013). Impact of Doula on Healthy Birth Outcomes. *MEd J Perinat Educ*. Winter;22(1):49-58. doi: 10.1891/1058-1243.22.1.49.

Grossman, M., Smith, C., (2004). *Magic Eye Beyond 3D: Improve Your Vision*. Kansas City: Andrews McMeel Publishing. . ISBN 0-7407-4527-1.

Guo, C., Deng, H., Yang, J. (2015). Effect of virtual reality distraction on pain among patients with hand injury undergoing dressing change. *J Clin Nurs*. Jan, **24(1-2)**, 115-20. doi: 10.1111/jocn.12626. Epub 2014 Jun 4.

Gündöndü, D. (2014) *Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınan hastalarda ağrı yönetimi ile anksiyete düzeyi arasında ilişki*. Haliç üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi (Danışman: Prof.Dr. Nevin Kanan).

Hamlacı, Y., Yazıcı, S. (2017). The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains. *Holist Nurs Pract*. 2017 May/Jun, **31(3)**, 167-176. doi: 10.1097/HNP.0000000000000205.

Hamidzadeh, A., Shahpourian, F., Orak, RJ., Montazeri, AS., Khosravi, A. (2012). Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health*, **57(2)**, 133-138.

Hanjani SM., Tourzani, ZM., Shoghi, M. (2015) The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. *Acta Medica Iranica*, **53(8)**.

Ho, K., Spence, J., Murphy, MF (1996). Review of Pain-Measurement Tools *Ann Emerg Med* April **27**, 427-432.

Hodnett, ED. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* ;**186(5)**, S160–S172

Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, GJ., Sakala, C., Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.*; **16(2)**,CD003766.

Hosseinı, SE., Bagheri, M., Honarparvaran, N. (2013). Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor. *European Review for Medical and Pharmacological Science*, **17**, 1479-1487.

Hoffman, HG., Patterson, DR., Seibel, E., Soltani, M., Jewett-Leahy, L., Sharar, SR. (2008). Virtual reality pain control during burn wound debridement in the hydrotank. *Clin J Pain* , **24**:299–304.

Huntley A.L., Coon, J.T., Ernst, E. (2004). Complementary ve alternative medicine for labor pain. A systematic review. *AJOG*, 191,36-44

Inal S, Kelleci M. (2012) .Distracting children during blood draw: Looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw. *International Journal of Nursing Practice* 2012; 18: 210–219. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02016.x.

İşbir G.G., Okumuş, H., Doğum Ağrısı ile Baş Etmede Güvenli Yaklaşım: Hipnozla Doğum. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2011; **8 (2)**: 7-10.

Jahdi, F., Sheikhan, F., Haghani, H., Sharifi, B., Ghaseminejad, A., Khodarahmian, M., Rouhana, N. (2017). Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). *Complement Ther Clin Pract.* May; 27:1-4. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.12.002. Epub 2016 Dec 23.

Johnson RC, Slade P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* Mar; **24(1)**, 1-14.

Jones L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates S., Newburn, M., ve diğerleri. (2012). Pain Management for Women in Labour: an Overview of Systematic Reviews (Review). *The Cochrane Library.* Issue 3. Art. No.: CD009234

Kaplan S., Bahar A., Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10(1)**.

Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler İ.Ü.F.N. Hem. Derg, **20(3)**, 210-218.

Karakaplan S. (2007). Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. (Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Karakaplan S., Yıldız, H. (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, **3(1)** .

Karakuş A., Şahin N. (2011). The attitudes of women toward mode delivery after childbirth *International Journal of Nursing and Midwifery* Vol. **3(5)**, 60-65,

Karlstrom, A., Nystedt, A., Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, **2(3)**, 93-99. doi:10.1016/j.srhc.2011.03.002

Katz J., Melzack, R. (1999). Language Of Pain. Surgical Clinics Of North America, **79(2)**

Kaya C., Kömürcü, N. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. Erişim: 09.09.2017 <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/269564> 1-22.

Kheirkhah M., Setayesh N., Pour V., Nisani L., Haghani H. (2014). Iran Red Crescent Med J. September, **16(9)**.

Kılıç, M. (2014). Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Faktörlerin Çoklu Analizi: Bir İç Anadolu Örneği J Clin Anal Med, **5(6)**, 498-502

Kılıç, S., Uçar, M., Temir, P., Erten, Ü., Şahin, E., Karaca, B., Yüksel, S., Özkır, F. (2007). Hamile Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, **6 (2)**

Kısa, S., Zeyneloğlu, S., Güler, N. (2012). Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, **1(4)**, 284.

Kimmel R. (2000). 3D Shape Reconstruction from Autostereograms and Stereo. Journal of Visual Communication and Image Representation 13, 324–333 (2002) doi:10.1006/jvci.2001.0486

Kinsman, A.A. (1992). *Random Dot Stereograms*. Rochester: Kinsman Physics. ISBN 0-9630142-1-8.

Kitapçioğlu, G., Yanıkerem E., Sevil, Ü., Yüksel, D. (2008). Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması Adü Tıp Fakültesi Dergisi; **9(1)** : 47 - 54

Klomp, T., Mannien, J., Jonge, A., Hutton, EK., Lagro-Janssen, A. (2014). What do midwives need to know about approaches of women towards labour pain management? A qualitative interview study into expectations of management of labour pain for pregnant women receiving midwife-led care in the Netherlands. Midwifery **30**, 103-438.

Kocatürk, PA. (2000). Strese cevap. Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası **53(1)**, 49-56.

Koç, R. (2008). “S- Lanss (Self-Leeds Assessment Of Neuropathic Symptoms And Sign)” Ağrı Skalasının Türkçe Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Uzm Tezi

Koç, E., Şahin, N.(2016). Doğum Eyleminde Beslenme. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. **47(4)**. 124-127

Koelewijn MJ., Sluijs, AM., Vrijkotte TG. (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: a prospective cohort study. *BMJ Open*;7:e013413. doi:10.1136/bmjopen-2016-013413

Kolcaba K (1992). Holistic Comfort: operationanalizing the construct as a nurse – sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, **15(1)**: 1–10.

Korkan EA, Uyar M. (2014). Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım: Refleksoloji Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 5 Sayı: 1 .

Köksal Ö., Duran, ET. (2013). Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **6**, 144-148.

Kömürcü, N., Ergin A.B. (2013). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, İçinde. Kömürcü N. (Ed). 2. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 40-45.

Kömürcü, N., Ergin A.B., Çalışkan E., Buckley, S.C., Çalık KY., Çoker, H., Karabekir N. (2013). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, İçinde. Kömürcü N. (Ed). 2. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 63-162.

Kuğuoğlu, S., Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, , 16: 16–23.

Labor, S., Magure, S. (2008). The Pain of Labour. *Reviews In Pain*, **2(2)**.

Lang, AJ., Sorrell JT., Rodgers, CS., Lebeck, MM. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain* **10**, 263–270.

Lavender, T., Walkinshaw, SA., and Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* **15**, 40-46

Leeman, L., Fontaine, P., King V., Klein, Mc., Ratchliffe, S. (2003). The Nature And Management Of Labor Pain: Part I.Nonpharmacologic Pain Relief American Family Physician, **68 (6)**, 1109-1112.

Levett, KM., Smith, CA., Dahlen, HG., Bensoussan, A. (2014). Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence. *Complement Ther Med*, **22(3)**, 523-540.

Lioosi, C., ve Franck LS. (2017). Psychological interventions for acute pediatric pain. Chapter 16 Erişim: 23. 07. 2017.<http://cw.tandf.co.uk/clinicalpainmanagement/acute-pain/AcuteCh16.pdf>

Li A., Montaña Z., Chen VJ., Gold J. (2011). Virtual reality and pain management: current trends and future directions 1 *Pain Manage.* **1(2)**, 147–157.

Loeser, J.D., Melzack, R. (1999). Pain: An Overview, *The Lancet*, **353**, 1607-1609.

Long-Bellil, L., Mitra, M., Lezzoni, Lİ., Smeltzer, SC., Smith, LD. (2017). Experiences and unmet needs of women with physical disabilities for pain relief during labor and delivery. *Disability and Health Journal*, **1(5)**.

Lowe, NK. (2002). The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*, **186(5)**, 16-24.

Lowe, N. K., Corwin, EJ. (2011). Proposed biological link ages between obesity, stress, and inefficient uterine contractility during labor in humans. *Medical Hypotheses*, **76(5)**, 755Y760. doi:10.1016/j.mehy.2011.02.018.

Madden, KL., Turnbull, D., Cyna, AM., Adelson, P., Wilkinson, C. (2013) Pain relief for childbirth: the preferences of pregnant women, midwives and obstetricians. *women and Birth*, **26**, 33-40.

Madden, K., Middleton, P., Cyna, AM., Matthewson, M., Jones, L.. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* May **19(5)**:CD009356. doi:10.1002/14651858.CD009356.pub3.

Mahrer, NE., Gold, JI (2009). The Use of Virtual Reality for Pain Control: A Review. *Current Pain and Headache Reports*, **13**, 100–109.

Mamuk, R.(2017). Lumbosakral Bölgeye Uygulanan İntradermal Steril Su Enjeksiyonunun Doğumda Ağrı Algısına Etkisi. (Yayınlanmamış) Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin.

Marakoğlu K., Sezer, ER. (2003). Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, **25(4)**, 157 – 164.

Martensson, L., Stener-Victorin, E., Wallin, G. (2008). Acupuncture Versus Subcutaneous Injections Of Sterile Water As Treatment For Labour Pain. *Acta Obstetricia Et Gynecologica*. **87**, 171-177

Mayberry LJ, Gennaro S, Strange L ve ark (1999). Maternal Fatigue: implications of second stage labor nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, **28(2)**, 183-189.

McCauley, M., Stewart, C., Kebede, B. (2017). A survey of healthcare providers' knowledge and attitudes regarding pain relief in labor for women in Ethiopia *BMC Pregnancy Childbirth*. Feb 7, **17(1)**:56. doi: 10.1186/s12884-017-1237-4

Mccool, WF., Smith, T., Aberg C. (2004). Pain In Women's Health: A Multi-Faceted Approach Toward Understanding. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 473-481. doi:10.1016/j.jmwh.2004.09.001

Mckinney, E., James, S., Murray, S., Aswill, J. (2005). Pain manegement for Childbirth. *Maternal Child Nursing* (2nd Ed). 418-419.

McLachlan, H., Waldenstrom, U. (2005). Childbirth Experiences in Australia of Women Born in Turkey, Vietnam, and Australia. *Birth*, **32(4)**.

McLin, LN Jr., Schor, CM. (1988). "Voluntary effort as a stimulus to accommodation and vergence." *Invest Ophthalmol Vis Sci*. Nov;29(11):1739-46. PMID 3182206.

Melzac, R., Wall P. (1965). Pain mechanism : a new theory, **150**, 3699

Melzac, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, **82**, 121-126.

Mete, S. (2013). Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. <http://www.deuhyoedergi.org>. 93-98.

Mete, S., Çiçek, Ö. Uludağ E. (2016). Doğum Ağrısı ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi *DEUHFED*, **9(3)**, 101-104

Metinoğlu, M., Irmak, AY., Kaya, SA. (2017). Doğumu Kolaylaştırıcı Non-Farmakolojik Yöntemlerin Bir Nullipar Gebe Vakasında Uygulanması. *ACU Sağlık Bil Derg*, **3**, 173-184.

Moralar, DG., Türkmen, ÜA., Altan A (2011). Doğum Analjezisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi* **27(1)**:5-11.

Moayedi, M., Davis, KD. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *J Neurophysiol*, **109**, 5–12.

Mortazavi, SH., Moradi, R., Heidari K., Fatemeh S., Rahimparvar, V. (2012). Effect of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Arch Gynecol Obstet*, **286**, 19–23. DOI 10.1007/s00404-012-2227-4.

Mott, J., Bucolo, S., Cuttle, L., Mill, J., Hilder, M., Miller, K., Kimble, RM. (2008). The efficacy of an augmented virtual reality system to alleviate pain in children undergoing burns dressing changes: a randomised controlled trial. *Burns*, **34**:803–808.

Mucuk, S., Baser, M. (2009). Doğum Ağrısını Hafifletmede Kullanılan Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3).

Mucuk, S., Baser, M. (2014). Effects of noninvasive electroacupuncture on labour pain and duration. *Journal of Clinical Nursing*, **23**, 1603-1610.

Murray, S., McKinney, E. (2005). pain relief and comfort measures in labor İçinde (4th ed) Foundations of maternal -newborn nursing, 335- 375. https://www.goodreads.com/book/show/29585.Foundations_of_Maternal_Newborn_Nursing.

Namazi, M., Akbari SA., Mojab, F., Talebi, A., Majd, HA., Jannesari S. (2014). Aromatherapy With Citrus Aurantium Oil and Anxiety During the First Stage of Labor. *Iran Red Crescent Med J*. June; **16(6)**.

Newton, K. N., Chaudhuri, J., Grossman, X., Merewood, A. (2009). Factors associated with exclusive breastfeeding among Latina women giving birth at an innercity baby friendly hospital. *Journal of Human Lactation*, **25(1)**, 28–32.

NIH. (2003). Pain kontrol a guide for people with their families. National Institutes Of Health and National Cancer Institute. Erişim : 20.07.2017. <http://www.emory.edu/KomenEd/PDF/Treatment/Pain%20Control.pdf>

Oliveira, N.C.A.C., Santos, J.L.F., Linhares, M.B.M. (2016). Audiovisual distraction for pain relief in paediatric inpatients: A crossover study *Eur J Pain* , 1-10. doi:10.1002/ejp.915

Özcan, Ş., Aslan, E. (2015). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi Determination of Maternal Satisfaction at Normal and Cesarean Birth *** *F.N. Hem. Derg*, **23(1)**, 41-48.

Özdamar D. (2013) Doğum ağrısının kontrolünde farmakolojik Yöntemler Bölüm 5 syf 48-58. Editör: Kömürcü N. doğum ve ağrısı yönetimi kitabı. 2. baskı. nobel matbaacılık. İstanbul

Özer, HT. (2011). Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi,

Öztürk, G., Barış, S., Özşaker, E., (2014). Ameliyat Sonrası Ağrı ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Yaklaşımlarına İlişkin Hastaların Görüşlerinin İncelenmesi1 Uluslararası Hakemli Ekonomi Yönetimi Araştırmaları Dergisi, **1(2)**, Doi: 10.17371/Uhd.2014210141

Öztürk, H. (2006). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, **1**, 18-37.

Öztürk, H., Saruhan, A. (2008). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, **1**, 18-37.

Özusta, HŞ. (1995). Çocuklar İçin Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi **10(34)**, 32-44.

Özveren H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 83-92.

Özyuvacı, E. (2007). Doğum Ağrısı Mekanizma ve Kontrolünde Güncel Kavramlar. Klinik Gelişim, **1 (68)**, 0-46

Pınar G., Doğan N., Algier L., Kaya, N., Çakmak F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler Dicle Tıp Derg/Dicle Med J Cilt/Vol 36, No 3, 184-190

Pinker, S. (1997). "The Mind's Eye", How the Mind Works, 211–233. ISBN 0-393-31848-6.

Prasertcharoensuk,W.,Thinkhamrop J.(2004). Non-Pharmacologic Labour Pain Relief. J Med Assoc Thai, **87(Suppl 3)**, 203-6.

Rathfisch, GY. (2011). Doğal Doğum Felsefesi, İstanbul: Nobel Matbaacılık.

Rathfisch, GY., Güngör, İ. (2009). Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi - **(3)**.

Ravangard, R., Basiri, A., Sajjadnia, Z., Shokrpour, N. (2017). Comparison of the Effects of Using Physiological Methods and Accompanying a Doula in Deliveries on Nulliparous Women's Anxiety and Pain: A Case Study in Iran. *Health Care Manag (Frederick)*. Sep 28. doi: 10.1097/HCM.0000000000000188.

Rebecca D. Benfield, RD., Hortoba ´gyi, T., Tanner, JC., Swanson, M., Heitkemper, MM., Newton, ER. (2014). The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor Biological Research for Nursing, **12(1)** 28-36.

Reveiz, L., Gaitán HG, Cuervo L. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Dabates of Systematic (Review)*. **3 (7)**, CD000330, DOI: 10.1002/14651858.CD000330.

Robertson E., Johansson SE. (2010). Use of complementary, non-pharmacological pain reduction methods during childbirth among foreign-born and Swedish-born women. *Midwifery* 26. 109-449.

Rowlands, S., Permezel, M. (1998). Physiology of pain in labour. *Bailli&e's Clinical Obstetrics and Gynaecology* **12(3)**.

SAGEM (2014). Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması Erişim: http://www.adanasm.gov.tr/uploads/subeler/sbs/files/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.Pdf 09.09.2017

Sağlık Bakanlığı (2014) Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Erişim: 04.10.2017. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>

Schlaeger, JM., Gabzdyl, EM., . Bussell, JL., Takakura, N. Yajima, H., Takayama, M., Wilkie, DJ. (2017). Acupuncture and Acupressure in Labor. *Midwifery Womens Health*. Jan; **62(1)**:12-28. doi: 10.1111/jmwh.12545.

Schuiling, KD., Sampsel, C., Kolcaba, K. (2011). Exploring the Presence of comfort within the Context of childbirth.. In: Rosamund Bryar, Marlene Sinclair eds. *Theory for Midwifery Practice* . Second Edition, New York: Palgrave Macmillan Publisher, 197-212

Serçekuş G., İsbir, G. (2012). Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **11(1)**.

Shahoei, R., Shahghebi, S., Rezaei, M. , Naqshbandi, S. (2017) The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the severity of labor pain among nulliparous women: A clinical trial. *Complement Ther Clin Pract.* Aug;28:176-180. doi: 10.1016/j.ctcp.2017.05.004. Epub May 18.

Shaw-Battista J. (2017). Systematic Review of Hydrotherapy Research Does a warm bath in labor promote normal physiologic childbirth ? *J Perinat Neonat Nurs* **00(00)**, 1-14 DOI: 10.1097/JPN.0000000000000260

Shim, CS ., Lee, YS. (2012). Effects of a yoga-focused prenatal program on stress, anxiety, self confidence and labor pain in pregnant women with in vitro fertilization treatment. *J Korean Acad Nurs.* Jun;42(3), 369-76. doi: 10.4040/jkan.2012.42.3.369.

Shourab, NJ., Zagami, ES., Golmakhani, N., Mazlom, RS., Nahvi A., Pabarja, F., Talebi, M., Rizi MS. (2016). Virtual reality and anxiety in primiparous women during episiotomy repair. *Iran J Nurs Midwifery Res.* **21(5)**: 521–526.

Simavlı, S., Gümüş, İ., Kaygusuz, İ., Yildirim, M., Usluogullari, B., Kafalı H. (2014). Effect of Music on Labor Pain Relief, Anxiety Level and Postpartum Analgesic Requirement: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Gynecol Obstet Invest.* ;78(4):244-50. doi: 10.1159/000365085.

Simkin, P. O'hara, M.A. (2002). Nonpharmacologic Relief Of Pain During Labor; Systematic Reviews Of Five Methods, *Am J. Obstet Gynecol*, **186**, 131-59.

Simkin, P., Bolding A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health.* doi:10.1016/j.jmwh.2004.07.007.

Simpson KR, O'brien-Abel N (2014). Labor and Birth.İçinde. Simpson KR, Creehan PA. (4th Ed.), *AWHONN Perinatal Nursing* .344-510

Smith CA, Crowther CA, Grant SJ. (2013). Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 8:CD002962.

Smyth, RMD., Markham, C., Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4 Issue 6. Art. No.: CD006167.

Snelgrove-Clarke E, Budin W (2015). Labour and Childbirth. İçinde. Evans RJ, Evans MK, Brown Y (2nd Ed.). Canadian Maternity Newborn & Women's Health Nursing. 379-618.

Sahiner, NC., Bal MD. (2015). The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children Journal of Child Health Care, 1–9 . DOI:10.1177/1367493515587062

Şahin N., Dinç, H., Dişsiz, M. (2009). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, **40(2)**.

Taşçı E., Sevil, Ü. (2007). Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi **17(3)**.

Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. (2006). Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; **1(2)**, 106–116.

Taşkın, T. (2011). Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım. L.Taşkın (Ed.). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara:Sistem Ofset Matbacılık. 307-333

Tatarlar A. , Tokat MA. (2016). Vajinal doğum sırasında yaşanan korkunun laktasyona, emme davranışlarına ve ilk emzirme sonuçlarına etkisi DOI: 10.5455/pmb.1-1435819087 TAF Prev Med Bull, **15(2)**.

Taylor, J., Johnson, M. (2010). How women manage fatigue after childbirth. Midwifery, **26**, 367-75.

TNSA (2013). Üreme Sağlığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.

Trout, KK. (2004). The Neuromatrix Theory of Pain: Implications for Selected Nonpharmacologic Methods of Pain Relief for Labor. Journal of Midwifery & Women's Health, **49(6)**.

Turan, T., Ceylan, SS. , S Teyikçi S. (2008). Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, **3(9)**.

Tüfekçi FG.,Çelebioğlu A., Küçüköğlu S. (2009). Turkish children loved distraction: using kaleidoscope to reduce perceived pain during venipuncture. Journal of Clinical Nursing, 18, 2180–2186. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02775.x

The International Association for the Study of Pain (IASP). (2015). Pain Terms. Erişim: www.iasp-pain.org. Erişim Tarihi: 01.08.2015

Tzeng,Y.L.,Chao,Y. M.,Kuo,S.Y.,&Teng,Y. K.(2008). Childbirthrelated fatigue trajectories during labour. Journal of Advanced Nursing, **63(3)**, 240Y249. doi:10.1111/j.1365-2648. 2008.04732.x

Tzeng YL: Yang YL., Kuo P., Lin YC. Chen SL. (2017). Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study. The Journal of Nursing Research h **25(1)**.

Uçum, EY., Kitapçıoğlu, G., Karadeniz, G. (2010). Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı, Deneyim ve Memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, **5(13)**, 107-123.

Ünalmiş S, Yanikkerem E, Goker A. (2017). Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. Complement Ther Clin Pract. Aug, **28**,169-175. doi: 10.1016/j.ctcp.2017.05.016.

Varlı, K., Çeliker K., Özer S., Örer H., (2005). Aypar Ü., Şahin A., Oruçkaptan H. Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi, **36**, 111-128.

Vatansever, Z., Okumuş, H. (2013). Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. DEUHYO ED, **6(2)**, 82-87.

Vaziri, F., Shiravani, M., Najib, SF., Pourahmad, S., Salehi, A., Yazdanpanahi Z. (2017). Effect of Lavender Oil Aroma in the Early Hours of Postpartum Period on Maternal Pains, Fatigue, and Mood: A Randomized Clinical Trial International Journal of Preventive Medicine, **8**, 292.

Webber, AL.,Wood, J. (2005) "Amblyopia - prevalence, natural history, functional effects and treatment".Clin Exp Optom, 88(6). 365-375 .

WHO (World Health Organization) (2003). Unicef, Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities. An Analyzes of Trend, Levels and Differentials, Geneva.

Woo, JH., Kim, JH., Lee, GY., Baik, JH., Kim, JY., Chung, RK., Yun, DY., Lim, HC. (2015). The degree of labor pain at time of epidural analgesia in nulliparous women influences yhe obstetric outcome. Korean J. Anesthesiol. **68(3)**, 249-253.

Yağmur, Y., Çubuk, MM. (2017). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerine Sağlık Eğitiminin Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, **6 (1)** , 7-11.

Yılar Z. (2014). Doğum Eyleminde Bel Ağrısının Hafifletilmesinde İntradermal Steril Su Enjeksiyonu Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi:17.

Yıldırım, G., Şahin, N.H. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (1), 14-19.

Yıldırım G., Şahin NH. (2004). The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women Pain Res Manage, 9(4).

Zauderer, CR. (2016). maximizing Comfort for the laboring woman. İçinde. Lowdermilk, LD., Perry, ES., Cashion, K., Alden, KR. Maternity women's health care. 11. edition. 381-454.



FORMLAR

GEBE BİLGİ FORMU (EK 1)

Gebe Adı-soyadı:..... Tarih:..... Grup:

Sosyo Demografik Özellikler:

1. Kaç Yaşındasınız? (.....)

2. Medeni Durumunuz nedir?

1.Evli

2.Bekar

3.Boşanmış

4. Diğer

3. Kaç yıllık evlisiniz?.....

4.Eşinizle akrabalığınız var mı?

1. Evet (.....)

2. Hayır

5. Eğitim Durumunuz:

1.Okur-yazar değil

2. İlkokul

3. Ortaokul

4. Lise

5. Üniversite

6. Gelir Getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet (.....)

2. Hayır

7. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1. Evet (.....)

2. Hayır

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelir giderden düşük

2. gelir gidere denk

3. Gelir giderden fazla

9. En uzun yaşadığınız yer neresidir?

(.....)

10. Aynı evde kimlerle birlikte oturuyorsunuz?

1. Çekirdek aile (sadece eşim ve çocuklarım)

2. Geniş aile (aile büyükleri/akrabalar, eşim, çocuklarım)

3. Parçalanmış aile (eşimden ayrı...)

4. Diğer.....

Gebenin Tıbbi ve Obstetrik Özellikleri

1. Sürekli devam eden bir hastalığınız var mı?

1. Evet (.....)

2.Hayır

2.Gebelikten önce adetleriniz ağrılı olur muydu?

1. Evet

2.Bazen

3. Hayır

3. (2. soru) evet ise; Adet ağrınızın şiddetini tarif eder misiniz?

- | | | | |
|----------|-------------------|-------------|-----------------|
| 1. Hafif | 2. Rahatsız edici | 3. Şiddetli | 4. Çok şiddetli |
|----------|-------------------|-------------|-----------------|

4. (2. soru) evet ise; Adet ağrınızı gidermek için neler yapıyordunuz?

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. Hiçbir şey | 5. Karına/ sırta masaj |
| 2. Ağrı kesici alıyordum | 6. Egzersiz/Yürüyüş |
| 3. Uyurum/İstirahat | 7. Diğer |
| 4. Ilık duş/Banyo | |

5. Kaçınıcı Gebeliğiniz?.....(İlk gebeliğiniz ise 8. soruya geçiniz)

6. Düşük yaptınız mı?

- | | |
|--------------------------|----------|
| 1. Evet (sayısı :) | 2. Hayır |
|--------------------------|----------|

7. Küretaj yaptınız mı?

- | | |
|--------------------------|----------|
| 1. Evet (sayısı :) | 2. Hayır |
|--------------------------|----------|

Şimdiki gebeliğine ilişkin bilgiler:

8. Son adet tarihiniz?

9. İsteyerek mi gebe kaldınız?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

10. Gebeliğinizin herhangi bir döneminde gebelikle ilgili bir problem yaşadınız mı?

- | | |
|---------------------------|----------|
| 1. Evet (Belirtiniz.....) | 2. Hayır |
|---------------------------|----------|

11. Gebeliğinizde sigara kullandınız mı?

- | | |
|--------------------------------|----------|
| 1. Evet (Günde kaç tane.....) | 2. Hayır |
|--------------------------------|----------|

12. Gebeliğinizde herhangi bir ilaç kullandınız mı?

- | | |
|---------------------------|----------|
| 1. Evet (Belirtiniz.....) | 2. Hayır |
|---------------------------|----------|

13. Gebeliğinizde kontrollere gittiniz mi?

- | | |
|------------------------|----------|
| 1. Evet (Kaç Kez.....) | 2. Hayır |
|------------------------|----------|

14. Kontrollere nereye gittiniz?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Aile sağlığı merkezi | 4. Özel Hekim muayenehanesi |
| 2. Devlet Hastanesi | 5. Özel Hastane |
| 3. Eğitim Araştırma Hastanesi | 6. Diğer..... |

15. Doğum öncesi kontroller kim tarafından yapıldı?

- | | | | |
|--------|------------|-----------|---------------|
| 1. Ebe | 2. Hemşire | 3. Doktor | 4. Diğer..... |
|--------|------------|-----------|---------------|

16. Gebelik sırasında doğum eylemine ilişkin eğitim aldınız mı?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

17. (16. soruya) cevabınız evet ise bu eğitim kim tarafından verildi?

1. Ebe 2. Hemşire 3. Doktor 4. Diğer.....

Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri

18. Kendinizi normal doğum yapmak için hazır hissediyor musunuz?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır 4. Bilmiyorum

19. Normal doğum kararını kim verdi?

1. doktor 2. Kendim karar verdim 3. Eşim istedi 4.

Diğer.....

20. Doğum şekline gebeliğinizin hangi döneminde karar verildi?

1. Doğuma geldiğimde 3. Gebeliğin ilk aylarında
2. Gebeliğin son haftalarında 4. Diğer.....

21. Doğum şekline kararında ne etkili oldu?

1. Doktor normal doğum yapabileceğimi söylediği için
2. Devlet hastanelerinde isteğe bağlı sezaryen olmadığı için
3. Ailem/eşim sezaryen istemediği için
4. Normal doğuma karar verildi çünkü;.....

22. Doğum ağrısının nasıl bir ağrı olduğu ile ilgili genel düşünceniz nedir?

1. Hafif 2. Rahatsız edici 3. Şiddetli 4. Çok şiddetli 5.

Dayanılmaz

23. Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan yöntemleri duydunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

24. (23. soruya) cevabınız evet ise; hangi yöntemleri duydunuz?

.....
.....

25. Doğumdan korkuyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

26. (25. soruya) cevabınız evet ise; nedenini açıkla mısınız?

.....
.....

27. Şu anki ağrınızı tanımlar mısınız?

1. Sırttan başlayıp karnıma yayılan bir ağrı
2. Belime vuran bir ağrı
3. Bütün vücudumda hissettiğim bir ağrı

4. Dayanılmaz bir ağrı
5. Adet ağrısı gibi
6. Diğer.....



DOĞUM EYLEMİ İZLEM FORMU (EK 2)

1. Gebelik Haftası:.....
2. Doğum ağrılarının başladığı tarih.....gün/saat:.....
3. Doğumun 1. evresinde yapılan uygulamalar
- | | |
|---------------|------------------------|
| 1. Lavman | 5. Oksijen İnhalasyonu |
| 2. İndüksiyon | 6. Aç bırakma |
| 3. Amniyotomi | 7. Diğer |
| 4. Yürütme | |
4. Doğumun 1. evresinde uygulanan ilaçlar
- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. Synpitan | 4. Dolantin |
| 2. Propes | 5. Hidrasyon |
| 3. Sefazol /Ampisina | 6. Diğer |

Değerlendirme parametreleri	Hastaneye Geldiğinde	Servikal dilatasyon 3-4cm iken		Servikal dilatasyon 5-7 cm iken		Servikal dilatasyon 8-9cm iken		Doğum sonu 2. saat
		Uygulama öncesi	Uygulama sonrası	Uygulama öncesi	Uygulama sonrası	Uygulama öncesi	Uygulama sonrası	
Saat								
Dilatasyon								
Efasman								
Başın seviyesi								
Membranlar								
FKA								
Kan Basıncı								
Nabız								
Vücut Sıcaklığı								
Kontraksiyon sıklığı								
Kontraksiyon şiddeti								
VAS Değeri								
Doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlar*								
2. evrenin başlama saati								
2. evrenin bitiş saati								
2. evre toplam süresi								
Doğum eyleminin toplam süresi								

Yenidoğan APGAR puanı: 1.dk.....5. dk.....

Yenidoğan Cinsiyeti.....Boy:.....Ağırlık:..... Baş Çevresi:.....

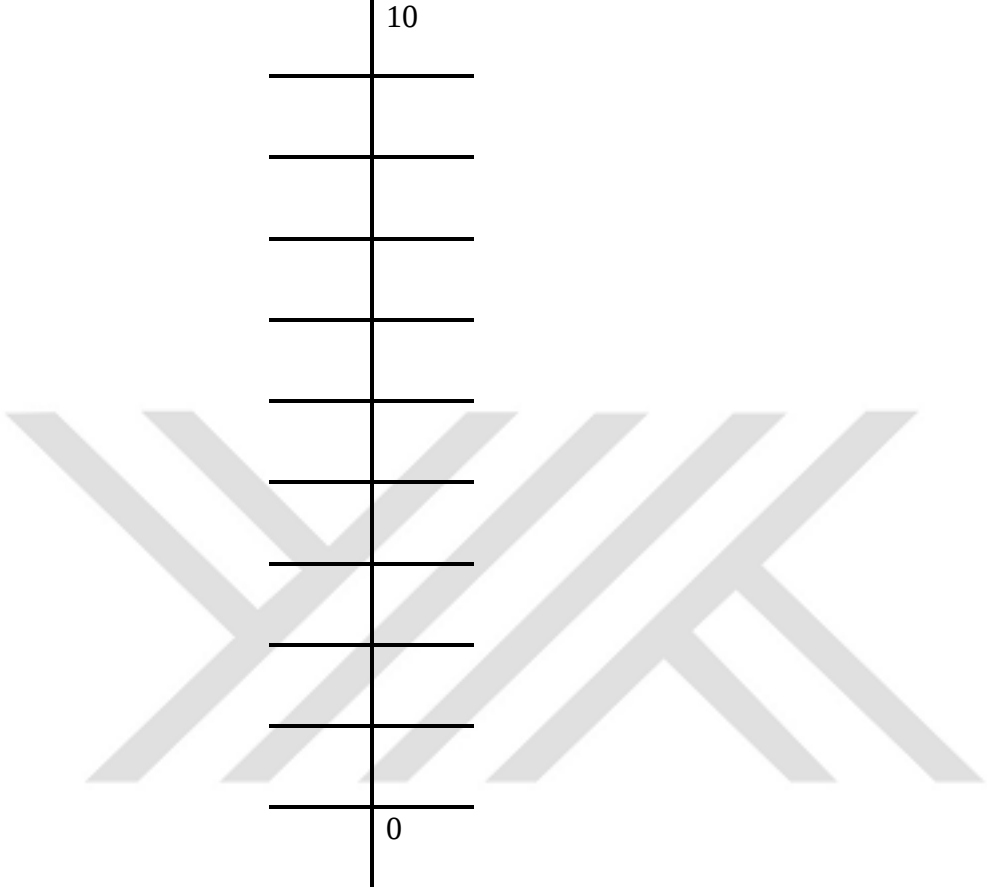
Yenidoğanın genel sağlık durumu: 1. Anne yanında 2. Yenidoğan yoğun bakıma alındı

İlk emzirmenin başlatılması: 1. Başlatıldı 2. Başlatılamadı

Annenin emzirme sırasındaki davranışları: 1. Emzirme konusunda istekliydi
2. Bebeğini aldı
3. Bebeğini tutabildi
4. Bebeğini emzirdi
5. Emzirme konusunda isteksizdi
6. Bebeğini almayı istemedi
7. Diğer.....

* Gebenin doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlar

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Sessiz ve sakin | 11. Herhangi bir şeyi sıkma |
| 2. Korku ifadesi | 12. İletişimden kaçınma |
| 3. Heyecanlı görünüm | 13. Yüksek sesle ağlama |
| 4. Etrafındakilerle sürekli konuşma | 14. Çığlık atma |
| 5. Sürekli gezinme | 15. Davranışlarını kontrol etmede güçlük |
| 6. Huzursuzluk. | 16. Mahremiyetin azalması |
| 7. Sessizce ağlama | 17. Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma |
| 8. Ses çıkarma/inleme | 18. Çevresindekileri suçlama |
| 9. Avuçlarını sıkma | 19. Muayene sırasında ebe ve doktora izin |
| 10. Dudaklarını ısırma | 20. Diğer..... |

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)= Visual Analog Skala (VAS) (EK 3)

DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (EK 4)

İsim

Tarih

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME FORMU (EK 5)

1. Bu doğuma ilişkin düşünceleriniz nelerdir?

1. Zor bir doğumdu 3. Kolay bir doğumdu
2. Normal bir doğumdu 4. Diğer.....

2. Doğum ağrısı hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Dayanılmaz bir ağrıydı
2. Beklediğimden daha kolay oldu
3. Diğer.....

3. Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

.....

4. Şuan ki yorgunluk durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? (1-10 arası puanlayınız)

Hiç yorulmuş değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aşırı yorgun hissediyorum

4. Doğum eylemi sürecinde yapılan uygulamalardan memnun musunuz?

1. Evet 2. Hayır

UYGULAMAYI DEĞERLENDİRME

DEĞERLENDİRME	Hiç katılmıyorum	katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1. Doğumda yaşadığım ağrı beklediğim ağrıdan azdı.					
2. Yapılan stereogram kart uygulaması rahatlamamda etkili oldu.					
3. Doğum ağrısı ile baş etmede stereogram kartların uygulanmasını başka gebelere de öneririm					
4. Stereogram kart uygulamasının ileriki doğumlarımda da yapılmasını isterim.					
5 Stereogram kartların uygulanması beni rahatsız etmedi.					
6. Stereogram kartların doğum eylemi süresince sürekli uygulanmasını isterim.					

DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ) (EK 6)

Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “**tamamen katılıyorum**”dan “**kesinlikle katılmıyorum**”a kadar giden beş seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği belirtiniz.

	ÖLÇEK MADDELERİ	Tamamen katılıyorum	katılıyorum	Biraz katılıyorum	katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
2	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
3	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
4	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor					
5	Bebeğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum					
6	Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor					
7	Kendimi çok mutlu hissediyorum					
8	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
9	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
11	Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor					
12	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor					
13	Kendimi çok yorgun hissediyor ve					

	sürekli uyumak istiyorum					
14	Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum					
15	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor					
17	Epizyotomi / ameliyat bölgemle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19	Önemli ve değerli olduğunu hissediyorum					
20	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					
23	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
27	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
28	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
29	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					
30	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor					
31	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini					

	hissediyorum					
32	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
33	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
34	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					



ETİK KURUL KARARI

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

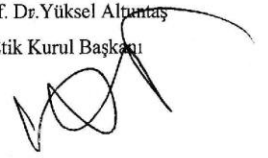
Sayı:1099
Konu: Onay yazısı

Tarih: 27/10/2015

Hemş.Esra YURTSEV

“Doğuma özel stereogram kartlarının doğum ağrısı algısına etkisi” isimli çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr.Yüksel Altıntaş
Etik Kurul Başkanı



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğuma özel stereogram kartlarının doğum ağrısı algısına etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	AÇIK ADRESİ:	Halaskargazi Cad. Etfal Sk. 34371 ŞİŞLİ / İSTANBUL
	TELEFON	0212 373 50 00 Dahili:6565
	FAKS	0212 224 07 72
	E-POSTA	Etfal.EtikKurul@sislietfal.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Hemş.Esra YURTSEV			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Doğum Kliniği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		X			
Diğer ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL X	ULUSLARARASI ☐	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğuma özel stereogram kartlarının doğum ağrısı algısına etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04/10/2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04/10/2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 569	Tarih: 27/10/2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Yüksel Altuntaş	Endokrinoloji	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm.Dr.Nezaket Eren	Biyokimya	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Z.Yıldız Yıldırım	Çocuk	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.H.Kübra Elcioğlu	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.M.Sarper Erdoğan	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Av. Yağmur Demirezen	Hukuk	İstanbul Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yard.Doç.Hande Yapışlar	Fizyoloji	Bilim Üniv.Fizyoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ

İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğuma özel stereogram kartlarının doğum ağrısı algısına etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Uzm.Dr.Gülsüm Önal	Etik Deontoloji	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Gönül Gül	Tekstil	Serbest Üye	E ☐	K X	E ☐	H X	E	H X	
Doç.Dr.F. Dilek Necioğlu Örken	Nöroloji	Bilim Üniv.Nöroloji ABD	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Uzm.Dr.Aslı Aksu Çerman	Dermatoloji	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
İmza:

DOĞUMA ÖZEL STEREOGRAM KARTLARININ DOĞUM AĞRISI ALGISINA ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%6

BENZERLİK ENDEKSİ

%5

İNTERNET
KAYNAKLARI

%2

YAYINLAR

%1

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%1

★ docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

Alıntıları çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde