T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

GEVŞEME TEKNİKLERİNİN TRAVAYDAKİ GEBELERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

BURCU AVCIBAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. SULTAN ALAN

ADANA – 2009

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

GEVŞEME TEKNİKLERİNİN TRAVAYDAKİ GEBELERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

BURCU AVCIBAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. SULTAN ALAN

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından ASYO2007YL5 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Tez No:……

ADANA – 2009

KABUL VE ONAY

Ebelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

"GEVŞEME TEKNİKLERİNİN TRAVAYDAKİ GEBELERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ"

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 06/08/2009

TEZ SINAV JÜRİSİ

Yrd.Doç. Dr. Sultan ALAN
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Prof. Dr. Nazan ALPARSLAN
Çukurova Üniversitesi
Üye

Prof. Dr. F.Tuncay ÖZGÜNEN
Çukurova Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Raportör

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir

Prof. Dr. Halil Kasap
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi, deneyim ve desteği ile her zaman yanımda olan, tezimin planlaması ve gerçekleştirilmesi aşamasında özveri ve zamanını esirgemeyen danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Sultan ALAN'a, tezimin hazırlık ve istatistiksel analizler aşamasında rehberlik eden Sayın Prof. Dr. Z. Nazan ALPARSLAN'a, tezimi inceleyerek yararlı önerilerde bulununan Arş. Gör. Dr. Şule GÖKYILDIZ, Öğr. Gör.Melike ÖZTÜRK ve Filiz ATIŞ'a, öğrenim hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve destekleyen aileme, arkadaşlarıma, yüksek lisans eğitimim süresince verdikleri burs ile destek olan TÜBİTAK'a ve tezimin uygulaması sırasında araştırmamı gerçekleştirmeme fırsat veren tüm gebelere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY FORMU ii
TEŞEKKÜR iii
İÇİNDEKİLER iv
ŞEKİLLER DİZİNİ vii
TABLOLAR DİZİNİ viii
SİMGELER VE KISALTMALAR ix
ÖZET x
ABSTRACT xi
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Ağrı 4
2.1.1. Ağrının Sınıflandıırılması 4
2.1.1.1. Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Ağrı Sınıflandırılması 5
2.1.1.2. Süreye Göre Ağrı Sınıflandırılması 7
2.1.1.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflandırılması 7
2.1.2. Ağrı Patogenezi ve İletim Yolları 8
2.1.3. Ağrı Teorileri 9
2.1.4. Ağrının Algılanması 9
2.2. Doğum Eylemi 10
2.2.1. Doğum Eylemini Evreleri 11
2.2.1.1.Doğumun I. Evresi 11
2.2.1.2. Doğumun II. Evresi 13
2.2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi 14
2.2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi 15
2.2.2. Doğum Eyleminde Ağrı 16
2.2.2.1. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler 17
2.2.2.1.1.Fizyolojik Faktörler 17
2.2.2.1.2. Psikolojik Faktörler 20
2.2.2.2. Doğum Eylemindeki Ağrının Özellikleri 23

2.3. Anksiyete 23
2.3.1. Anksiyete Düzeyleri 24
2.3.1.1. Hafif Anksiyete 24
2.3.1.2. Orta Düzeyde Anksiyete 24
2.3.1.3. Şiddetli Anksiyete 25
2.3.1.4. Panik Anksiyete 25
2.3.2. Anksiyetenin Etkileri 25
2.3.2.1. Anksiyetenin Fizyolojik Etkileri 25
2.3.2.2. Anksiyetenin Algısal Etkileri 26
2.3.2.3. Anksiyetenin Psikolojik Etkileri 26
2.3.2.4. Anksiyetenin Bilişsel Düzeye Etkileri 26
2.3.3. Doğum Ağrısının Anksiyete ve Stres İle İlişkisi 27
2.4.Doğum Ağrısının Kontrolü 28
2.4.1. Farmakolojik yöntemler 29
2.4.2. Nonfarmakolojik Yöntemler 29
2.4.2.1. Gevşeme 30
2.4.2.1.1. Biofeedback 30
2.4.2.1.2. Hareket/Pozisyon 30
2.4.2.1.3. Hipnoz 31
2.4.2.1.4. Akupunktur 31
2.4.2.1.5. Akupress 32
2.4.2.1.6. Müzik 32
2.4.2.1.7. Sofroloji 32
2.4.2.1.8. Haptonomi 32
2.4.2.1.9. Ses Çıkarma 33
2.4.2.2. Mental Uyarılma 33
2.4.2.2.1. Hayal Kurma 33
2.4.2.2.2. Odaklanma/Dikkat Dağıtma 33
2.4.2.3. Tensel Uyarılma 33
2.4.2.3.1. TENS(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) 33
2.4.2.3.2. İntradermal Sıvı Enjeksiyonu 34
2.4.2.3.3. Yüzeysel Soğuk-Sıcak Uygulama 34
2.4.2.3.4. Hidroterapi- Banyo/Duş 35

2.4.2.3.5. Masaj 35
2.4.2.3.6. Aromaterapi 35
2.4.2.4. Solunum Teknikleri 36
3. GEREÇ VE YÖNTEM 39
3.1. Araştırmanın Amacı 39
3.2. Araştırmanın Şekli 39
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 39
3.4. Araştırmanın Evreni 39
3.5. Verilerin Toplanması 40
3.6. Uygulama Aşaması 41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 42
4. BULGULAR 44
4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular 44
4.2. Gebelerin Obstetrik Öykülerine Ait Bulgular 46
4.3. Gebelerin Mevcut Gebeliklerine Ait Bulgular 48
4.2. Gebelerin Durumluk Anksiyete Düzeylerine Ait Bulgular 50
5. TARTIŞMA 54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 60
7. KAYNAKLAR 63
FORMLAR 72
ETİK KURUL KARARI 75
ÖZGEÇMİŞ 76

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Doğum eyleminde kontraksiyonları başlatan hormonal mekanizma 19

Şekil 2.2. Yavaş-derin göğüs solunumu 37

Şekil 2.3. Hızlı Yüzeyel Solunum 37

Şekil 2.4. Üfleme- Karın Solunumu 38

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4. 1. Tanıtıcı Özelliklere Ait Bulgular 44

Tablo 4. 2. Obstetrik Öyküye Ait Bulgular 46

Tablo 4. 3. Mevcut Gebeliğe Ait Bulgular 48

Tablo 4. 4. Deney ve kontrol grubunun Uygulama Öncesi Durumluk Anksiyete Skorlar 50

Tablo 4. 5. Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyleriyle İlişkisi 50

Tablo 4. 6. Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Gebelik Sayısı ile İlişkisi 51

Tablo 4. 7. Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Gebelik Sürecinde Sağlık Çalışanı Tarafından Bilgilendirilme Durumlarıyla İlişkisi 51

Tablo 4. 8. Uygulama Sonrası Gebelerin Durumluk Anksiyete Puanları 52

Tablo 4. 9. Uygulama Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puan Farkının Gebelerin Eğitim Düzeyleri ile İlişkisi 52

Tablo 4. 10. Uygulama Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puan Farkının Gevşeme Teknikleri Hakkında Daha Önceden Bilgi Sahibi Olma Durumları ile İlişkisi 52

Tablo 4. 11. Uygulama Öncesi ve Sonrası Ankisyete Puan Farkının Doğum Konusunda Bilgi Alınan Sağlık Çalışanına Göre Dağılımı 53

KISALTMALAR LİSTESİ

ACTH	Adenokortikotropik Hormon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GnRH	Gonadotropin-Releasing Hormon
IASP	International Association for the Study of Pain
KKT	Kapı Kontrol Teorisi
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
PGE	Prostaglandin E
PGF	Prostaglandin F
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
n	Sayı
>	Büyüktür
<	Küçüktür
=	Eşittir

ÖZET

GEVŞEME TEKNIKLERININ TRAVAYDAKI GEBELERIN ANKSIYETE DÜZEYLERI ÜZERINE ETKISI

Araştırma, travayda gebelere uygulanan ağrıyla doğal baş etme yöntemlerinden gevşeme, pozisyon değişikliği ve solunum egzersizinin ağrı anksiyetesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır. 30 kontrol 30 deney olmak üzere 60 gebe ile çalışılmıştır.

Doğum eyleminin başında (latent faz) deney ve kontrol her iki gruba alınan gebelerle birebir görüşülerek tanıtıcı bilgi formu ve durumluk anksiyete ölçeği uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan gebelere doğum eylemi ve solunum teknikleri hakkında eğitim verilmiştir. Solunum ve pozisyon değişikliği yapması ve gevşemesi konusunda gebeler desteklenmiştir. Latent faz bitmeden deney grubu gebelere durumluk anksiyete ölçeği tekrar uygulanmıştır. Kontrol grubundaki gebeler doğumhanede yapılan rutin işlemler dahilindeki izleme bırakılmıştır.

Araştırma sonucunda verilen eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir. Gebelere uygulanan ağrı hafifletme yöntemlerinin gebelerin durumluk kaygı düzeyini düşürdüğü saptanmıştır. Doğum ağrısını hafifletmek amacıyla solunum egzersizi, gevşeme ve pozisyon değişikliği gibi yöntemleri kapsayan girişimlerden önce gebelerin kaygı puan ortalamasının 59.37 iken, eğitim sonrası 35.70'e düştüğü belirlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$).

Bu yöntemlerle ebelerin, doğuma hazırlıkları yetersiz olan gebelerin travaydaki kaygılarını azaltabileceği görülmüştür. Gebelerin doğum konusunda bilgi almaları ve bilgi alınan sağlık personelinin kaygı düzeyleri üzerine etkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gebelikte Anksiyete, Doğum Ağrısı, Gevşeme Teknikleri

ABSTRACT

THE EFFECTS OF RELAXATION TECHNICS ON ANXIETY LEVELS OF PREGNANTS WHO IS IN LABOR

The research has been done experimentally with the aim of evaluating the impact of natural pain control methods, such as relaxing, changing position and breathing technics on the pain anxiety, used on mothers who give birth. 60 pregnant women were studied by 30 being experiment and 30 being control groups.

At the beginning of the labor (latent phase) informative knowledge form and anxiety inventory were applied to one by one conservation with the pregnant women in experiment and control groups. To the pregnant women in experiment group education on labor and breathing technics were given during the labor. Pregnant women were supported for the application of breathing, changing of position and relaxing. Anxiety inventory were applied again to pregnant women in experiment group before end of the latent phase. The pregnant women in the control group were observed in the routine of the hospital and supportive midwifery care.

At the end of the research, effectiveness of the training were evaluated. Methods which applied to pregnant women to alleviate labor pain has been found to reduce levels of anxiety. It is determined that while anxiety point average was 59.37 before the natural pain control methods such as breathing technics, relaxing and changing of position are applied in order to decrease labour pain of women who has taken part in the research, anxiety point average has fallen to 35,70 after using the methods and the difference is found meaningful statistically ($p<0.005$).

According to these results, it is designated that in the event of prcgnants' preparations being insufficient, the midwife who help labour, can decrease pregnants anxiety by using these natural pain control methods.

It has seen that pregnants' getting information about giving birth and the staff that they get information from have impact on the anxiety levels ($p>0.05$).

Suggestions are given according to the results of the research.

Key Words: Anxiety of Pregnancy, Pain of Labor, Relaxation Technics

1. GİRİŞ

Kadın, doğası gereği yaşamın başından sonuna kadar farklı evrelerden geçmektedir. Bu evrelere damgasını vuran hormonal, bedensel ve ruhsal değişikliklere göre kadının hayatı birbirinden farklı özellikler taşıyan çeşitli dönemlere ayrılır. Çocukluk, puberte, adölesan, cinsel olgunluk ve menopoz evrelerinin hepsinde biyolojik yapıları gereği erkeklerden farklıdır ve bu dönemlerden oldukça etkilenmektedir[1,2,3,4].

Kadının farklı ve önemli bir yönü de bir canlıyı bedeninde taşıması ve doğum yapmasıdır. Anne ise bir kadın için önemli bir yaşam olayıdır. Bu süreci en iyi şekilde sonlandırmak anne, bebek ve aile sağlığını aynı zamanda da uzun vadede toplum sağlığını olumlu yönde etkilemektedir.

Doğum eylemi sırasında yaşanan deneyim ırksal, kültürel ya da bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte benzer özellikler taşımaktadır. Doğum eyleminin önemli bir parçası da doğum ağrısıdır. Sahip olduğu birçok özelliğinin yanı sıra kültür ve inanışı gereği kimi kadın ağrı nedeniyle yaşadığı acıya katlanmayı bir lütuf olarak görürken, kimisi de bunu gidermek için çeşitli yöntemlerden yararlanmaktadır[5].

Gelişen teknoloji, değişen kültürel yaklaşımlar doğum ağrısının daha detaylı incelenerek oluşumuna sebep olan mekanizmaları çözmeye olanak sağlamıştır. Araştırmaların temelinde, ağrının bu sürecin doğal bir parçası olduğunun kabulü kadar ağrı çekmeye engel olmanın da mümkün olduğu fikri hakim olmuştur. Multidisipliner bir yaklaşımla obstetrisyenler, ebeler, anestezistler ve gebe eğitimcileri, doğumun anne ve bebek açısından en üst düzeyde iyilik hali ile sonlanmasını sağlamak adına doğum ağrısı ile başa çıkabilmek için çalışmalar yapmaktadır.

Obstetrik teknik ve bilgisinde sağlanan gelişmelerle vajinal yolun uygun olmadığı durumlarda fetusun abdominal yol ile doğurtulması (sezaryen doğum) mümkün olabilmektedir. Ancak zaman geçtikçe sezaryen doğum oranı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen oranları aşmaya ve diğer obstetrik yöntemlerin kullanımı azalmaya başlamıştır. Tıbbi endikasyonlar hariç, annenin ağrıdan korkması ve doğum sırasında ağrı yaşamamak adına istekleri doğrultusunda yapılan sezaryen doğumlar anne ve bebek sağlığı üzerinde yeni sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu bakımdan doğum sırasında yaşanılan ağrıyı azaltmak ya da ortadan kaldırmak için farmakolojik

yöntemler yanı sıra nonfarmakolojik yöntemler de giderek önem kazanmaya başlamıştır[6].

Doğum sürecinde verilen bakımın kalitesi, ağrının kontrol edilmesinin yanı sıra annenin ve bebeğin güvenliğini de önemli ölçüde etkilemekte, olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelmektedir. Travay süresince kadına ve ailesine verilen desteğin doğum deneyimine ilişkin olumlu duyguları ve kadının ağrıyla başa çıkma çabalarını arttırdığı belirlenmiştir. Aynı zamanda çiftlerin olumlu doğum deneyimi edinmelerini ve zamanla kuvvetli, iyi aile ilişkileri kurmalarını sağlayabilmektedir[2,7-9].

Gebelik sürecinde yaşanılacak değişiklikler her ne kadar görülmüş ya da kaynaklardan okunmuş olsa da doğum anı gibi yaşanılası bir tecrübenin eksikliği gebe için büyük bir korku, endişe kaynağı olabilmektedir. Yaşanılmış kötü deneyimler multipar gebeler için ayrı bir stres kaynağı olabilmektedir.

Konunun önemini kavramış toplumlarda, özellikle gelişmiş ülkelerde anne ve baba adaylarının eğitim gereksinimlerini karşılamak üzere gebe eğitim sınıfları açılmaktadır. Bu sınıflarda gebelik, doğum eylemi anlatılarak, doğum anında yaşanan sıkıntı verici durumlar ve doğum ağrıları ile baş edebilme hakkında bilgi verilmektedir. Programa eşler de katılarak doğum eylemi sırasında gebeyi cesaretlendirecek ve destekleyecek yöntemleri öğrenmektedir. Henüz ülkemizde çok yaygın olmasa da benzer eğitim sınıfları mevcuttur fakat gebelerin büyük çoğunluğu halen doğum ağrısı ve kontrolü hakkında yeterince bilgili sahibi olmadan doğumhaneye gelmektedirler[10,11,12].

Doğumhanede çalışan bir ebe; gebenin ihtiyaç duyduğu fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, en çok ön plana çıkan doğum ağrısı ile baş etme konusunda deneyim ve bilgilerini gebeyle paylaşarak olabildiğince sorunsuz bir süreç geçirmesine yardımcı olmak ve olumlu bir tecrübe kazanmasını, eyleminin sonlanmasını takiben anne ve bebeğin genel bakımlarını sağlamaktan sorumludur. Doğum ağrısını azaltmak da sağlık profesyonellerinin/ebenin etik sorumluluklarından biridir[13].

Gebe eğitiminin temel konularından biri doğum ağrısı ile başa çıkabilmedir. Doğum ağrısı ile başa çıkmada farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemler yan etkileri, uygulama sınırlılıkları, anne

üzerinde olduğu kadar fetüs üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle daha fazla dikkat ve maliyet gerektirmektedir[6].

Doğum ağrısı ile başa çıkmada giderek yaygınlaşan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri ise düşük maliyet, uygulama kolaylığı, olumsuz etkilerinin az ya da hiç olmaması gibi avantajlara sahiptir. Gebenin aktif olarak eyleme katılıyor olması ve hatta çevresindeki destek kişilerin de bu sürece katılmasına olanak sağlaması bu yöntemlerin kabul görmelerini kolaylaştırmaktadır. Bazı yöntemler eylem sürecinde uygulanabileceği gibi, bazıları prenatal dönemde eğitim almayı gerektirmektedir. Eğitim gerektiren yöntemlerin öğretilmesi için en uygun zaman, ikinci trimester ile miaddan birkaç hafta öncesine kadar olan dönemdir. Doğum öncesi dönemde herhangi bir hazırlıktan geçmeden doğuma gelenler için en ideal zaman doğum eyleminin latent fazıdır. Çünkü latent fazda doğum ağrısının şiddetinin düşük olması ve gebenin dikkatini toplayabilmesi, verilen eğitimin gebe tarafından etkin bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na (International Association for the Study of Pain=IASP) göre ağrı; "var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşa gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim ve bir korunma mekanizması**"** olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoşa gitmeyen yapıda olduğundan her zaman özneldir; süresi, şiddeti ve ağrı etkisi büyük ölçüde hastadan hastaya ya da süreyle alakalı olarak değişebilir. Bu nedenle ağrı deneyimini değerlendirirken hem fiziksel hem de fiziksel olmayan bileşenlerini birlikte göz önünde tutmak gerekir[14-18].

Ağrı aslında subjektif bir kavram olup, kişiden kişiye büyük farklılıklar göstermektedir. Çünkü cinsiyet, din, dil, ırk, sosyokültürel çevre gibi birçok faktör ağrı eşiğini, dolayısıyla da ağrılı uyarana tepkiyi belirlemektedir[14-18].

Geçmişte sadece çeşitli hastalıkların bir bulgusu olarak kabul edilen ağrı özellikle kronik ağrı, günümüzde artık başlı başına bir hastalık, bir sendrom olarak kabul edilmektedir[15,19].

2. 1. 1. Ağrının Sınıflandırılması

IASP Taksonomi Alt Komitesi; ağrıyı beş eksenli taksonomi şeklinde, eksen bazında tanımlamıştır. Bu tanımlamaya göre 1. eksen ağrının yer aldığı vücut bölgesi ile ilgilidir, 2. eksen etkilenen sistemleri, 3. eksen oluşum süresini, 4. eksen hastanın ifadesine göre ağrı şiddeti ve başlamasından bu yana geçen süreyi, 5. eksen ise ağrının etiyolojisini belirtir[14,20].

Çok boyutlu bir kavram olan ağrı farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Sık kullanılan bir ağrı sınıflamasında ağrının başlama süresi, mekanizması ve kaynaklandığı bölge dikkate alınmaktadır[15, 20-23].

Bu sınıflandırma;

1. Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Ağrı
   a. Nosiseptif ağrı
   b. Nöropatik (nonnosiseptif) ağrı
   c. Deafferantasyon ağrı
   d. Reaktif ağrı
   e. Psikojenik (Psikosomatik) ağrı
2. Süreye Göre Ağrı
   a. Akut ağrı
   b. Kronik ağrı
3. Kaynaklandığı Bölgelere Göre Ağrı Sınıflandırması
   a. Somatik ağrı
   b. Visseral ağrı
   c. Sempatik ağrı
   d. Periferal ağrı

2. 1. 1. 1. Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Ağrı

a. Nosiseptif Ağrı: Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından ağrı olarak algılanan uyaranlar, nosiseptörlerce algılanır. Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan bu özelleşmiş ağrı reseptörleri tarafından algılanıp, santral sinir sistemine iletildikten sonra ağrı olarak hissedilen ağrı tipidir[15,16,20,24].

Nosiseptif ağrı da somatik ve visseral ağrı olarak iki alt gruba ayrılır. Bu ikisi arasındaki temel farklılık somatik ağrının duyusal liflerle, visseral ağrının ise sempatik liflerle taşınmasıdır. **Somatik ağrı** ani başlayan, keskin, daha yoğun tarzdadır; **visseral ağrı** ise yaygın, lokalizasyonu zor tarif edilebilen bir ağrı olduğundan değerlendirilmesi daha güçtür. Organların ani gerilmesi, aşırı kasılmalar, kan akımının azalması nedenleri arasında sayılabilir.

b. Nöropatik Ağrı: Nöropatik ağrı, IASP tarafından "sinir sistemindeki primer bir lezyon ya da disfonksiyon sonucunda ortaya çıkan ağrı" şeklinde tanımlanmaktadır.

Merkezi ya da periferal sinir sisteminin hasar görmesi sonucunda ortaya çıkan süreğen ağrıdır. Yanıcı ve şok şeklindeki şiddetli ağrılardır[25,26,27].

Nosiseptif ağrıdan en belirgin farkı, nosiseptif uyarının sürekli olmasıdır. Ağrı spontan olarak ortaya çıkabilir. Ağrı eşiği düştüğü için normalde ağrısız olan uyarı ağrı yapabilir (allodini). Uyarıya yanıt hem sürekli hem de amplitüd bakımından abartılı olabilir (hiperaljezi). Nöropatik ağrı opioid ilaçlara ve nörolitik işlemlere nosiseptif ağrıdan daha az yanıt verir[15,20,26,27].

c. Deafferantasyon Ağrı: Periferik veya merkezi sinir sistemindeki (MSS) lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyaranların MSS'deki iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Fantom ağrısı deafferentasyon ağrılarına örnek olarak verilebilir. Uyarı önce omuriliğe daha sonra merkez sinir sistemine iletilirken iletim sinir travmasına bağlı olarak kesilmiştir. Bir anlamda sinirin elektriksel deşarjında kısa devreler meydana gelmekte ve bu kısa devreler başlı başına bir odak olarak ağrıya yol açmaktadır. Yanıcı özelliktedir, duysal kaybın olduğu bölgededir[22,23].

d. Reaktif Ağrı: Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkar. Vücut kaslarının değişik bölgelerinde tetik noktası adını verdiğimiz noktalar vardır. Bu noktaların uyarılması ile yansıyan ağrılar ortaya çıkar. Hastada bu noktalara basıldığı takdirde sıçrama olayı meydana gelir. Halk arasında kulunç olarak bilinen miyofasyal ağrı sendromları reaktif ağrıya örnek olarak verilebilir[18,20,23,28].

e. Psikojenik Ağrı: Ağrıya sebep olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur. Ağrıyı açıklayacak organik bir lezyon ya da patolojik bir durum yoktur ya da var olan lezyon/durum, ağrının şiddetiyle örtüşmemekte, aşırı şiddeti açıklayamamaktadır. Hastanın psişik ya da psikososyal sorunlarını ağrı biçiminde ifade etmesidir şeklinde de tanımlanabilir[18,20,23,28].

2. 1. 1. 2. Süreye Göre Ağrının Sınıflandırılması

a. Akut Ağrı: Neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın ilişki vardır. Ani olarak doku hasarı ile başlayan, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir. Daima nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösterir. Bu bakımdan akut ağrı; bir sendrom, bir hastalık değil, bir semptomdur. Akut ağrı, 30 günden kısa süren ve genellikle teröpatik müdahale gerektirmeyen niteliktedir. Üzerinden 3 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özellikleri gösterir[14,17,20,29,30].

b. Kronik Ağrı: Çoğu kez nosiseptif nitelikte olup uyarıcı işlevi geçtikten sonra, kişinin hayat kalitesini değiştiren, kişileri anormal davranışlara yönelten, psikolojik etkenlerin rol oynadığı kompleks bir tablodur. Kronik ağrıda fizyolojik değişikler ile ağrı arasındaki ilişki azalarak psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler ön plana çıkar. Kronik ağrılı hastada, dokuda tahribat oluşturan hastalıklar, fonksiyonel somatik faktörler, sinir harabiyeti oluşturan hastalıklar, psikiyatrik faktörler, kişilik ve davranış faktörleri gibi çok çeşitli etiyolojik faktörler rol oynayabilir. Kronik ağrı için süre genellikle 3-6 ay olarak kabul edilir[20,29,31].

2. 1. 1. 3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrının Sınıflandırılması

a. Somatik Ağrı: Daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edilir, batma, sızlama, zonklama tarzındadır. Sinirlerin yayılım bölgesinde algılanır. Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrı somatik ağrı olarak isimlendirilir[2,4].

b. Visseral Ağrı: Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanan ağrılardır. İç organların tümü ağrıya karşı her zaman hassas değildir. Visseral ağrılar, genellikle künttür, yavaş artar, kolay lokalize edilemez, rahatsızlık vericidir, bulantı ve otonom semptomlarla beraberdir, başka bölgelere doğru yayılır. Aynı biçimde her organa özgü deri bölgelerinde hipersensitivite (aşırı hassasiyet) vardır[20,23,24].

c. Sempatik Ağrı: Sempatik kökenli ağrılar sempatik sinir sisteminin devreye girdiği/tutulduğu ağrılardır. Sempatik kökenli ağrılar diğer ağrılara göre daha farklı özellikler taşır. Deri hassas ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artar. Sempatik

ağrıların en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Ağrı özellikle geceleri artar. Ağrının yanı sıra ekstremitelerde trofik bozukluklar ortaya çıkar. Damarlardan kaynaklanan ağrılar, kozalji dediğimiz yanma tarzındaki ağrılar, sempatik ağrılara örnek olarak verilebilir[20,23,24].

d. Periferal Ağrı: Kaslar, tendonlar veya direk periferik sinirlerin kendinden köken alabilir. Periferik sinir sisteminde postherpetik nevralji, diabette görülen ağrılı nöropatiler gibi inatçı ağrılı durumlardan sorumlu bir lezyon olduğu durumlardır[20,23,24].

2. 1. 2. Ağrı Patogenezi ve İletim Yolları

Serbest sinir uçlarında bulunan nosiseptörler ağrının iletilmesinden sorumludur. Beyin hariç tüm dokular boyunca uzanan nosiseptörler sayesinde beyne ağrı iletimi gerçekleşir. Nosiseptörler, biyolojik, termal, mekanik, elektriksel ve kimyasal uyaranlarla stimüle olurlar. Bu reseptörler aracılığıyla uyaran öncelikle spinal korda daha sonra beyin merkezine iletilir ve ağrının algılanması gerçekleşmiş olur [24].

Normalde ağrı, bilinci yerinde olan beyine impulsların miyelinli A delta ve/veya myelinsiz C nosiseptif sinir liflerivle iletilmesi sonucu oluşur. Bu afferent liflerin duyusal uçları fizyolojik koşullarda yalnızca güçlü ve zararlı uyaranlarla aktive olurlar ve beyin bu yolla gelen uyarıyı ağrı olarak algılar. Eğer güçlü ve uzun süreli tekrarlayan uyaranlar ağrı sistemini etkiler ve sıklıkla duyarlı hale gelmesine neden olursa bunun sonucunda patofizyolojik ağrı oluşur. Üç temel patofizyolojik ağrı süreci vardır;

İlki periferik sensitizasyondur ve burada doku travması, enfeksiyon gibi nosiseptif uçların aşırı duyarlı hale gelmesi söz konusudur. Sonuçta zayıf, önceden zararlı olmayan uyarılar bile nosiseptörleri aktive eder ve ağrı oluştururlar.

İkinci mekanizma ise normal olan duyusal nöronların aşırı uyarılabilir hale gelip yollarının üstündeki normal bölgelerdeki ektopik deşarjlarıyla gerçekleşir. Bunun sonucunda duyusal impulsların oluşumundan sorumlu çeşitli iyon kanallarıyla membran reseptörlerinin sentez ve dağılımında değişiklikler olur.

Son patofizyolojik süreç ise omurilik ve beyindeki devrelerde amplifikasyon artışıdır. Ağrılı bir uyarı olduğunda omuriliğin amplifikasyon düzeni bozulur ve ağrıda artış olur[15].

2. 1. 3. Ağrı Teorileri

a. Spesifite Teorisi: Spesifik bir uyarının beyinde temsil edilen özel bir reseptörü vardır. Spesifik lokalizasyon, ağrının niteliğini belirler. Böylece cilde uygulanan ağrılı uyarı ağrı duyusuna yol açar. Ağrının tipinin değerlendirilmesi beyinde gerçekleşir[15,29].

b. Patern Teorisi: İmpuls spinal korda girdikten sonra ağrı duyusunun başlaması için uyarının birikmesi gerektiği şeklinde tanımlanır[15].

c. Kapı Kontrol Teorisi: 1965'te Melzack ve Wall tarafından ileri sürülen ve günümüzde işlevine mantıklı şekilde açıklık getirilen 'Kapı-Kontrol Teorisi' otoritelerce en çok kabul gören teori olarak günümüzde de kabul görmektedir[15,29].

Bu teoriye göre; ağrı, talamokortikal sisteme (korteks) impuls ulaştığı zaman ortaya çıkar. Ancak ağrının hissedilebilmesi için impulsun belirli bir düzeyin üzerine çıkması gerekir. İmpulsun sinir sistemindeki akışı, yine sinir sistemi içindeki kapılarla düzenlenir. Posterior kökün ince miyelinli A delta lifleri, ağrı lifleridir. Bunlar kapıyı açarak ağrının geçişini sağlarlar. Kalın, miyelinsiz C lifleri ise ağrının geçişini kapıyı kapatarak önlerler. Bu kalın lifler, dokunma ve basınç reseptörlerine bağlıdırlar. Bu reseptörler uyarıldığında ağrının geçişi önlenmiş olur. Yani miyelinsiz ve kalın ağrı lifleri olan C lifleri uyarıldığında ağrı impulsu iletimine izin veren kapılar kapanarak ağrı önlenmiş olur. Kalın liflerce iletilen uyarıların bir kısmı da dorsal kolon içinde ilerleyerek, talamusa ulaşır. Bu yol ağrının niteliği, yeri ve uyaranın şiddeti hakkında kesin bilgi oluşturur ve kısa sürede uyum sağlar[15,32].

d. Biyokimyasal Teori: Daha çok anestezi mekanizmasını açıklamada kullanılan bu teori opioid peptidlerin de ağrı oluşumunda ve kontrolünde rolü vardır. Endojen opioid sistemde endorfin, enkefalin, dinorfin olarak 3 tip opioid peptid bulunur. Analjezinin beta endorfinlerin bağlandığı reseptörlerle sağlandığı düşünülmektedir[29,33].

2. 1. 4. Ağrının Algılanması (Bilgi süreci teorisi)

Ağrı algılanmasında başlangıç noktası primer afferent nosiseptörlerdir. Nosiseptörler periferde bulunan mekanik, termal ve kimyasal reseptörler gibi ağrı

reseptörleridir. Mekanik, termal ve kimyasal uyaranlara yanıt verir. Ağrılı uyaranın ağrı bilgisi haline gelip bir süreç halinde merkezi sinir sistemi ile bütünleşmesinden sonra, merkezi sinir sistemi sürekli olarak somatosensoriyal ve psikolojik verilerin değerlendirilmesini ve yeni bir bilgi haline getirilmesini sağlar. Sonuç olarak ağrıya karşı reaksiyonun oluşması sağlanmış olur. Ağrı algılanmasında periferden merkeze belirli aşamalar söz konusudur. Bu aşamalar; transmisyon, transdüksiyon, modülasyon ve persepsiyondur[15,23,29,31,35].

Transdüksiyon: Sinirlerin sensoryal uçlarında, stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır. Yani bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesidir.

Transmisyon: Impulsların sensoryal sinir sistemi boyunca yayıldığı aşamadır. Nosiseptörler tarafından algılanan ağrı bilgisinin daha üst merkezlere doğru iletilmesidir.

Modülasyon: Başlıca omurilik seviyesinde oluşan bir olaydır. 1965 yılında Wall ve Melzack tarafından ileri sürülen Kapı Kontrol Teorisi ile ağrılı uyaranın medulla spinaliste ciddi bir engelle karşılaştığı ortaya çıkmaktadır. Ağrılı uyaran burada değişikliğe uğramakta ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmektedir.

Persepsiyon: Bireyin psikolojisi ile etkileşimi ve subjektif emosyonel deneyimleri sonucu gelişen, uyarının algılandığı son aşamadır. Omurilikten geçen uyaran, çeşitli yollar aracılığı ile üst merkezlere doğru iletilir ve ağrının algılanması gerçekleşir.

2. 2. Doğum Eylemi

Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gramın üzerinde olan ya da baş - topuk mesafesi 25 cm ve üzerinde olan fetusların doğumu anlaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebeliklere ABORTUS; 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de DOĞUM tanımlamasını getirmiştir[1].

Bir başka tanımlamaya göre; döllenme ile oluşan fetus ve eklerinin anne vücudundan atılmasına doğum eylemi denir [3,37,38].

Doğum eylemi, son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı süreçtir. Normal bir doğum eyleminin;

- Termde (son menstrual period'dan 40 hafta sonra),
- Kendiliğinden başlaması,
- Tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile,
- Verteks pozisyonunda,
- Baş-pelvis uyuşmazlığı olmadan,
- Sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir [3,39].

2. 2. 1. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi farklı dört evreden oluşmaktadır;

I.Evre: Düzenli uterin kontraksiyonlarının başlamasından servikal dilatasyonun tam olmasına kadar devam eder.

II. Evre: I.evrenin bitiminden bebek çıkışının tamamlanmasına kadar sürer.

III. Evre: Bebeğin doğumundan plesanta ve membranların atımına kadar geçen süredir.

IV. Evre: Plasentanın doğumundan sonraki 1-2 saatlik süreyi içerir. Bu süre bazen dört saate kadar uzayabilir. Erken post-partum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır[3,39,40].

2. 2. 1. 1. Doğumun I. Evresi (Dilatasyon)

Doğumun birinci evresi silinme ve dilatasyon evresidir. Düzenli aralıkla ve her 10 dakikada bir gelen ağrıyla başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Birinci evre doğumun en uzun evresidir. Nullipar kadınlarda doğumun birinci aşamasının ortalama 12 saat, multiparlarda 6-8 saat olduğu bildirilmektedir.

Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazlarını içerir. Bu fazların her biri fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin sonunda gerçekleşir [3,40-46].

Latent Faz: Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar efasman nulliparlarda %70-80, multiparlarda % 30-40, dilatasyon ise her iki grupta 3cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nuliparlarda 0, multiparlarda 0 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Erken membran rüptürü gelişmediği sürece membranlar kapalıdır. . Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelip, 15-20 saniye surer. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5-7 dakikaya, süreleri de 30-40 saniyeye çıkar.

Bu fazda anneler genellikle rahattır, odaklandıkları noktalar ağrı ve bebektir, dikkatli ve iletişime açıktırlar, ağrı kontrolünde oldukça iyidirler. Anne bu sırada heyecanlı olabilir. Bu dönemde anneler en çok susuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, karın ve sırt ağrısı, sık idrara çıkma, dönem uzarsa yorgunluktan şikâyet ederler. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan ebeelik girişimleri arasında; gezdirme/ dinlendirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, kontraksiyonlar sırasında gevşeme ve solunum tekniklerini uygulatma, duş aldırma, bilgilendirme, sık sık pozisyon değiştirme yer almaktadır [3,39-46].

Aktif Faz: Dilatasyon 4 cm olduğunda başlar ve 8 cm olduğunda tamamlanır. Efasman nuliparlarda % 80-100, multiparlarda %30-80'dir. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nuliparlarda +1 ile +2, multiparlarda +1 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Membranlar kapalı veya açılmıştır. Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelip ortalama 30-60 sn sürer ve orta şiddettedir. Kontraksiyon şiddettinde yaşanan artış annede yorgunluk, anksiyete ve endişe yaratarak destek ihtiyacını arttırır. Anne ile iletişimin zorlaştığı bu fazda şiddetli ağrı, ağrının sırta ve bacaklara yayılması, pubisin üstünde ve sakrumda basınç hissi, terleme, yüzde kızarma, yorgunluk ve uyuklama gözlenir. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan ebelik girişimleri arasında; sık sık pozisyon değiştirme, gezdirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, sırt ve bacaklara efloraj masajı, ılık duş, solunum ve gevşeme teknikleri, sıcak soğuk uygulama, odaklanma, müzik terapi, bilgilendirme, analjezik ve anestezik uygulamalar yer almaktadır [3,39,40,41,44-47, 50].

Geçiş Fazı: Eylemin en son evresidir. Dilatasyon 8cm olduğunda başlar ve 10cm olduğunda tamamlanır. Efasman nulipar ve multiparlarda %100'dür. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nulipar ve primiparlarda +2 ile +3 düzleminde yer almaktadır. Membranlar açılmıştır. Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelip ortalama 40-90 sn sürer ve şiddetlidir. Annenin bu dönemi yaşaması sonucunda anksiyetesi artar. Yorgun olabilir, ağrı nedeni ile sık sık pozisyonunu değiştirebilir. Yalnız kalmaktan korkar, bu nedenle ebenin anneyi yalnız bırakmaması önemlidir. Bu sırada annenin yanında ona yardım eden bir yakını bulunabilir. Anneye ve yakınlarına hemşireye nasıl ulaşabilecekleri de söylenmelidir. Geçiş fazının olağan değişiklikleri ve yakınmaları arasında; susuzluk, bulantı, kusma, şiddetli ağrı, rektal basınç, alın ve dudak üzerinde

terleme, kontraksiyonlar arasında uyuklama, dışkı çıkışı, kanamada artış, bacaklarda titreme ve kramp yer almaktadır. Bu dönemde anneyi yalnız bırakmamak, bilgilendirmek, rahatlatması için boyna ve yüze soğuk uygulama yapmak, solunum ve gevşeme tekniklerini kullanmak etkili olmaktadır. Dilatasyon 10 cm olduğunda rektumda hissedilen basınç artar, ıkınma kontrolsüz gerçekleşir, vajinal kanama olabilir ve membranlar açılır[3,39,42,44,45].

2. 2. 1. 2. Doğumun II. Evresi (Ekspulsiyon)

Eylemin ikinci evresi serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Literatürde ikinci evre süresine ilişkin tam bir fikir birliği yoktur ancak bu evrenin iki saatten uzun sürmesinin risk faktörlerini arttıracağı belirtilmektedir. Uzamış ikinci evrede yaşanacak riskler; fetal mortalite ve morbidite ile annede atoni kanama riskinin artmasıdır. Doğumun ikinci evresi birinci evrede olduğu gibi pariteden etkilenmekte ve pek çok kaynak bu evrenin nulipar kadınlarda ortalama 1-2 saat, multiparlarda 5-30 dakika sürdüğünü bildirmektedir[40-44].

Doğumun 2. evre süresi parite kadar, epizyotomi, fundal basınç, oksitosin indiksiyonu, amniyotomi, kullanılan doğum pozisyonu, ıkınma tekniği, farmakolojik anestezi vb. girişimlerden de etkilenmektedir. Bazı kaynaklar doğumun ikinci aşamasını safhalara ayırmaktadır. Avrupalı araştırmacılar doğumun ikinci evresini basit olarak iki safhada incelemişlerdir. Servikal dilatasyonun tamamlanmasından ıkınma isteğinin oluşmasına kadar olan dönem erken (ilk) safha ve aktif olarak ıkınmanın yapıldığı andan doğuma kadar olan dönem ise geç (ikinci) safha olarak adlandırmışlardır.

Doğumun ikinci evresini üç safhada tanımlayan kaynaklar da bulunmaktadır. Buna göre; ıkınma girişiminin olmadığı veya az olduğu dönem Latent faz (dinlenme), etkili ıkınmaların olduğu dönem aktif faz (iniş), fetal başın görünür olduğu veya taçlanmanın başladığı dönem ise geçiş fazı (son), olarak adlandırılmaktadır. İkinci evrede annenin itici güçleriyle fetüsü aşağı doğru itmesi başın pelvik tabana dayanmasına ve sonuçta spontan ıkınma hissinin gelişmesine yol açmaktadır. Bu aşamada yaşanan güçlü ıkıntı hissi, rektal basınç, defekasyona ve sırt bölgesinde ağrıya neden olmaktadır. Perinede meydana gelen gerilme ve taçlanma ise bu bölgede ateş çemberi şeklinde tanımlanan güçlü yanma ve ağrılara sebep olmaktadır.

Çoğu anne doğumun ikinci evresini, doğumun en zor ve ağrılı dönemi olarak tanımlamaktadır. Anneler bu dönemde gücünün tükendiğini, yardımsız kaldığını ve

kontrolünü kaybettiğini hisseder. Artık panik içinde olan anneyle iletişim kurmak oldukça güçleşmiştir. American Academy of Pediatrics ve American College of Obstetricians and Gynecologistis (1997) prenatal bakım kılavuzunda anne ve fetüs güvenliğinin sağlanması için doğum eyleminin ikinci aşamasında her gebeye bir ebe veya hemşirenin bakım vermesi gerektiği bildirilmektedir.

İkinci evre annenin desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir. Anne bu dönemde kontraksiyonla gelişen itici gücünü nasıl kullanacağı konusunda cesaretlendirilmeli, kontraksiyon aralarında ise tam gevşemesi ve dinlenmesi sağlanmalıdır. Yorgun anneyi bu dönemde rahatlatmak için terinin silinmesi, yüze dudaklara ve perineye soğuk uygulaması etkilidir. Ayrıca kimi kaynaklara göre perineal sıcak uygulamayla beraber, lubrikanlı veya tek başına perine masajı yapmak, perine ağrısının azaltılmasında ve perine bütünlüğünün korunmasında yararlı olmaktadır. Ikınmak için büyük çaba harcayan anne bebeğin doğması ile rahatlar. Fetüsün vajenden geçişi aşağıdaki güçlerin yardımı ile gerçekleşir.

- Uterusun güçlü ve uzun kontraksiyonları
- Uterus kontraksiyonlarına eşlik eden karın ve diyafragma kaslarının itici güçleri
- Gebelik süresince vajen ve perinenin progesteronun etkisi ile doğuma hazırlanması
- Fetüs başının baskısı[3,39-51].

2. 2. 1. 3. Doğumun Üçüncü Evresi

Eylemin üçüncü evresi bebeğin doğumundan sonra başlayıp, plasenta ve eklerinin tam olarak ayrılıp atılması ile sonlanır. Üçüncü evrenin ortalama süresi 5–10 dakikadır ve bu evrenin 30 dakikadan uzun olması plasenta yerleşim anomalilerinin (plasenta akreata, inkreata, perkreata), plasenta retansiyonunun ve bunlara parelel gelişen enfeksiyon ve kanamaların habercisi olabileceğinden önemlidir. Üçüncü evrede anne; titreme, hafif orta şiddetli uterus kasılmaları, susuzluk, açlık, yorgunluk, uyuklama, perinede ağrı ve analjezi azlığı yaşamaktadır. Uterus kasılmalarının plasentanın ayrılmasından sonra da devam ettiği bilinmektedir. Bu kontraksiyonlar plasenta ile birlikte fetal membranların da atılmasına yardım ederler. Plasentanın uterustan ayrılmasından sonra uterus kavitesi çok küçülür. Plasentanın doğumundan sonra retroplasental hematom da vajenden atılır. Plasenta uterustan ayrıldıktan sonra iki şekilde doğar.

Bunlar;

1) Duncan tarzı
2) Schultze tarzı

Duncan tarzına “kirli Duncan” da denilmektedir. Önce retroplasental hematom boşalır, sonra maternal yüz doğar. Maternal yüz, plasentanın uterusa tutunan pürüzlü yüzüdür. Schultz tarzının diğer adı “parlak Schultz”' dur. Bu tarzda ayrılma plasenta merkezinde başlar, önce fetal yüz doğar. Arkasından retroplasental hematom boşalır.

Plasentanın ayrılma belirtileri;

1) Ani vajinal kanama
2) Umblikal kordun boyunda uzama
3) Uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi
4) Uterusun küre şeklini alması

Uterusun kontraksiyonlarının üçüncü devre bittikten sonra da devam etmesi nedeni ile açık ven ağızları sıkışarak kapanır. Böylece kanama kontrol altına alınır. Kanamayı önleyen bir diğer faktör de plasental bölgedeki pıhtılaşmadır. Üçüncü devredeki kanama miktarı 200-300 ml'dir. Bu kanamanın bir kısmı da epizyotomiden gelen kanamadır[3,39-49].

2. 2. 1. 2. Doğumun Dördüncü Evresi

Eylemin dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saati içerir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Anestezinin uygulandığı durumlarda veya eylemde komplikasyon geliştiğinde dördüncü evre uzayabilir. Normal bir doğumda 250-500 ml kan kaybedilir. Bu kan kaybının sonucunda sistolik ve diastolik kan basıncında düşme görülür ve taşikardi gözlenir. Eylemde artan serebrospinal sıvı basıncı, dördüncü evrede normal değerine döner.

Uterus kasılmaya devam eder ve karının orta bölgesinde yer alır. Fundus genellikle simfisis pubis ile umblikus arasındadır. Kasılma sonucunda plasentanın ayrılma bölgesindeki damar sinüsleri kapanır. Doğumdan hemen sonra serviks yaygın bir görünüm alır ve kalınlaşır.

Eylemin dördüncü evresinde anne acıkmış ve susamış olabilir. Fizik yorgunluğa bağlı (eylemdeki aktiviteleri nedeni ile) olarak titreme görülebilir. Mesane, travmaya ve anesteziye bağlı olarak hipotoniktir. Mesanenin hipotonik olması idrar retansiyonuna yol açabileceğinden önemlidir, idrar retansiyonu sonucunda uterus atonisi gelişebilir.

Bu nedenle eylemin dördüncü evresinde uterus atonisinin önlenmesi önemlidir.

Oksitosin türevi ilaçlar ve fundus masajı atoniyi önlemek için kullanılabilir. Ayrıca yenidoğan ölüm riskinin yüksek olduğu bu dönemde, yenidoğanın dış ortama adaptasyonunun desteklenmesi ve değerlendirmesi gerekmektedir.

Bu dönemde anne konforunu sağlamak için anneyi sıcak tutmak, doğumda gelişen sırt ağrılarını azaltmak için uygun pozisyon verdirmek ise yapılacak diğer yararlı girişimlerdendir[3,39-50].

2. 2. 2. Doğum Eyleminde Ağrı

Doğum ağrısı, nörofizyolojik, biyokimyasal, psikojenik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel birçok faktörün etkisinde olan bir durumdur. Bir başka tanımlamayla bedenin içten ve dıştan bir uyarı karşısında gösterdiği savunma mekanizmasıdır[10,52,53].

Kadınların hayatlarında deneyimledikleri en acılı olaydan biri olan doğum ağrısına, birçok faktörden etkileniyor olması bakımından çok boyutlu bir bakış açısı ile yaklaşmak gerekir[52,54].

Fizyolojik bir mekanizmanın devreye girmesini takiben çevresel faktörlerin de etkisiyle psikolojik mekanizmaların etkili olmaya başladığı bu süreçte çok yönlü düşünülmeli, anne ve fetus sağlığını en iyi düzeyde tutmamızı sağlayan ağrıyı gidermeye yönelik teknikler etkin bir şekilde uygulanmalıdır.

Bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrılardan biri olan doğum ağrısı Melzack'ın bir çalışmasında kozaljiden (travmatik bir sinir lezyonundan sonra devam eden yanıcı ağrı) sonra en şiddetli ağrı olarak belirtilmiştir[2,11].

Doğum her kadının yaşamında önemsediği pozitif bir deneyim olmakla birlikte her zaman için endişe ve korkuya neden olmuştur. Doğum, ağrılı bir olaydır ancak bu ağrıyı algılama; kişilerin ağrı eşiği ve kendilerini bu konuya hazırlamaları ile de yakından ilgilidir. Öznel bir deneyim olması nedeniyle kültürel, bilişsel, dinsel, ruhsal ve çevresel faktörlerden etkilenebilir.

Özellikle çok genç annelerin bu konuda önceden bilgi almayışları, tüm bilgilerinin yakın çevreden duyduklarıyla sınırlı kalması nedeniyle ağrıyı dayanılmaz olarak algılamaları doğaldır[11,55].

2. 2. 2. 1. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Doğum eyleminin başlaması ve ilerlemesi; doğum kanalına ait faktörler, annenin psikososyal durumu, fetus ve eylemin gerçekleşmesini sağlayan birincil güçlerin etkisi altındadır[8]. Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde ağrının da eylem süresince fizyolojik olarak kaynağı ve şiddeti bakımından değişiklik göstermesi söz konusudur. Bunun yanı sıra psikolojik ve emosyonel faktörlerin de doğum ağrısında fizyolojik faktörler kadar etkili olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan kadınları antenatal eğitimlerle doğuma hazırlamak ağrı ile baş etmede önemli bir faktördür[56].

2. 2. 2. 1. 1. Fizyolojik Faktörler

Doğum ağrısı döneminde yaşanılan rahatsızlıkların iki kökeni vardır. Doğumun I. evresindeki ağrıda visseral ağrı baskındır. İniş fazında ağrı, pelviste olup perineal ve somatik tarzda ağrı baskındır. Ağrı vajinal kanalı çevreleyen pelvik yapıların çekilmesi, pelvis tabanı ve perinedeki gerginlikten kaynaklanır [2,3,10,11,46,51,57,58].

Uterusta Hipoksi: Gebe, her bir kontraksiyonda önemli bir ağrı yaşar. Kontraksiyonların etkisi ile uterusa giden kan damarlarındaki sıkışmaya bağlı olarak uterusa gelen kan akımı önemli ölçüde azalır. Uterin kasların yeterli kanlanamamasına bağlı olarak bu bölgede gelişen hipoksi nedeniyle ağrı oluşur. Kontraksiyonlar arasında yeteri kadar gevşeme olmazsa ağrı çok yükselir[2,3,10].

Servikal Gerginlik ve Serviksin Sinir Ganglionlarına Baskısı: Doğum ağrısının oluşmasında en büyük neden serviksin dilatasyonu ve efasmanıdır. Serviksin gerilmesiyle uterus kontraksiyonlarına neden olan fetal baş, aşağıya doğru iterek serviksin dilate olmasını sağlamaktadır. Serviksin her gerilimi maternal hipofiz arka loptan oksitosin salgılamasını uyarmakta ve + feedback bir döngüyle kontraksiyonların sıklık, süre ve şiddetinde artışa neden olmaktadır. Oksitosin bağlanma reseptörlerinin sayısının artması sonucunda gap kavşaklardan iletim akışında da artış görülür. Yaşanılan ağrı giderek şiddetlenir[10,58].

Kontraksiyonların Süre, Şiddet ve Sıklığı: Normal doğum için uterin kontraksiyon ve progresif servikal dilatasyon gereklidir[10,36,40,59,60].

Eylemin başında 15-30 dakikada bir gelen ve 15-30 saniye süren kontraksiyonlar, I. evrenin aktif fazı sonunda 2-3 dakikada bir gelen 60-90 saniye süren ve daha şiddetli kontaksiyonlara dönüşür. Kontraksiyonların şiddet, süre ve sıklığındaki artışla ağrı düzeyinde de artış görülmektedir.

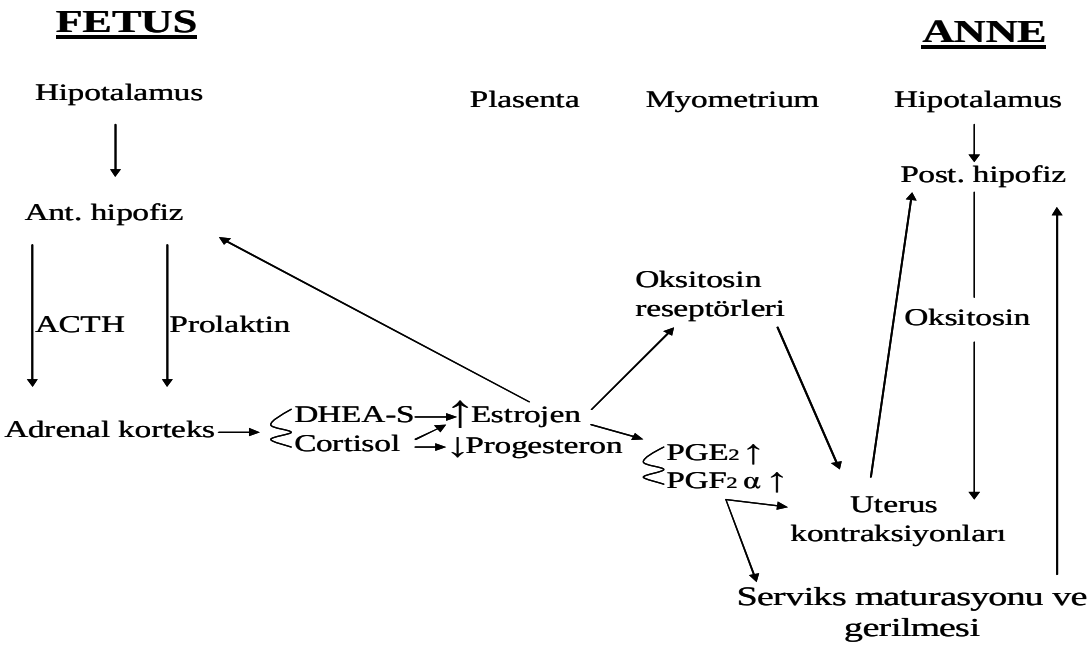
Servikal Değişiklikler: Doğum eyleminin gerçekleşmesi için serviksin dilatasyonunun ve efasmanının tamamlanmış olması gerekir. Dilatasyon ve efasman için daha fazla kontraksiyonlara ihtiyaç duyulacaktır. Kontraksiyonların şiddetli olması ve gebenin ağrılarla baş etme derecesi servikal dilatasyonu ve eylemin hızını, süresini etkilemektedir[2,10,61].

Perineal Yapıdaki Gerginlik: Başın inişi ile bazı dokuların laserasyonu ve perinenin gerilmesi ağrıya yol açar. Özellikle doğumun 2. evresinde fetus ilerledikçe perineal bölgedeki gerilme, genişleme ve bazen yırtılmaların etkisiyle somatik tarzda ağrı oluşur. Kişisel farklılıklar nedeniyle pelvik taban kaslarının değişen esnekliği ağrının farklı düzeylerde hissedilmesine neden olabilir. Doğum ağrısının bir kısmı da pelvik yapı (uterus ligamentleri, tubalar, overler, mesane ve peritonyum) üzerindeki basınç ve gerilimden (çekilme) kaynaklanmaktadır[2,10,62].

Hormonal Mekanizmalar: Hormonal birçok faktör bir araya geldiğinde kontraksiyonlar çözülmeye, giderek sıklaşmaya, şiddeti artmaya ve kasılma esnasında geçen süreleri uzamaya başlar. Özetle mekanizmanın şöyle olduğu düşünülmektedir;[36,58,60,63-69].

Fetus miada yaklaştıkça strese girer ve fetal hipofizden adenokortikotropik hormon (ACTH), fetal adrenalden kortizol salgısı başlar. Gerileyen progesteron üretimi ve yükselen estrojen seviyesi prostoglandinlerin üretimini hızlandırır. Prostoglandinler myometriumda güçlü kasılmaları çözer. Prostoglandinler (PGE-2 ve PGF-α) myometrium hücreleri arasındaki gap junctionların sayısını artırır. Bir hücrede başlayan aksiyon akımları bu kanallar sayesinde tüm uterin hücrelerde yayılmaya ve senkron kasılmaları uyarmaya başlar. Kontraksiyonlar matüre serviksi gevşetir ve serviks dilatasyonu başlar. Myometrium kasıldıkça maternal oksitosin devreye girer ve giderek daha güçlü kasılmalar ön plana geçerler. Myometrium gerildikçe oksitosin bağlanma

reseptörleri sayısında artış olur ve arka lob hormonuna duyarlılıkları artar. Hormonal mekanizma etkin feedbacklerle koordineli olarak travayı yürütür (Şekil 2.1)[40].



Şekil 2. 1. Doğum Eyleminde Kontraksiyonları Başlatan Hormonal Mekanizma[40]

Maternal Öykü: Gebenin fiziksel durumu, yaşı, doğum sayısı, yaşanmış deneyimler, sistemik bir hastalık olup olmama durumu, beslenmesi, ağrıya karşı duyarlılığı etkileyen anneye ait fiziksel bulgulardır.

Fetal Pozisyon: Doğum kanalı ve fetüs arasındaki uyum derecesi doğum ağrısının şiddetinde etkili olabilmektedir. Fetus normal doğum eylemi için uygun olmayan bir pozisyonda olması nedeniyle hissedilen ağrı artabilir. Örneğin oksiput posterior pozisyonda eylem uzar ve oksipital kemiğin sakral sinirlere yaptığı basınç nedeniyle ciddi sırt ağrısı ortaya çıkmaktadır[3,10].

Eyleme Müdahale: Uterus kaslarının stimule edilmesi için kullanılan uterotonik ajanlar, hipotonik kontraksiyonlarda, eylem başlamasına rağmen kontraksiyonların hala başlamaması veya sistemik bir hastalık nedeniyle eylemin hızlandırılması gereken durumlarda kontrollü olarak kullanılabilirler. Bu ajanların serviksin henüz yumuşak,

hafif açılmamışken ve baş fikse olmadan uygulanması daha fazla ağrı hissedilmesine neden olabilmektedir.

2. 2. 2. 1. 2. Psikolojik Faktörler

Bazı psikolojik değişkenlerin kadının doğum ağrısını algılayışı üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Psikolojik faktörler; kültür, anksiyete ve korku, daha önce yaşanmış deneyimler, doğuma hazırlık ve destek sistemlerini içermektedir [2,10,46].

Kültür: Kadının sosyokültürel temelleri onun doğum ağrısını algılamasını, yorumlamasını ve ağrıya tepkisini etkiler. Bazı kültürlerde ağrının ifade edilmesi desteklenirken, bazı kültürlerde kendine hakim olma önemlidir. Buna rağmen kadınlar kendi kültürel grupları içinde ayrı bir kişidir. Ağrının algılanması bireyseldir ve kişiden kişiye değişir[10,53,57,70].

Kadının ağlamaması onun ağrısının olmadığı anlamına gelmeyeceği gibi, ağlayıp inlemesi de şiddetli bir ağrı olduğunu düşündürmemelidir. Her iki durumda da ağrı farklı kültürel davranışlarla ifade edilmektedir. Bu nedenle gebe kadınlar, ağrı sırasında buldukları rahatlama yollarını açıklamaları konusunda cesaretlendirilmeli ve ifadeler arasındaki farklılıklara saygı duyulmalıdır[70].

Anksiyete ve Korku: Anksiyete genelde doğum ağrısıyla yakından ilişkilidir. Fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanışını değiştirebilmektedir[71,72].

Anksiyete; ağrı korkusuna, kontrol kaybına, annenin ya da fetüsün zarar görmesine neden olabilir. Ayrıca doğum yapan kadının içinde bulunduğu çevresel faktörler örneğin; hareketlilik, gürültü, yabancı kişiler de doğum eylemi sırasında anksiyeteye neden olabilir. Ağrı korkusu doğum eyleminin birinci evresindeki ağrı düzeyiyle yakından ilgilidir. Kadının kendisi ve bebeği hakkındaki endişesi doğum eyleminin ikinci evresindeki ağrı düzeyi ile ilişkilidir[73].

Hafif ve orta şiddetli anksiyetenin öğrenme üzerine olumlu etkisi olmakta ve dikkati de artırabilmektedir. Bununla beraber şiddeti yüksek olan anksiyete ve korku düzeyi, ağrıya duyarlılığı artırır ve kadının ağrıyı kontrol etmeye yönelik becerilerini zayıflatır[74].

Anksiyete ve korku kas tonüsünü artırır, beyine ve iskelet kaslarına giden kan akışını engeller. Pelvik kaslardaki gerilim, uterus kaslarının itici gücüne ve kadının doğum eyleminin ikinci evresinde yapmış olduğu itici etkiye karşı koyar. Pelvis kaslarındaki bu gerilimin uzaması genel bir yorgunluğa, ağrının daha fazla hissedilmesine ve ağrı ile baş edebilme becerilerinde de azalmaya neden olur[71].

Yaşanmış Deneyimler: Ağrıyla ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkilemektedir. Özellikle ağrılı deneyimlerin aynı durumda benzer şiddette ağrı yaşantısına yol açtığı belirlenmiştir[71].

Geçmiş yaşantısında güç ve uzun sürmüş bir doğum eylemi öyküsü bulunan kadın daha çok endişeli ve üzüntülü olabilir. Geçmiş deneyimlerin her zaman kadının ağrı ile baş etmesinde olumsuz etkileri olmaz. Ağrı ile ilgili önceki yaşanmış olumlu deneyimler ağrı ile başa çıkabilme davranışlarının kazanılması için fırsatlar sunmakta ve doğum eylemi hakkındaki duygularda pozitif değişikliklere neden olabilmektedir. Kadınlar, doğumları sırasında ağrı ile nasıl başa çıkacaklarını öğrenebilmekte ve daha sonraki doğumlarında da bu becerileri kullanabilmektedirler[2,10].

Doğuma Hazırlık: Doğum ağrısının hissedilmesinde en etkili olan değişkenlerden biri de doğum öncesi hazırlıktır. Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen verilere göre doğum öncesi dönemde formal ebeveyn eğitim sınıflarına katılan kadınlar, katılmayanlara oranla doğum eylemi sırasında daha az ağrı yaşamaktadırlar[70,75].

Doğum öncesi dönemde bakım ve eğitim verenler, öncelikle doğumun olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya çalıştıkları eğitim programlarını hazırlamışlardır. Gelişen ve değişen istekler doğrultusunda eğitim programları ve teknikleri de zamanla farklılık göstermiştir. Ancak yapılan bazı çalışmalar göstermiştir ki bu eğitimler sırasında annenin beklentileri ile sağlık personelinin belirlediği eğitim programları genellikle örtüşmemekte veya ihtiyacı karşılar nitelikte olmamaktadır. Bu nedenle doğum öncesi dönemde eğitim planlanırken öncelikli olarak gebenin ve ailesinin beklentileri, eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir. Kullanılacak olan eğitim yöntemi ise bu eğitimin etkinliğini artırmada oldukça önemlidir[74,75,76].

Kişisel tercih ve tutumlar, eğitim sınıflarındaki uygulamalarda değişiklikler ve doğum şekli (normal doğum, sezaryen) ağrının algılanışını etkilemektedir[74,76].

Doğuma hazırlık, doğum eylemiyle ilgili bilinmezlikten doğan anksiyete ve korkuyu azaltır. Bu şekilde kadınlar, doğuma hazırlanarak doğum ağrılarıyla başa çıkma becerilerini de öğrenirler [76].

Destek Sistemi: Doğum eylemi sırasında kadının çevresinden almış olduğu destek, doğum ağrısının algılanışını etkilemektedir. Örneğin endişeli bir eş, doğum eylemi sırasında kadının ihtiyaç duyduğu destek ve güveni sağlamak konusunda yetersiz kalabilir ve buna bağlı olarak da kadının yaşamış olduğu anksiyete düzeyi de artmış olabilir. Eğer kadının çevresindeki kişiler endişeli ise kadın bundan büyük ölçüde etkilenecektir[2,10,74].

Ağrının Birey İçin Anlamı: Ağrının algılanması kadının kendi algılaması ile ilgili olduğu gibi, kültürel beklentilere de bağlıdır. Doğum eylemine karşı reaksiyonların bireysel olduğu ve değişebileceği düşünülürse ağrıya duyarlılıkta da farklılıklar ortaya çıkacaktır[3,57,70,77].

Dikkat ve Dikkati Dağıtma: Dikkat, ağrının algılanmasını etkileyen bir faktördür. Dikkat ağrıya yöneldiğinde ağrının şiddeti artar[3,57].

Ağrının Hafızası: Ağrı hafızasının boyutu ve şiddeti çeşitli etkenlere bağlıdır. Hastanın ağrıyı değerlendirmesi ve yargılaması ağrının süresinden çok şiddeti ile ilgilidir. Ağrının şiddeti ile ilgili olarak akut ve kronik ağrı konusunda yapılan çalışmalarda hastaların ağrının süresini değil şiddetini hatırladıkları ortaya çıkmıştır. Ağrı hafızasını belirleyen faktörlere bakıldığında; ağrının o andaki şiddeti, emosyonel durum, ağrıya karşı beklentiler, daha önceki ağrının şiddeti gibi çeşitli etkenlerin etkili olduğu görülmüştür. Bunlara ek olarak insanların hafızasının toplamı kültürlerini oluşturur. Dolayısıyla ağrıya karşı cevapları bu kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenir. Doğum yapan kadınların ne denli şiddetli bir ağrı hissettiği herkesçe iyi bilinir. İnsan yaşamında az karşılaşılan oldukça şiddetli bu ağrı olanca şiddeti ile hatırlanıyor olsaydı, hiç kuşkusuz ki kadınlar yeniden doğurma konusunda isteksiz olacaklardır[14,23,34,78].

2. 2. 2. 2. Doğum Eylemindeki Ağrının Özellikleri

Eylemin I. evresinde latent fazda, genellikle hafif dereceli olan ağrı, korku ve anksiyetenin varlığında orta veya şiddetli ağrıya dönüşebilir. Aktif fazda orta veya şiddetli düzeyde ağrı görülebilir.

II. evrede erken dönemden geç döneme doğru, ciddi uterin ağrıdan, orta veya ciddi perineal ağrıya dönen bir ağrı görülebilir.

III. evrede minimal düzeyde bir uterin ağrı olup, IV. evrede çok az mevcuttur ya da yoktur.

Eylemin 1.evresinde ağrı;

- Serviksin dilatasyonuna,
- Kontraksiyon sırasında uterusta oluşan hipoksiye,
- Uterusun alt segmentinin gerilmesine,
- Komşu dokulara olan baskıya bağlı olarak gelişir.

Eylemin 2.evresinde ağrı;

- Uterus kaslarının hipoksisi,
- Fetusun perineye olan baskısı,
- Çevre dokulara olan baskıya bağlıdır.

Eylemin 3.evresinde ağrıya;

Uterus kontraksiyonları ve plasentanın atılması sırasında oluşan servikal dilatasyona bağlı olarak gelişir[3,57,61].

2. 3. Anksiyete

Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Anksiyete, genellikle tehlike habercisi, tehdide karşı uyarıcı ve koruyucu, belirsizlikleri ve bilinmeyeni bulma çabası, bir tehlikeye karşı hissedilen huzursuzluk ve gerilim, benliğin bilinçli yönüyle algılanan ve kavranan bir durumdur[4,57,73,79].

Anksiyete, benlenmedik bir olay karşısında gelişen endişe duygusuna bağlı huzursuzluktur[80].

Subjektif bir duygu olan anksiyete, otonom sinir sistemini aktive eden veya duyarlılığını artıran tecrübeyle edinilmiş, gerginlik, korku, endişe, sinirlilik durumudur [81].

Anksiyete (kaygı), endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk ve sıkıntı halidir. Korku nesnel tehlikeye karşı koruyucu bir uyarılıştır, anksiyete ise bilinçdışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan, içsel tehditlere karşı oluşan tepkidir. Bir diğer anlamda dıştan kaynaklanan bir tehlike varlığı ya da olasılığı karşısında yaşanan duygu durumdur[4,79,82].

Anksiyete bireylerde duruma bağlı veya sürekli olarak görülmektedir. Duruma bağlı anksiyete, bir olayın tetiklenmesine tepki olarak aralıklı zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Sürekli anksiyete ise, uzun süreli, belki yaşam boyu, yaşamın bütün değişimlerini aşırı bir anksiyete ile karşılamayla karakterize ve sıklıkla da anksiyeteye bağlı kişilik bozukluğuyla ilişkili olarak görülebilmektedir. Tanım olarak sıkıntı ve üzüntü hissi olarak tanımlanan anksiyete bozukluklarının tam mekanizması bilinmemektedir ancak anksiyete nöbetlerini çevresel ve fiziksel nedenler tetiklemektedir[83-86].

2. 3. 1. Anksiyete Düzeyleri

Bireylerin yaşadıkları anksiyete farklı düzeylerde olabilmekte ve bireyin davranışları gerilim miktarından etkilenmektedir Anksiyete evrensel, subjektif ve gözlemlenebilen bir deneyimdir. Bu nedenle, anksiyetenin varlığı belirtilerin fark edilmesi ve gözlemlenen davranışlarla anlaşılır. Anksiyete hafif ve orta şiddetten şiddetli ve panik olmak üzere 4 düzeyde incelenmektedir[4,79,85.].

2. 3. 1. 1. Hafif Anksiyete

Bu düzeyde yaşanan anksiyete, nadiren problem olup, günlük yaşam olaylarındaki gerilim ile ilgili ortaya çıkmakta ve bireyi eyleme hazırlamaktadır. Tam olarak konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği vardır. Bu nedenle, birey bu düzey anksiyetede etkin problem çözme becerisine sahiptir[79,86,87].

2. 3. 1. 2. Orta Düzeyde Anksiyete

Yaşanan anksiyete düzeyi arttığı için bireyin algılama ve çevresindeki olaylara karşı ilgisi azalmakta, birey gereksinimlerini karşılamasına rağmen, anlık konsantrasyon yeteneğinde azalma yaşamaktadır. Aynı zamanda bireyin problemlerini çözmekte yardıma ihtiyacı olabilmekte, kas gerilimi artmakta ve dinlenememe hissi duyulabilmektedir[79,87-89].

2. 3. 1. 3. Şiddetli Anksiyete

Bu düzeyde anksiyeteye sahip bireyler, ayrıntılara odaklanmaları nedeniyle, çevredeki olayları algılayamamakta ve neden sonuç ilişkisini kuramamaktadır. Bu düzeyde kişi anksiyetesinin arttığını anlamasa da, yaşadığı fiziksel(başağrısı, çarpıntı, uykusuzluk) ve duygusal semptomların(korku, endişe) farkında olup, problem çözmek için dikkatini verememekte ve mantık yürütmekte zorlanabilmektedir[79,87-89].

2. 3. 1. 4. Panik Anksiyete

Bireyin panik anksiyete düzeyinde, kavrama alanı tam olarak parçalanmakta ve olaylar arası bağlantı kuramamaktadır. Ayrıca bireyin gerçekle bağı kalmamakta ve çevrede ne olduğunu anlama süreci ortadan kalkmaktadır. Bu düzeyde bireyin düşünce alanı düzensizleşmekte, davranışları anormalleşmektedir. Bunun sonucunda birey kendini hissedebilmekte ve kriz aşamasına gelebilmektedir[79,87-89].

2. 3. 2. Anksiyetenin Etkileri

2. 3. 2. 1. Anksiyetenin Fizyolojik Etkileri

Anksiyete vücudu tehlikeye tepki vermeye hazırlayan fizyolojik değişiklikleri indüklemektedir. Tepki hareketsizleşmek, kaçma veya savaşma olabilir. Akut korku sırasında kişi geçici olarak hareketsiz kalır, kalp hızı yavaşlar, kan basıncı düşer ve kas tonusu zayıflar. Bazen kontrolsüz miksiyon veya defekasyon olabilir. Kısa sürede terleme, pupiller dilatasyon, kalp hızında ve kan basıncında artış görülebilmektedir.

İnsan bir tehditle yüz yüze geldiğinde; beyinde hipotalamus uyarılmakta ve hipotalamus sempatik sinir sistemini ve hipofiz bezini etkileyerek çeşitli hormonların salgılanmasına yol açmaktadır. Akut anksiyetedeki endokrin değişiklikler epinefrin, norepinefrin, kortizol, büyüme hormonu, prolaktinde artış ve erkeklerde testosteronda azalmadan oluşur. Subakut ve kronik anksiyeteye en sık fizyolojik tepki, belki de artan merkezi uyarılabilirliği yansıtmasından dolayı, artmış kas gerginliğidir[90,91].

Glikokortikoidler, protein ve yağlara etki ederek glikoza dönüştürmekte ve kan şekerinin artmasına yol açmaktadır. Böylece vücut sistemleri, tehditten uzaklaşmak veya tehdite karşı koymak için bireye daha fazla enerji yaratmaktadır. Bu fizyolojik etkiler, anksiyetenin düzeyi ve süresine göre farklılık göstermektedir [79,87-89].

2. 3. 2. 2. Anksiyetenin Algısal Etkileri

Anksiyete bireyin fizyolojisini etkilediği gibi, algılarını ve duyusal sürecini de etkilemektedir. Hafif anksiyetede, insan organizmasının duyusal uyarılma yeteneği, görme, işitme, koklama, tat alma ve dokunma gibi yollarının duyusal farkındalığı da artmaktadır. Algı, orta düzey anksiyetede donuklaşmaya başlamakta ve bireyin duyu yolları duyusal uyaranlara hafif düzey anksiyeteye göre daha az açık olmaktadır. Anksiyete düzeyi arttıkça, algılama bozulmakta ve duyusal uyaran azalmaktadır. Böylece, duyusal uyaran süreci dağılmakta ve bozulmaktadır[79,87-90].

2. 3. 2. 3. Anksiyetenin Psikolojik Etkileri

Anksiyete bireyde psikolojik olarak huzursuzluk, yoğunlaşamama ve aşırı duyarlılık gibi etkilere yol açmaktadır. Bunun yanında anksiyetenin psikolojik belirtileri arasında irritabilite, konsantrasyon bozukluğu, sese karşı hassasiyet ve yerinde duramama sayılabilir. Ayrıca hafızanın zayıflaması, otonom sisteme aşırı yoğunlaşma sonucunda kalp atımlarını hissetme ve bunu bir kalp krizi gibi yanlış yorumlama ve buna bağlı algılama çarpıklıkları ve düşünce bozuklukları da ortaya çıkabilmektedir[79,87,91].

2. 3. 2. 4. Anksiyetenin Bilişsel Düzeye Etkileri

Anksiyetesi yüksek olan bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve problem çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenmektedir. Hafif ve orta düzeydeki anksiyetede, bireyin duruma yoğunlaşması, öğrenmesi ve problem çözmesi motive olmaktadır. Şiddetli anksiyetede ise, bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilenmekte, duruma yoğunlaşmada ve konular arasındaki ilişkilerin anlaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır[79,90,91].

Anksiyete düzeylerinin hepsinde, birey anksiyetesini düşürmek için savunma mekanizmaları kullanmaktadır. Bireyin anksiyete düzeyi arttığında ve savunma mekanizmaları yetersiz kaldığında ise anksiyete bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Anksiyete bozuklukları, savunma mekanizmaları yetersizliğinde ortaya çıkmakla birlikte, bireyin önceki yaşantıları da bunda etkili olmaktadır[79,90,91].

2. 3. 3. Doğum Ağrısının Anksiyete ve Stres İle İlişkisi

Anksiyete, terleme, baş, göğüs, karın ağrıları, çarpıntı, nefes darlığı, boğulma hissi ve mide yakınmaları, hazımsızlık biçiminde kendini gösterebileceği gibi, dikkatini yoğunlaştıramama şeklinde de gözlenebilir. Yaşanan yoğun sıkıntı, algılama, düşünme ve bellek süreçlerini de etkiler. Yoğun anksiyeteye bağlı olarak bireylerin açık seçik düşünmesi engellendiği gibi doğru kararlar alması da güçleşir. Yoğun anksiyete ile seyreden kriz durumunda, davranış düzeyinde diğerlerinden aşırı beklenti geliştirme, sosyal ortamdan uzaklaşma, sonucunu düşünmeksizin yapılan ani (impulsif) davranışlar ve karar verme görülebilir. İmpulsif davranışlar gelecek acısından sorunları da beraberinde getirdiğinden olumsuz bir çözüm niteliği taşır[4,71,91].

Travay sırasında, zarar görme, doğum seyri konusunda yetersiz bilgi, personel tutumu, bebek veya gebenin yaşamını yitirme gibi korkular veya kaygılar yoğunlaşmaktadır. Rahatsız bir durumda bulunmak, uykusuzluk, yorgunluk, anksiyete, korku, öfke ve depresyon gebenin ağrı eşiğini düşüren faktörlerdir. Öte yandan, ağrının giderilmesi, dinlendirici bir uyku, gevşeme, sempati ve anlayış, ruhsal durumunun düzelmesi ağrı eşiğini yükseltmektedir[4,71,91].

Farklı kişilik özelliklerine sahip 295 gebe ile yapılmış bir çalışmada anksiyetenin doğum ağrısıyla yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür [92].

İçsel ve çevresel kuvvetlerin etkisi ile ortaya çıkacak olan kontrol duygusu, kişinin becerisi, sorumluluğu ve kendi gücüne yoğunlaşabilme yetisinin düzeyi ile yakından ilişkilidir[92,93] .

Son yıllarda yapılan çalışmalarda doğum sırasındaki anksiyetenin kontrolünde genel olarak 3 faktörün etkili olduğu söylenebilir. Birincisi sağlık profesyonellerinin uygulamaları, ikincisi kadının kendi davranışları, üçüncüsü ise geçmiş deneyimler ve bunlardan memnuniyet dereceleridir [93-95].

Doğum sırasında kadınların yaşadıkları stresin ruhsal ve fiziksel boyutu, genel olarak insanlarda stresi tetikleyen ve uterin aktivite sonucu değişen epinefrin, kortizol, norepinefrin gibi hormonların düzeyleri ile de ilişkilidir[96-98].

Kadınlar çocukluktan başlayarak şiddet, kötü muamele gibi olumsuz yaşantılarla, ya da hormonal değişiklikler, doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı etkenler nedeniyle stresle karşı karşıya kalırlar. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete dayalı biyolojik altyapıyı ele alırken gonadal hormonların beyinde anksiyete ve duygu duruma etkilerini incelemek gerekir[4,73].

Östrojenin anksiyolitik etkilerinin olduğu birçok deneysel ve klinik çalışmada gösterilmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların klinik düzeydeki anksiyete belirtileri hormon replasman tedavisiyle anlamlı derecede azalmıştır. Östrojenin bellek üzerine olumlu etkileri de tehlike algısında ve kaçınmada etkili olmuştur. Progesteronun da benzer etkileri olduğu gösterilmektedir, ancak insanlarda anksiyete bozukluğuna neden olduğunu kanıtlayan bir çalışma yoktur[4,73].

Anksiyete ve stres yanıtlarını düzenleyen bir başka hormon da oksitosindir. Düz kaslar, doğum ve süt salgılama süreci üzerinde etkili olduğu kadar beyinde nesneleri ve deneyimleri eşleştirme, annelik davranışları, yeme, içme ve cinsel faaliyetleri de düzenlemektedir[4,73,98].

Stresin artması GnRH'un artmasına neden olur, bu da artan uterus kasılması ile sonuçlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde yaşanılan stresin erken doğum riskini artırdığı belirtilmiştir[4,99].

Doğum ağrısının şiddeti, gebelik dönemi kadar doğum ortamındaki değişikliklerle, doğum sırasındaki duygusal desteğin derecesi ile orantılı bir şekilde değişebilir. Psikolojik, fizyolojik değişkenler ve klinik etmenler doğum yapan kadınların ağrı algısı için önemli belirleyicilerdir. Korku, endişe, güven, zihinsel bakımdan hazır oluş anksiyete düzeyini etkileyerek, ağrı algısı ile kadının başa çıkabilme becerisini etkiler[4,57].

Doğum öncesi eğitim ya da doğuma hazırlama konusunda, ağrı ile ilişkili korku ve anksiyetenin azaltılmasına yönelik yöntemler geliştirilmiştir. Mümkün olduğunca az analjezi ya da anestezi kullanımı tercih edilir. Böylece anne ve fetus sağlığını olumsuz etkilenmesi ihtimali en aza indirilmiş olur[71].

2. 4. Doğum Ağrısının Kontrolü

Geçmiş deneyimlerin nasıl hatırlandığı ya da eylemdeki ağrıyı nasıl etkilediğini ölçmek güçtür ancak birçok gebe için doğum ağrısı korkutucudur. Gebelerin bu dönemde ihtiyaç duydukları destek kaçınılmazıdır. Sağlık çalışanları olarak gebeye bu süreçte uygulanacak girişimlerin niteliği ve etkinliği ağrıyla baş etmeleri konusunda yol gösterici olacaktır. Doğum ağrısını kontrol altına almada iki değişik yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler farmakolojik ve nonfarmakolojik metodlardır. Birbirlerinden farklı avantaj ve dezanavtajlara sahip olmalarına rağmen uygulama

amaçları gebenin doğum ağrısını hafifletmek, ağrı sonucunda ortaya çıkabilecek duygusal çıktıları kontrol edebilmek veya kendisinin kontrol edebilmesini sağlamaktır.

Farmakolojik yöntemlerin tıbbi yan etkileri olmaları bakımından günümüzde non farmakolojik yöntemlere eğilim artmıştır. Non farmakolojik yöntemlerin tümünün etkinliği klinik düzeyde kontrollü araştırmalarla kanıtlanmamış olması bakımından kimi kısıtlamalar getirse de genel olarak gebenin kendi kontrolünü sağlayabilmesi açısından tercih edilme sebebi olmaktadır.

2. 4. 1. Farmakolojik Yöntemler

Genel ve bölgesel (rejyonal) anestezi olarak iki kısımda inceleyebiliriz. Genel anestezi; vital fonksiyonlarda kalıcı bir değişiklik olmaksızın geçici bilinç kaybı ve refleks aktivitede azalma ile karakterize genel duyu kaybıdır. İnhalasyon anestezisi ve intravenöz anestezi olarak iki alt kısımda ele alınır. Kloroform, azot protoksit, izofluran gibi volatil ajanlar inhalasyon anestezisinde, benzodiazepinler, diazepam, meperidin, opioidler ve barbitüratlar ise intravenöz anestezide kullanılan anesteziklerdir [36,62,100].

Bölgesel anestezi; bilinç kaybı olmaksızın girişim yapılacak bölgeye uygulanan anestezi şeklidir. Şuur kaybı olmadığı için analjezi olarak tanımlanabilir. Pudental blok, paraservikal blok, spinal blok, epidural blok, kombine spinal-epidural analjezi, kaudal analjezi olarak bölgesel uygulama farklılıkları gösteren türleri vardır. Ağrısız doğum adı altında son yıllarda giderek ön plana çıkan bölgesel analjezikler, doğum sırasında annenin bilinç düzeyini kaybetmeden uyanık kalması, doğuma destek olabilmesi açısından genel anesteziye göre daha tercih edilir olmalarını sağlamıştır [36,62,100].

2. 4. 2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemlerin aksine nonfarmakolojik yöntemleri uygularken genellikle tıbbi kurallara gereksinim duyulmaz. Bu yöntemler dahilinde gebeye hatta destek kişilere eğitim verilmesi kişinin cesaretlenmesini, eyleme farkında olarak aktif olarak katılmasını, başarmışlık hissini yaşamasını sağlamaları bakımından da çok olumlu etkileri vardır. Ayrıca, anne ve fetüs açısından zararsızdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz ve yan etki ya da allerji riskleri yoktur [2,10,57].

Nonfarmakolojik yöntemlerin de bazı sınırlılıkları vardır. Birçok metod olmasına rağmen halen etkinlikleri klinik düzeyde çalışmalarla desteklenmemiş olmaları bakımından uygulanmasında kısıtlamalar olduğu göz ardı edilmemelidir.

Ayrıca, yapılan çalışmalarda, kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısı ile başa çıkmada başarılı olamadıkları, güç bir doğum olması, annenin antenatal dönemde yeterince hazırlanmamış olmaması, çevresel şartların uygun olmaması ve kişisel farklılıkların bu başarı düzeyindeki yetersizliklerin sebebi olduğu belirtilmiştir[2].

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler; gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleri olmak üzere dört ayrı grup altında toplanabilir.

2. 4. 2. 1. Gevşeme

2. 4. 2. 1. 1. Biofeedback

Biofeedback, biyolojik geri bildirim olarak Türkçeye çevrilebilir. Biofeedback'te ana ilke; doğum eyleminde yaşanılan fizyolojik olaylar, servikal dilatasyon, kontraksiyonlar hakkında bilgi verilmesi, sürecin işleyişi ve yaşanılanı algılama konusuna dikkati yöneltmek ve ağrının daha az algılanması sağlamaktır [57]. Yöntem, bireyin bedensel farkındalığını artırmakta ve ruhsal olarak gerginlikten kurtulup rahatlanmasını sağlamaktadır.

2. 4. 2. 1. 2. Hareket/Pozisyon

Doğum ağrıları ile baş etmede kullanılan bir diğer yöntem pozisyon değişikliği ve harekettir. Geçmişten bu yana eylem sürecinde kadınlar farklı pozisyonlar tercih etmişlerdir. Uygulanan pozisyonlar kültürlere ve zamana göre değişiklik göstermektedir. Ayakta dikey pozisyon ve diz çökme/çömelme pozisyonu halen günümüzde de kullanılan doğum pozisyonlarıdır. Yapılan çalışmalarda travay süresince ayakta ya da oturur (vertikal) pozisyondayken, düz ya da yan yatış (horizontal) pozisyonuna göre daha az sırt ve karın ağrısı hissedildiği yönünde sonuçlar alınmıştır [57].

Travaydaki gebelerde tercih edilen sol yan yatış pozisyonu vena kava inferior üzerindeki baskının kalkması ve utero plasental dolaşımın daha rahat sağlanması bakımından önemlidir. Herhangi bir riskli durum söz konu olmadığı sürece gebeye hareket kısıtlaması getirilmemeli, pozisyon değişikliği ve gezinmesi konusunda cesaretlendirilmelidir [3,11,57,101].

2. 4. 2. 1. 3. Hipnoz

Normal doğumda ağrı ve endişeyi azaltmak ve ortadan kaldırmak için hipnoz uygulanması, Amerikan Tıp Birliği tarafından kabul edilmiş tıbbi bir yöntemdir. Hipnoz, derin konsantrasyon gerektiren farklı bir bilinç durumudur. Gebe uyumaz, fakat eylem başladığında trans haline girer ve bunu doğum tamamlanana kadar sürdürür[10]. Hipnoz ile normal doğum öncesi dönemde öncelikle bilinçaltındaki yanlış koşullanmaları ortadan kaldırılır, yerine doğru bilgi yerleştirilir. Normal doğum yapacak kadına kendiliğinden ve uygun anda hipnoza girme yöntemleri öğretilir.

Yaygın bir şekilde uygulanmamasının nedeni; zaman ve gebeliğin son aylarında anne adayı ile birlikte eğitim toplantıları gerektirmesi, bir hipnotiste gereksinim olması ve etkisinin genelleştirilememesidir[11]. Geçmişte herhangi bir psikozu olan hastalar için kontrendikedir[10].

Eylemin 1. Evresini oldukça kısalttığı, ağrı ve anksiyetenin belirgin düzeyde düşüş gösterdiğini belirten araştırmalar mevcuttur[102, 103].

2. 4. 2. 1. 4. Akupunktur

Akupunkturun, Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsünce kas iskelet sistemindeki ağrıyı azaltmada fonksiyonel etkileri olduğu kabul edilmiştir. Bunun yanında hala tekniğin nasıl kullanıldığı tam açık değildir. Bu yöntem Çin'de ve Uzak Doğu'da yıllardır doğum ağrısını azaltmada kullanılmaktadır. Batı' da 1970' lerin başından bu yana yöntemin etkinliğine dair birbirinden farklı bildiriler yayınlanmıştır. Bazı çalışmalar, akupunkturun ağrı skorlarını belirgin biçimde düşürdüğünü ve eylemin birinci evresini kısalttığını öne sürmektedir. Batı, bu tekniği kabul etmede zorlanırken, Çin'de % 99 mükemmel sonuçlar bildirilmektedir. Çin'de binlerce yıldır kullanılan bu yöntem, 20. yüzyılın sonlarına doğru obstetrisyenler, ebeler ve anestezistlerin ilgisini çekmiş ve bu konuda çalışmalara ağırlık verilerek doğum sırasında da kullanılabilirliği araştırılmıştır[104].

Dünya Sağlık Örgütü nonfarmakolojik yöntemler arasında kullanılabilirliğinden bahsettiği akupunkturun, özellikle ucuz ve uygulanabilirlik bakımından basit bir yöntem olduğunu, ancak etkinliğinin ve doğruluğunun çalışmalarla desteklenmesi gerektiği yönünde görüş belirtmiştir[105].

2. 4. 2. 1. 5. Akupress

Çin'de binlerce yıldır kullanılan bir yöntemdir. Genel olarak vücutta belirli noktalara basınç uygulamak suretiyle o bölgede toplanan enerji yoğunluğunun dağıtılması ve ilgili noktalarla bağlantılı organlarında bu şekilde rahatlaması esasına dayanır. İğnesiz akapunktur olarak da bilinen bu metod için özel ahşap bir alet, eller ya da parmaklar yardımıyla uygulanır. Kontraksiyonların başladığı anda bel bölgesinde omurganın iki tarafına aynı anda basınç uygulamaya başlanır ve kontraksiyon çözülene kadar devam edilir[103].

2. 4. 2. 1. 6. Müzik

Müzik terapisinin geçmişi MÖ 400'lü yıllara kadar uzanmakta olup, dinlendirici, fiziksel ve ruhsal etkilerinden tıp alanında geçmişten bu yana kullanılmaktadır.

Ağrıyı hangi mekanizmalarla giderdiği tam olarak bilinmemektedir. Dinleyicinin uyanıklığını üst seviyede tutması ve akıl, vücut, ruh arasında bir denge oluşturması şeklinde etki gösterdiği düşünülmektedir Diğer bir olası mekanizma ise işitsel uyarının ağrıyı doğrudan doğruya nörolojik olarak baskıladığıdır. Farklı müzik türlerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeylerinde olumlu düşüş sağladığı, eylemin seyrini hızlandırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur. Bireyin aktif olarak katıldığı bir tekniktir[2,106-108].

2. 4. 2. 1. 7. Sofroloji

Hipnoz, derin gevşeme teknikleri, telkin ve meditasyon yöntemlerini kapsayan bir alan olup, şuur hallerinin dengelenmesini böylece kişinin kendini eğitmesi ve iyileştirmesini sağlayan bir yöntemdir. Doğuma hazırlık sınıflarında kullanılan bu yöntemlerle yüksek düzeyde memnuniyet sağlanmış olsa da doğum ağrısı ile baş etmede kullanımına ilişkin bilimsel bir çalışma yoktur[103].

2. 4. 2. 1. 8. Haptonomi

Dokunma ve hissetmenin bilimi olarak bilinen haptonomi, insanlar arasındaki duygusal ilişki ve etkileşimi konu edinir. Amacı, iyileştirmek, başkasının varlığını onaylamak, temel özgüveni yaratmak için sözlerle ve hareketlerle dokunmak olarak

tanımlanır. Uygulayıcılar ebeveynler ve fetus arasında dokunmayla kurulacak olan bağın, doğum eyleminin daha hızlı ve kolay olmasını sağlayacağı görüşünü savunmaktadırlar. Uzmanlar duygulanma durumu ile ilişkili olması bakımından gerçek bir değerlendirme yapmanın mümkün olmadığı görüşündedirler ve henüz bilimsel çalışmalarla desteklenmemiştir[103].

2. 4. 2. 1. 9. Ses Çıkarma

Ses çıkarma ve inleme de ağrıyı hafifletmek için kadınlar tarafından kullanılan tekniklerden biridir. Doğurmak üzere olan kadınlara, doğum eylemi sırasında gürültü yapmamaları, bağırmamaları tembih edilmektedir. Ancak kadınlar doğum eyleminde sese karşı çok duyarlı olmaktadırlar. Özellikle doğumun güç zamanlarında kadınlar, ses çıkararak biraz da olsa rahatlamaya çalışırlar. Ses çıkarma; inleme, figan etme, mırıldanma ve bazı cümleleri ritmik şekilde tekrarlamayı içerir. Bu durum kadının ağrıdan çok korktuğu için bağırması anlamına gelmez, tam aksine kendi bedenine dikkatini yöneltmiş olan kadının var olan enerjisinin bir kısmını sesli ifadelerle dışarı yöneltmesidir[109,110].

2. 4. 2. 2. Mental Uyarılma

2. 4. 2. 2. 1. Hayal Kurma

Hayal kurma dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasını sağlar. Doğum eylemi sırasında hayal kurma gevşemenin oluşmasında etkili olmaktadır. Eğer kadın gevşemeye odaklanmış ve hayal kurabilmiş ise her bir kontraksiyonda kendi düşüncelerine yoğunlaşabilir ve bunu uzun süre devam ettirebilir[57].

2. 4. 2. 2. 1. Odaklanma/Dikkat Dağıtma

Ağrıda dikkati başka yöne çekme dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklanılmasıdır. Bu uyaran basınç ya da sıcaklık gibi ağrıdan daha az rahatsız edici bir duyu olabilir. Kişi kendisini ağrı duyusundan korur iken diğer duyusal girdileri artırır. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur. Gebelerin yanlarında getirdikleri ya da travay odasında odaklandıkları bir nesne olabileceği gibi destek veren kişinin gözlerine odaklanmak şeklinde de olabilir[57].

Gezinmek, başkalarıyla konuşmak, televizyon seyretmek, telefonu kullanmak gibi gebeyi meşgul edecek durumlar dikkatin dağıtılmasını ve ağrıya odaklanılmasını önleyecektir[10].

2. 4. 2. 3. Tensel Uyarılma

2. 4. 2. 3. 1. TENS(Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı, cilt üzerine yerleştirilen yüzey elektrotları vasıtasıyla, düşük frekanslı akım impulslarının uygulanmasıdır. Düşük şiddetli akımlar endorfinlerin serbest kalmasını ve yüksek sıklıkla spinal nöral kapının açılıp, ağrı veren yolun bloklanması şeklinde etkisini gösterir[10]. TENS'in kullanımı doğum ağrısını gidermede belirli derecede etkilidir. Doğumun birinci evresinde ağrının giderilmesindeki başarı ikinci evreye göre daha iyidir[57,62,70].

2. 4. 2. 3. 2. İntradermal Sıvı Enjeksiyonu

1980'lerin sonlarında tanıtılan bu yöntem Avrupa ve İskandinav ülkelerde sıkça kullanılan bir yöntemdir. Sırt ağrısı olan kadınlara, sakrum üzerinde 4 noktaya 0.1 ml'lik serum fizyolojik, tüberküloz testine benzer şekilde deride geçici papüller bırakacak şekilde enjekte edilir. Özellikle 1. evredeki sırt ağrısında etkili olduğu belirtilen intradermal su enjeksiyonunun sinir uçlarını rahatsız ederek ağrılı hisleri bloke ettiği yönünde bir etki gösterdiği düşünülmektedir[2,10,57].

2. 4. 2. 3. 3. Yüzeysel Soğuk-Sıcak Uygulama

Doğum ağrısı döneminde sıcak ve soğuk uygulamaların kullanımına dair yeterince randomize kontrollü çalışma olmamasına rağmen deneysel koşullar altında ağrı üzerine etkileri daha önceden çalışılmıştır. Sıcak uygulama vazodilatasyon etkisi ile iskemi ve büyük sinir uçlarının uyarılması sonucu ortaya çıkan ağrıyı hafifletebilir. Isı reseptörleri vasıtasıyla ağrıyı inhibe eden refleksleri harekete geçirir. Daha çok bel ağrılarını hafifletmek için kullanılan bir yöntemdir. Soğuk uygulamanın ağrıyı azaltmasında iki mekanizma söz konusudur. Birincisi periferik sinir iletimini azaltması ya da bloke etmesi, ikincisi ise inflamatuar yanıtın azalmasına bağlı nosiseptif uyarıya yol açan mediatörlerin azalması veya ödemin bölgedeki sinir uçlarına baskısının azaltması yönündedir[2,10,57].

2. 4. 2. 3. 4. Hidroterapi- Banyo/Duş

Son yıllarda popülaritesinde oldukça yüksek artış görülen suda doğum, kadının karnını suyun altında bırakacak şekilde ılık su içine girilmesi esasına dayanır. Doğum ağrısını azalttığı, kan basıncını düşürdüğü ve diürezi arttırdığı yönünde etkileri çalışmalarla desteklenmiştir. Suyun sıcaklığının 35.6-36.7 ^{o}C arasında olmasına özen gösterilmelidir. Sürekli fetal monitörizasyon gereken durumlar, ağır mekonyum gibi durumlar için uygun değildir. Enfeksiyon riskini ortadan kaldırmak için küvetin ve suyun temiz tutulması gereklidir. Küvet kullanılamayan durumlarda duş alımı da benzer rahatlatıcı etki gösterir. Suyun kaldırma kuvveti ve hidrostatik basıncın olumlu etkilerinden yararlanılamasa da ısının faydası mevcuttur[2,10,57].

2. 4. 2. 3. 5. Masaj

Masajla derideki dokunma reseptörleri uyarılarak ağrının dar bir alanda lokalize olması sağlanmaktadır. Dokunma reseptörleri ağrıyı ileten A ve C liflerine göre daha geniş çaplı liflerdir. Bu nedenle masaj ile uyarıldıklarında, bu uyarıyı kortekse A ve C liflerinden daha hızlı iletirler. Bu mekanizma KKT'ne göre açıklanmaktadır. Yapılan çalışmalar 3-5 cm'lik servikal dilatasyon sırasında 20 dk süreyle yapılan baş, boyun, sırt ve ayak masajının anksiyete, endişe ve ağrı düzeylerinde belirgin derecede düşüş, doğum eyleminin süresinde kısalma gibi pozitif etkileri olduğu yönünde yöntemi destekleyici çalışmalar mevcuttur[10,57,111,112].

2. 4. 2. 3. 6. Aromaterapi

Tedavi edici özelliklerini kullanabilmek için bitkilerden damıtılan yüksek konsantrasyonlu öz yağların ve kokuların kullanımıdır. Bu alanda etkinliklerinin tam olarak belirlenebildiği kontrollü çalışmalar yoktur. Esansiyel bir yağın vücuttaki kimyasal değişimleri etkileyebileceği, hormonlarla ya da enzimlerle etkileşime girebileceği yöntemin kullanımının kısıtlanması yönünde sebep olarak gösterilebilir. Banyo suyuna eklenmesi, kompresleme, inhalasyonla uygulanabilirler. Doğum sırasında kullanılan gül, yasemin, tarçın yaprağı, lavanta özlerinin uterus kontraksiyolarını kolaylaştırmak, ağrıyı ve stresi azaltıp korkuyu gidermek, derin nefes almayı kolaylaştırmak gibi etkileri vardır[10].

2. 4. 2. 4. Solunum Teknikleri

Solunum teknikleriyle kadının dikkati ağrı anında değişik noktalara yöneltilir. Solunum teknikleri doğru kullanıldığı taktirde annenin ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesini sağlar, uteroplasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla başetmesini sağlar[2,10,57,113,114].

Doğum ağrısıyla baş etmede Grantly Dick Read, Robert Bradley, Fernand Lamaze, Shelia Kitzinger, Frederick Leboyer, Michel Odent, Gayle Peterson, Pam England gibi kadın doğum uzmanı, psikoterapist ve ebe/hemşire tarafından geliştirilmiş birçok model bulunmaktadır. Bunlardan özellikle Dick Read ve Lamaze gibi çok daha ön plana çıkmış iki önemli teknik kullanılmaktadır[113].

Dick Read metodu; doğumun anatomisi ve fizyolojisi, gebelik hijyeni, relaksasyon teknikleri, solunum, egzersiz hareketleri hakkında gebenin eğitilmesini hedefler. Lamaze ise; Pavlov' un şartlı cevap teorisine dayanmaktadır. Buna göre beynin bir bölümü üzerindeki stimülasyon belirli merkezleri uyarır. Kontraksiyonlar sırasında ağrıya ve korkuya cevap öğrenilebilir. Şartlı cevap durdurulabilir ya da pozitif bir şeyle yer değiştirebilir şeklinde bir felsefeye sahiptir[113,114].

Lamaze eğitiminde dayanılan yedi temel nokta vardır.

1. Doğum normal, doğal ve sağlıklıdır.
2. Doğum tecrübesi anneyi ve ailesini derinden etkiler.
3. Kadının doğal dürtüleri doğumu yönlendirir.
4. Kadının doğumda kendine güveni ve başarısı sorumluluğu alan profesyoneller ve doğum yapılan yere bağlı olarak artabilir veya azalabilir.
5. Doğal doğum tüm kadınların hakkıdır, doğumda müdahalelerin rutin olarak kullanımı gerekli değildir.
6. Doğum doğal ve güvenilir bir eylemdir.
7. Kadınlar doğum eğitimi sayesinde sağlıkları ile ilgili kararlarda bilinçli tercih yapacak ve sorumluluğu alabileceklerdir.

Anne gereksinimine uygun olarak kullanılabilen çeşitli solunum teknikleri vardır. Genellikle gevşemeyle birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde gebe eğitim sınıflarında daha çok bu teknik öğretilmektedir. Türkiye'de ise bu tür uygulamalar çok yaygın olmadığından doğuma gelen gebelerin çoğu solunum teknikleri hakkında yeterince bilgi sahibi değildir. Yöntemin etkinliği düşünüldüğünde doğumhanede çalışan ebe/hemşirenin solunum teknikleri hakkında gebeyi bilgilendirip,

uygulamasını sağlaması anksiyete, korku, rahatsızlık ve ağrının azaltılmasında oldukça etkili olacaktır. Bunun için en ideal zaman latent fazdır.

İlk Düzey (Normal Solunum): Latent fazın başında uygulanır. Solunum sırasında sadece göğüs hareket eder. Burundan nefes alıp sıcak yemeği üfler gibi ağızdan nefes verilir[2,10].

İkinci Düzey (Yavaş-Derin Göğüs Solunumu): Aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kontraksiyonlarla baş etmeye yardımcı solunum tekniğidir. Her kontraksiyona normal solunumla başlanır. Nefes yine burundan alınır ağızdan verilir. Nefes alınırken de verilirken de yavaş davranılır, yaklaşık 5 saniyede alınır 5 saniyede verilir. Kontraksiyon biterken en son yine normal solunum yapılır[2,10].

Normal solunumla başla
Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..
Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..
Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..
Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..
Normal solunumla bitir

Şekil 2.2. Yavaş-Derin Göğüs Solunumu [2]

Üçüncü Düzey (Hızlı Yüzeyel Solunum): Bu teknik sesli solunum olarak da adlandırılır. Yine kontraksiyonlarla beraber normal solunumla başlar. Ha..ha..ha.. gibi gebenin sesli olarak ağızdan soluk alıp verme şeklidir. Kontraksiyon şiddeti artarken hızlanılır yavaşlamaya başlarken yavaşlanır ve en son yine normal solunumla bitirilir. Annenin ağzı kuruyabilir ağzının ıslatılması için biraz su verilmesinde ya da dudaklarının ıslatılmasında sakınca yoktur[2,10].

Normal solunumla başla
….HA…. HA…HA….HA….
…HA… HA...HA…HA…
..HA..HA..HA..HA..
.HA.HA.HA.HA.
..HA..HA..HA..HA..
…HA…HA…HA...HA…
….HA…. HA….HA….HA….
Normal solunumla bitir

Şekil 2.3. Hızlı Yüzeyel Solunum[2]

Dördüncü Düzey Solunum (Üfleme-Karın Solunumu): Geçiş aşamasında dilatasyon 8-10 cm arasında yapılacak solunum şeklidir. Ancak ıkınmasının erken olması durumunda servikste ödem ve yırtıkların fazla olmasına neden olacaktır. Bu teknikle, karın solunumu yaptırmaya çalışılacaktır. Gebenin uygulamasını sağlamak diğer şekillere göre daha zordur. Ancak etkin bir şekilde yapılırsa ağrıyla baş etmede çok yardımcı olacaktır. Aynı hızlı yüzeyel solunuma benzer ancak bunda yaklaşık 5-6 kere sesli olarak soluk alıp verdikten sonra mum üfler gibi bir nefes verip tekrar başa dönmek gerekir. Kontraksiyon şiddeti arttıkça soluk alıp verme sayısı düşülür. Aynı şekilde devam edilir ve kontraksiyon biterken yine normal solunumla sonlandırılır. Bir el karnın üzerine konularak uygulanan tekniğin doğruluğu kontrol edilmelidir. Göğüs değil karın hareket etmelidir[2,10].

Normal solunum ile başla
HA….HA….HA ….HA….HA….HA….HOO
HA…HA…HA…HA…HA…HOO
HA..HA..HA..HA..HOO
HA.HA.HA.HOO
HA.HA.HOO
HA.HA.HA.HOO
HA…HA…HA…HA…HOO
HA….HA….HA….HA….HA….HA….HOO
Normal solunumla bitir

Şekil 2.4. Üfleme- Karın Solunumu[2]

Kontraksiyonlar sırasında solunum teknikleriyle yaklaşımlar değişebilir. Bu bakımdan ebenin gebeyi bilgilendirmeden önce, ne düzeyde bilgi sahibi olduğunu öğrenmesi gerekir. Bu teknikler genellikle doğum öncesi hazırlık sınıflarında öğretilir, ağrıyı azaltmak, rahatlamayı desteklemek ve ağrı sırasında dikkat dağıtmak için kullanılır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, travaydaki gebelerin kaygı düzeylerinin belirlenmesi, gevşeme teknikleriyle doğuma hazırlanması ve gebeye verilen eğitimin anksiyete düzeyleri üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesini kapsamaktadır.

3. 2. Araştırmanın Şekli

Araştırma, doğum için hastaneye gelen gebelerin travay sırasında uygulanan farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinden gevşeme ve solunum egzersizlerinin durumluk anksiyete düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

3. 3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi 149 yataklı olup doğumhane, doğum servisi, septik, ameliyat, çocuk ve yenidoğan servisi ile özel servis olmak üzere 6 birimden oluşmaktadır. Gebe izlemi için 6, aile planlaması için 1, çocuk hastalıkları için 1 ve 1 acil olmak üzere toplam 9 poliklinik mevcuttur.

Doğumhanede toplam 17 uzman, 81 ebe, 29 hemşire, 25 yardımcı personel çalışmakta olup, aktif olarak 1 uzman, 6 ebe ve 2 yardımcı personel göre almaktadır. Doğumhanede 2 travay, 6 müdahale odası bulunmaktadır. Toplam yatak sayısı 9'dur. Ebeler, 08.00-16.00 ve 16.00- 08.00 üzere 2 vardiyada nöbet şeklinde çalışmaktadır.

3. 4. Araştırmanın Evreni

Araştırma deneysel bir çalışma olarak planlanmış olup, deney ve kontrol olmak üzere iki grup değerlendirilmeye alınmıştır. Araştırmanın evrenini, Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi'nde 1 Temmuz-1 Ekim 2008 tarihleri arasında doğum için hastaneyi tercih etmiş 63 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanması ve uygulaması aşamalarında 3 gebenin acil sezaryene alınmasından dolayı çalışma, 30 deney 30 kontrol olmak üzere toplam 60 gebe ile sürdürülmüştür.

Anketin ön uygulaması 10 gebeye yapılmış olup, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra çalışma grubuna uygulanmıştır.

Örneklem seçiminde bazı kriterler belirlenmiş olup bu özellikleri taşıyan gebeler araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya kabul koşulları;

- Verteks pozisyonunda tek bir fetusun olduğu,
- 18-35 yaş arası gebe,
- 38-42 gestasyon haftasında olan,
- Spontan vajinal doğum yapması beklenen,
- Yüksek riskli gebe olmayan,
- Normal doğuma engel oluşturacak sistemik bir hastalığa sahip olmayan,
- Eylemin latent fazında olan (0-4 cm dilatasyon),
- 1. ya da 2. doğumu olan gebeler,
- Çalışmayı kabul eden gebeler olarak belirlenmiştir.

Araştırma uygulama ortamının ve bakım uygulamalarının etkilenmemesi açısından, personel sayısının yeterli olduğu, öğrenci uygulamalarının olmadığı dönemde ve gündüz saatlerinde yapılmıştır.

3. 5. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla gebelerin demografik,sosyoekonomik, geçmiş ve yaşanılan gebeliğe ait özellikleri tanımlamak amacıyla literatür taraması sonucunda hazırlanmış olan veri toplama formu ile Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Durumluk Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

Tanımlayıcı özelliklerin yer aldığı anket formunda 1-9. sorular gebeye ait yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumları, aylık gelir, sosyal sağlık güvencesi gibi sosyodemografik özelliklerini, 10-29. sorular önceki ve şimdiki gebeliğe ait özelliklerin yer aldığı obstetrik öykü, önceki doğumun özelliği, prenatal bakım alma durumları, gevşemeye yönelik yöntemler hakkında bilginin varlığı, gebelikte yaşanılmış sorunlar ve endişe durumlarını belirlemelerine olanak sağlayacak nitelikte hazırlanmıştır.

Durumluk ve sürekli ankiyete düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiş olan Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri, kısa değerlendirilmelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve standardizasyonu Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından 1974-1977 yıllarında yapılmış ve araştırmalarda kullanılmaya başlanmıştır.

Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Anksiyete Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Anksiyete Ölçeği ise bireyin genellikle kendini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir.

Bu çalışmada kullanılacak olan Durumluk Anksiyete Ölçeği 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.

3. 6. Uygulama Aşaması

Verilerin toplanmasında literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak yapılan tarama sonucunda hazırlanan anket formu (Ek-1) ve durumluk anksiyete düzeylerini ölçmek amacıyla Spielberger Durumluk Anksiyete Ölçeği STAI TX- I formu (Ek-2) kullanılmıştır. Anket ve ölçek uygulamaları verilen aralar dahil 30-40 dakika sürmüştür.

Verilerin toplanması için öncelikle araştırma sınırlılıkları dahilinde uygun olan gebeler tespit edildikten sonra, çalışmanın amacı ve nasıl uygulanacağı hakkında bilgilendirme yapılıp gebelerin onayı alındıktan sonra anket formu deney ve kontrol grubu gebelere uygulanmıştır.

Araştırmanın ilk aşamasında 1. ya da 2. doğumu olan, eylemin latent fazında 0-4 cm dilatasyon, 10-20 dakika sıklıkta kontraksiyon özelliği gösteren gebeler tespit edilmiştir. Gebelere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra onayları alınarak anket formu uygulanmıştır. Çalışma sırasında deney ve kontrol grubu arasında oluşabilecek farklılıkları önlemek amacıyla, rutin tedavi ve bakım uygulamaları, odanın niteliği, gebeyi takip sıklığı gibi etkenlerin farklılık göstermemesine özellikle dikkat edilmiştir. Deney koşullarının eşitliği en üst düzeyde sağlanmaya çalışılmıştır. Deney ve kontrol grubu gebelerin aynı gün içinde değil, ardışık günlerde uygulamaya alınmasına dikkat

gösterilmiştir. Aynı gün içinde uygulamaya alınan kontrol ve deney grubu gebelerin farklı travay odalarında olmaları sağlanmıştır.

Deney grubundaki gebelere uygulanan anket formu sonrasında durumluk anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla ölçek formu uygulanmıştır. Sonrasında yapılacak uygulamanın ne olduğu, nasıl kullanacağı, nasıl etkileneceği konularında bilgi verildikten sonra solunum teknikleri öğretilmiştir. Solunum tekniklerini etkin şekilde kullanmasını sağlamak amacıyla birlikte tekrar edilmiş, kontraksiyon anında uygulama şekli değerlendirilmiştir. Yapılan yanlış uygulamalar doğrusu tekrar anlatılarak düzeltilmiştir.

Eylemin evrelerine göre değişiklik gösteren kontraksiyonlar için geliştirilmiş solunum tekniklerinin latent ve aktif fazda gebelerin uygun olarak kullanması sağlanmıştır. Gebenin ağrıları esnasında etkin olarak yöntemi uygulaması, doğuma kadar ilerleyen evreler ile doğum esnasında nelerle karşılaşacağı konusunda bilgilendirme ve gebenin rutin takibinin devamlılığı sağlanmıştır.

Uygulama sırasında kısıtlama getirilmediği sürece gebelere hareket kısıtlaması yapılmamış, rahat ettiği pozisyonda kalması sağlanmış, ayakta durmak ya da yürümek istedikleri sırada gebeye destek olunmuştur. Ağrılarının olduğunu ifade ettikleri dönemde sakral masaj yapılmıştır. Bu uygulamalar sırasında araştırmacıya olan güven duygusunun gelişmesi bakımından, dokunma ve sözsüz iletişim tekniklerinden yararlanılmıştır.

Uygulamaya başladıktan 30-40 dakika sonra gevşeme tekniklerinin gebenin durumluk anksiyetesi üzerinde etkisini belirlemek amacıyla, ölçek tekrar uygulanmıştır.

Kontrol grubu için yalnızca anket formu uygulanmıştır. Uygulanan anket formundan hemen sonra durumluk anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla ölçek formu uygulanmıştır. Rutin tedavi ve bakım uygulamaları yapılmış olup, etik olarak bir ebenin görevleri dahilinde olan doğum hakkında bilgilendirme/aydınlatma, rahatlamasını sağlama, hareket ve pozisyon uygunluğu, konntraksiyonlar sırasında uygulaması gerekenler konusunda kontrol grubundaki gebeler de bilgilendirilmiştir.

3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) veri analiz programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya ait bulguların

sıklığı için yüzdelik ortalama, grupların homojenliğinin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare ve Fisher Exact testleri uygulanmıştır.

Ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Paried Samples Test, anksiyete puan ortalamaları ve tanımlayıcı özelliklerinin ilişkili olma durumlarının değerlendirilmesinde Independent t-Test ve Anova Testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4. 1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamındaki deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelere ait demografik, sosyoekonomik, özellikleri yanı sıra gebelik sürecinde prenatal bakım alma durumları ile geçmiş ve şimdiki gebeliklerine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Tanıtıcı Özelliklere Ait Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş						
18 - 24 yaş	14	46.7	14	46.7	28	46.7
25 - 38 yaş	16	53.3	16	53.3	32	53.3
Eğitim düzeyi						
İlköğretim(8yıl)	21	70	20	66.7	41	68.3
Lise ve üzeri	9	30	10	66.3	19	31.7
Eşlerin eğitim düzeyi						
İlköğretim(8yıl)	16	53.3	18	60	34	56.7
Lise ve üzeri	14	46.7	12	40	26	43.3
Çalışma durumu						
Çalışıyor	8	26.7	6	20	14	23.3
Çalışmıyor	22	73.3	24	80	46	76.7
Eşlerin çalışma durumu						
Çalışıyor	28	93.3	29	96.7	57	95
Çalışmıyor	2	6.7	1	3.3	3	5
Ortalama aylık gelir						
0-500 TL	13	43.3	17	56.7	30	50
500-1000 TL	12	40	7	23.3	19	31.7
1000TL ve üzeri	5	17.7	6	20	11	18.3
Sosyal Sağlık Güvencesi						
Sahip olan	26	86.7	27	90	53	88.3
Sahip olmayan	4	13.3	3	10	7	11.7
Evlilik yılı						
1-3 yıl	15	50	16	53.3	31	51.7
4-17 yıl	15	50	14	46.7	29	48.3
Yaşadığı yer						
İl	22	73.3	28	93.3	50	83.3
İlçe-Köy	8	26.7	2	6.7	10	16.7

Tablo 4.1’ de araştırma kapsamında yer alan gebelerin demografik ve sosyo ekonomik bilgilerine ait bulgular yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 46.7’si 18-24 yaş aralığında, % 53.3’ü ise 25-38 yaş aralığında yer almaktadır. Yaş ortalamaları 25.65’ tir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin %68.3’ü ilköğretim düzeyinde, % 31.7’ si lise ve üzerinde bir eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Gebe eşlerinin % 56.7’ si ilköğretim düzeyinde, % 43.3’ ü ise lise ve üzerinde bir düzeyde eğitim almıştır.

Gebelerin % 76.7’si herhangi bir işte çalışmazken, bu oranın eşlerde % 5’ tir. Gelir düzeylerine ait bulgularda % 50’sinin 0-500 TL aralığında, % 31.7’ si 1000-1500 TL aralığında diğer % 18.3’lük grubun ise 1500TL ve üzeri bir aylık gelire sahip oldukları görülmüştür.

Kontrol ve deney grubundaki gebelerden % 88.3’ ü sosyal sağlık güvencesine sahipken, % 11.7’ si herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin % 51.7’ si 1-3 yıllık, % 48.3’ ü ise 4-17 yıllık evlidir.

Yaşadıkları yerin özelliğine bakıldığında, % 83.3’ü şehir merkezinde, % 16.7’sı ilçe ya da köyde yaşadıklarını belirtmişlerdir.

4. 2. Gebelerin Obstetrik Öykülerine Ait Bulgular

Bu bölümde gebelerin geçmiş gebeliklerine ve bunların özelliklerine göre deney ve kontrol grubundaki dağılımlarına yer verilmiştir.

Tablo 4. 2. Obstetrik Öyküye Ait Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	Deney		Kontrol	
	n	%	n	%
Gebelik sayısı				
1.gebelik	15	50	11	36.7
2.gebelik	11	36.7	14	46.7
3.gebelik	4	13.3	5	16.6
Düşük*	5	16.7	7	23.3
Doğum				
Primipar	14	46.6	16	53.4
Multipar	16	53.4	14	46.6
Önceki doğumun nerde yapıldığı**				
Hastanede	13	92.8	14	94.4
Evde	1	7.2	2	6.6
Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli**				
Doğum	13	92.8	14	94.4
Düşük	1	7.2	2	6.6
Son doğum sonrası geçen süre**				
>2 yıl	3	21.4	4	25
≤ 2 yıl	11	78.6	12	75
Son doğumun şekli**				
Müdahalesiz vajinal doğum	7	50	6	37.5
Müdahaleli vajinal doğum	7	50	10	62.5

***n , gebelik sayısına bağlı olarak farklılık göstermiştir.**
****n=30, doğum yapma durumlarına göre farklılık göstermiştir.**

Tablo 4.2'de gebelerin geçmiş gebeliklerine ait bulgular yer almaktadır. Deney grubundaki gebelerin %50' sinin kontrol grubundaki gebelerin % 36.7'sinin ilk gebeliğidir. Deney grubundaki gebelerin %50' sin, kontrol grubundaki gebelerin ise % 63.3' ünün 2 veya 3. gebeliğidir. Deney grubundaki gebelerin % 46.6 ,sı, kontrol

grubunun 53.4’ ü primipardır. Kontrol ve deney grubundaki gebelerin % 46’sının ilk doğumu olup, % 53.4’ünün 2 veya 3. gebeliğidir. Daha önce gebelik yaşamış deney grubundaki gebelerin % 16.7’sinin, kontrol grubundaki gebelerin %23.3’ünün 1. ya da 1 ve 2. gebelikleri sırasında düşük deneyimleri vardır. Daha önceki gebelikleri doğum ile sonuçlanan ve yaşayan 1 çocuğu olan gebe oranı % 50’dir.

Daha önce doğum yaptıklarını belirten deney grubundaki gebelerin % 92.8’i, kontrol grubundaki gebelerin ise %94.4’ ü gebeliklerini hastanede sonlandırmışlardır. Bir önceki gebeliğin sonlanma şekline ait bulgularda % 90’ının doğum ile %10 ‘unun ise düşük ile sonuçlandığı görülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 23.3’ünün son gebelikleri ile şu anki gebelikleri arasında geçen süre 2 yıldan daha az iken, % 76.7’ si 2 yıl veya daha fazla süre ara verdiklerini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki daha önce doğum tecrübesi yaşamış gebelerin doğumlarının özelliklerini bakımından değerlendirildiklerinde %43.3’ ü müdahalesiz vajinal doğum yaptıklarını, % 56.7’ si ise müdahaleli vajinal doğum yaptıklarını belirtmişlerdir.

Deney ve kontrol grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde tüm özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Değişkenler arasındaki farklılıkların belirlenmesinde Pearson Chi Square testi uygulanmıştır.

4. 3. Gebelerin Mevcut Gebeliğine Ait Bulgular

Bu bölümde yaşanılan gebeliğe ait prenatal bakım alma durumlarını, gevşeme yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma, içinde bulundukları durumdan nasıl etkilendiklerini ifade ettikleri bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3. Mevcut Gebeliğe Ait Bulgular

Mevcut Gebeliğe Ait Bulgular	Deney		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Gebeliği planlanma durumu						
Planlı	25	83.3	24	80	49	81.6
Plansız	5	16.7	6	20	11	18.4
Gebelik sırasında kontrole gitme durumu						
Evet	28	93.3	28	93.3	56	93.3
Hayır	2	6.7	2	6.7	4	6.7
Kontrole nereye gidildiği (n:56)						
Hastane	18	60	17	56.7	35	62.5
Sağlık ocağı/evi	7	23.3	7	23.3	14	25
Özel doktor/klinik	3	17.7	4	20	7	12.5
Kontrol sıklığının uygunluğu (n:56)						
Uygun	12	42.9	12	42.9	24	42.9
Uygun değil	16	57.1	16	57.1	32	57.1
Sağlık çalışanından eğitim alma durumu (n:56)						
Evet	17	56.7	11	36.7	28	46.7
Hayır	13	43.3	19	63.3	32	53.3
Bilgilendirme yapan sağlık çalışanı (n:28)						
Ebe/Hemşire	13	76.4	3	27.3	16	57.2
Doktor	4	23.6	8	72.7	12	42.8
Gevşeme teknikleri hakkında bilgisi						
Evet	16	53.3	8	26.7	24	40
Hayır	14	46.7	22	73.3	36	60
Yaşanılan sorun (n:16)						
Bulantı-kusma	6	20	3	10	9	56.3
Düşük tehdidi	2	6.7	3	10	5	31.3
Enfeksiyon	-	-	1	3.3	1	6.2
Bel ağrısı	-	-	1	3.3	1	6.2
Endişeli olma durumu						
Evet	17	56.7	21	70	38	63.3
Hayır	13	43.3	9	30	22	36.7
Endişe sebebi						
Korku	8	26.6	14	46.6	22	57.9
Ağrı	2	6.6	2	6.6	4	10.5
Kendisi ve bebeğinin sağlığı	4	13.3	4	13.3	8	21.1
Ne ile karşılaşacağını bilememe	3	10	1	3.3	4	10.5

Tablo 4.3’ te araştırma sırasındaki gebeliğe ait bulgular yer almaktadır. Araştırma dahilindeki gebelerin % 81.6’ sı yaşadıkları gebeliği planladıklarını belirtirken, % 18.3’ ü plansız bir gebelik olduğunu belirtmişlerdir.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 93.3’ lük bir oranla neredeyse tamamı gebelikleri sırasında en az 1 kez kontrole gittiklerini belirtmişlerdir. Uygun kontrol sıklığında gidenlerin oranı ise % 42.9’ dur.

Araştırmaya katılan ve gebelikleri sırasında kontrole gitmiş olan gebelerin %62.5’ i bunun için hastaneyi tercih ederken, % 25’i sağlık ocağı/evini, % 12.5 ‘i özel doktor/kliniği tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Kontrole gitmiş olan gebelerin bu kontroller sırasında %46.7’ si herhangi bir sağlık çalışanından doğum eylemine ilişkin bilgi ya da eğitim almış olup, bilgilendirmeyi yapan kişi olarak % 57.2’si ebe/hemşireleri, %42.8’ i doktorları belirtmişlerdir.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 76.7’ si bebeğinden cinsiyetinden haberdar olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan gebelerin % 40’ ı doğum sırasında uygulanabilecek gevşemeye yönelik yapılabilecek uygulamalar hakkında bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

Gebelerin % 26.7’si gebelikte sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sorun yaşayan gebelerin % 56.3’ ü bulantı-kusma şikayetleri yaşadıklarını, % 43.7’ si düşük tehdidi, enfeksiyon ve bel ağrısı şikayetleri olduğunu belirtmişlerdir.

Uygulama öncesinde deney ve kontrol grubundaki gebelere endişeli olup olmadıkları sorulduğunda, % 63.3’ ü endişeli olduğunu belirtmiştir. Endişeli olduklarını ifade eden gebelerin % 57.9’u sebep olarak korku duygusunu, % 43.1’i ağrıyı, kendisi ve bebeğinin sağlığını, ne ile karşılaşacağını bilememeyi sebep olarak göstermişlerdir.

Deney ve kontrol grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde tüm özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Değişkenler arasındaki farklılıkların belirlenmesinde Pearson Chi Square testi uygulanmıştır.

4. 4. Gebelerin Durumluk Anksiyete Düzeylerine Ait Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamındaki deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin durumluk anksiyete düzeylerine ve tanımlayıcı özellikleri ile ilişkili olma durumlarına ait bulgular yer almaktadır. Bulguların analizinde Anova Varyans Analizi kullanılmış olup anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Tablo 4. 4. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi Durumluk Anksiyete Skorları

Gruplar	**n**	**X_{ort}**	**min.- max.**
Deney	30	62.27 ±9.04	43-76
Kontrol	30	56.47 ±10.23	40-75
Toplam	60	59.37 ±10.01	40-76

Tablo 4.4'te deney ve kontrol gruplarına ait uygulama öncesindeki anksiyete skorlarına yer verilmiştir. Deney grubunun anksiyete puan ortalamasının 62.27±9.04, kontrol grbunun ise 56.47±10.23 olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun anksiyete puan ortalaması 59.37±10.01'dir.

Tablo 4. 5. Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyleriyle İlişkisi

Eğitim Düzeyi	**n**	**X_{ort}**	**min.-max.**	**t**	**p**
Deney					
İlköğretim (8 yıl)	21	63.19 ±8.93	43-76	0.851	0.402
Lise ve üzeri	9	60.11 ±9.45	47-72		
Kontrol					
İlköğretim (8 yıl)	20	57.40 ±9.66	40-75	0.700	0.490
Lise ve üzeri	10	54.60 ±11.59	40-71		

Tablo 4.5'te deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin uygulama öncesine ait durumluk anksiyete düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerim eğitim düzeyleri ile durumluk anksiyeteleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 6. Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Gebelik Sayısı ile İlişkisi

Gebelik Sayısı	**n**	**X_{ort}**	**min.-max.**	**F**	**p**
Deney					
1. Gebelik	15	64.07 ±7.56	48-72	0.724	0.402
2. Gebelik	11	61.64 ±11.27	43-76		
3. Gebelik	4	57.25 ±9.04	50-65		
Kontrol					
1. Gebelik	11	57.73 ±12.35	40-75	0.490	0.490
2. Gebelik	14	55.64 ±8.84	40-71		
3. Gebelik	5	56.05 ±10.79	44-67		

Tablo 4.6'da deney ve kontrol grubundaki gebelerin daha önceki yaşamış oldukları gebelik sayıları ile durumluk anksiyete punalarına ilişkin bulgular yer almaktaıdr. Geçirilmiş gebeliklerle durumluk anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (F=0.562 p>0.05).

Tablo 4. 7. Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Gebelik Sürecinde Sağlık Çalışanı Tarafından Bilgilendirilme Durumlarıyla İlişkisi

Bilgilendirilme Yapılma Durumları	**n**	**X_{ort}**	**min.-max.**	**t**	**p**
Deney					
Evet	17	60.35 ±10.32	43-76	-1.344	0.190
Hayır	13	64.77 ±6.59	53-72		
Kontrol					
Evet	11	51.55 ±9.04	40-67	-2,122	0.043
Hayır	19	59.32 ±9.99	43-73		

Tablo 4.7'de Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Gebelik Sürecinde bir Sağlık çalışanı tarafından doğum konusunda bilgilendirilme durumlarıyla ilişkilerine ait bulgular yer almaktadır. Deney grubunun bildirilme yapılmış ya da yapılmamış olması ile anlamlı bir ilişki bulunmazken (p>0.05), kontrol grubunun anksiyete düzeyleriyle bilgilendirilmemiş olmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p=0.043).

Tablo 4. 8. Uygulama Sonrası Gebelerin Durumluk Anksiyete Puanları

Uygulama	**n**	**X_{ort}**	**Min-Max**	**p**
Öncesi Sonrası	30 30	62.27 ±9.04 35.70 ±5.11	40-76 29-52	0.000

Tablo 4.8'de deney grubunun uygulama öncesi ve sonrası gebelerin durumluk anksiyete düzeylerine ait bulgular yer almaktadır. Veriler Paried Samples Test ile analiz edilmiş olup uygulama öncesi ve sonrası skorları girişimin etkinliği bakımından anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4. 9. Uygulama Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puan Farkının Gebelerin Eğitim Düzeyleri ile İlişkisi

Eğitim Düzeyleri	**n**	**Önce X_{ort}**	**Sonra X_{ort}**	**Fark**	**min.-max.**	**t**	**p**
İlköğretim (8 yıl) Lise ve üzeri Toplam	21 9 30	63.19 60.11 62.27	36.19 34.36 35.70	27 25.75 26.57	29-52 31-41 43-76	0.797	0.432

Tablo 4.9'da gebelerin eğitim düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Gebelerin eğitim düzeylerinin uygulama öncesi ve sonrası anksiyete puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.797$ $p>0.05$)

Tablo 4. 10. Uygulama Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puan Farkının Gevşeme Teknikleri Hakkında Daha Önceden Bilgi Sahibi Olma Durumları ile İlişkisi

Gevşeme Teknikleri Hakkında Bilgi	**n**	**Önce X_{ort}**	**Sonra X_{ort}**	**Fark**	**min.-max.**	**t**	**p**
Evet Hayır Toplam	16 14 30	61.94 62.64 62.27	33.31 38.43 35.70	28.63 24.21 26.57	29-39 31-52 29-52	-3.118	0.004

Tablo 4.10'da deney grubundaki gebelere uygulanan gevşeme yönteminin, daha önceden bu yöntemler hakkında bilgi sahibi olma durumlarıyla ilişkisine ait bulgular yer almaktadır. Gebelerin gevşeme teknikleri hakkında bilgi sahibi olmalarının uygulama sonrası durumluk anksiyete puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir (p=0.04).

Tablo 4. 11. Uygulama Öncesi ve Sonrası Ankisyete Puan Farkının Doğum Konusunda Bilgi Alınan Sağlık Çalışanına Göre Dağılımı

Bilgilendiren Sağlık Çalışanı	**n**	**Önce** X_{ort}	**Sonra** X_{ort}	**Fark**	**min.-max.**	**t**	**p**
Ebe/hemşire	13	59.62	33.23	26.39	29-39	-2.950	0.010
Doktor	4	62.75	41.25	21.50	36-52		
Toplam	17	60.35	35.12	25.23			

Tablo 4.11'de araştırmaya katılan deney grubundaki gebelerin doğum öncesinde bilgilendirme yapan sağlık çalışanına göre anksiyete puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Bilgilendirme yapan sağlık çalışanı olarak ebe/hemşireyi belirten gebelerin anksiyete düzeylerindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.010).

5.TARTIŞMA

Gebelik kadın için önemli bir yaşam deneyimidir. Bu sürecin en iyi şekilde sonlanması anne, bebek ve aile açısından son derece önemlidir. Bu süreçte, sağlık profesyonellerinin desteği ve gebenin eylemde kendi gücünü kullanması olumlu tecrübeler kazanılmasına yardımcı olacaktır.

Doğum eyleminde var olan ağrıyı gidermeye yönelik yöntemler geçmişten günümüze kadar oldukça değişmiş ve gelişmiştir. Gerek farmakolojik gerek nonfarmakolojik yaklaşımların etkinlikleri üzerine yapılan çalışmaların sayısı artmıştır. Bu yöntemlerin olumlu ve olumsuz etkilerinin belirlenmesi açısından daha geniş bir literatür bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuda multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi faydalı olacaktır. Doğum ağrısıyla başa çıkmada ebeler, kadın doğum uzmanları, anestezi uzmanları ve gebe eğitimcileri yaptıkları çalışmalarla yöntemlerin etkinliklerini değerlendirmektedir.

Farmakolojik yöntemlerin etkileri kanıtlanmış olmalarına rağmen, nonfarmakolojik yöntemlerin tümünün etkinlikleri tam olarak kanıtlanmamıştır.

Field (2000), nonfarmakolojik yöntemleri belli bir standardizasyon altına almanın, problemin varlığına göre uygulamanın tipinin belirlenmesi, uygulamanın yaygınlığı ve deney kontrol gruplarıyla yapılan çalışmalar neticesinde sağlanabileceğini belirtmiştir[119]. Yöntemlerin tek başlarına çok etkili olmadıkları, birkaç yöntemin bir arada kullanılması sonucunda daha etkili oldukları görüşü yaygındır.

Ağrının algılanması objektif bir veri olması açısından kişiye göre farklılık göstermekte olup ağrıya verilen yanıtın da farklılık göstereceği göz önüne alınmalıdır. Kişilerin davranışları, fiziksel ve psikolojik açıdan etkilenişleri birbirinden farklıdır. Doğum eylemi sürecindeki ağrısından kaynaklandığı düşünülen anksiyete de bu bakımdan farklılık gösterebilir. Gebelerin ağrı uyumuna göre anksiyeteleri az ya da şiddetli düzeyde olabilmektedir.

Özellikle doğum salonlarında aktif olarak görev alan ve gebe ile daha fazla iletişim halinde olan ebelerin travay sırasında gebeye olan destekleri son derece önemlidir. Doğum sürecinde gebeye verilen desteğin gebenin ağrıyla başa çıkma konusundaki çabasında artış sağladığı yönünde bulgulara ulaşmış çalışmalar mevcuttur[7].

Araştırmamız, travaydaki gebelere gevşeme tekniklerinin ve solunum egzersizlerinin eğitim yoluyla öğretilerak, uygulamaların sağlanması, durumluk anksiyeteleri üzerinde nasıl bir etkisi olduğunun değerlendirilmesi amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular, benzer çalışmalarda alınan sonuçlar ile tartışılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 46.7'si 18-24 yaş aralığında, % 53.3'ü ise 25-38 yaş aralığında yer almaktadır (Tablo 1). TNSA 2003 verilerine göre ilk evlenme yaşı ortalaması 20, ilk gebelik yaşı ortalaması 21.8 iken, henüz yayınlanmamış TNSA 2008 ön bulgularına göre ilk evlenme yaşı ortalaması 20.4 olarak belirtilmiştir[113,114]. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamaları 25.65'tir. Deney ve kontrol grupları gebelerin yaşları benzer bulunmuştur (X^2=5.786 p>0.05).

Gebelerin yaşının doğum ağrısını algılamada belirleyici bir faktör olduğu literatürde belirtilmiş olmasına rağmen araştırmamız sonucunda anksiyete düzeyleri ile anlamlı bir ilişki göstermediği ortaya çıkmıştır. Araştırma bulguları Chang, Wang, Chen'in (2002) çalışma bulgularıyla benzerlik göstermezken, Öztürk'ün çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur[57,112].

TNSA 2003 verilerinde ilköğretim düzeyinde eğitim almış 15-49 yaş üreme çağındaki kadınların oranı % 7.4, lise ve üzeri eğitim alanların oranı ise %17 dir. Bu oran geçen beş yıl sürecinde gelişme göstermiş olup ilköğretim düzeyinde eğitim alanların oranı % 8.7'ye, lise ve üzerinde eğitim alanların oranı % 21.1 olarak belirtilmiştir. Araştırmamız sonucunda deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 68.3'ünün ilköğretim düzeyinde, % 31.7'sinin lise ve üzerinde bir eğitim aldıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

Doğum öncesinde bakım alma gebelik süreci ve sonrası için son derece önemlidir. Gebenin ve bebeğinin sağlıklı gelişimi doğum öncesi bakım alma durumlarıyla yakından ilişkilidir. Olumsuzlukların saptanması ve bunlara yönelik gerekli görülen girişimlerin yapılması uygun bir prenatal bakım sayesinde sağlanabilir. TNSA 2003 verilerinde doğum öncesi bakım alam oranı % 81.4 iken 2008 verilerinde % 92 olarak belirtilmiştir. Çalışmamıza dahil olan gebelerin doğum öncesi kontrole gitme oranları % 93.3 olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Doğumun uygun koşullar altında gerçekleşmesi anne ve bebeğin sağlıklarının kontrol edilebilir olmasını sağlayacaktır. Sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen

doğumlar konusunda uzman kişilerce profesyonel bir destek alacaklardır. TNSA 2003 sonuçlarında doğumun gerçekleşeceği yer olarak sağlık kuruluşlarını tercih edenlerin oranı % 78.2 iken TNSA 2008' de % 89.7 olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda deney ve kontrol grubundaki daha önce doğum yapmış gebelerin % 90'ı bu doğum için sağlık kuruluşunu tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Araştırmamıza katılan gebelerin bir önceki doğumları ile mevcut doğumları arasında geçen süre değerlendirildiğinde, % 23.3'ünün 1 yıl, % 76.7'sinin 2 yıl veya daha fazla süre geçirdikleri belirlenmiştir (Tablo 1). TNSA 2003 verilerinde Türkiye ortalaması 2.9 yıl (35.8 ay), 2 yıldan daha kısa süre ara vermiş olanların oranı ise % 26.8 olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 11.7'sinin herhangi bir sosyal sağlık güvencesi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Özer'in benzer çalışmasının bulgularında bu oran % 46 olarak belirtilmiş ve anksiyete düzeyleriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmamızda anksiyete düzeyleri ile sağlık güvencesinin olmayışı arasında bir ilişki olabileceği düşünülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu bakımdan Özer'in çalışmasıyla benzerlik göstermemiştir[4].

Keleş (2000), çalışmasında istenmeyen gebeliklerde kişilik özelliklerinin ve anksiyetenin anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu belirtmiştir[117]. Araştırmamız sonucunda gebelerin % 81.7'sinin planlı bir gebelik yaşadığı görülmüştür (Tablo 3). Anksiyete düzeyleri ile gebeliğin plansız olma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Araştırma bulgularımız Özer'in (2004) çalışması ile benzerlik göstermektedir[4].

Araştırma kapsamındaki gebelerin % 53.3'ünün doğum konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilmedikleri belirlenmiştir (Tablo 3). Bilgi aldıklarını belirten gebelerin % 57.2'si ebe/hemşireden, % 42.8'si doktordan bu bilgileri aldıklarını belirtmişlerdir. Uygulama öncesinde ebe/hemşireden bilgi almış olanların anksiyete puan ortalamaları 59.62 iken uygulama sonrası 33.23 olarak belirlenmiştir. Doktor tarafından bilgilendirilenlerin uygulama öncesi puan ortalamaları 62.75 iken, sonrasında 41.25 olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Ebe/hemşire tarafından bilgilendirilme yapılanların anksiyete düzeylerindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F= 8.702$ $p=0.010$).

Özer (2004) çalışmasında bilgilendirilme yapan sağlık çalışanının anksiyete düzeyleri ile ilişkisini değerlendirmiş ve doktorlar tarafından bilgilendirilen gebelerin anksiyete düzeylerindeki düşüşün daha anlamlı olduğunu belirtmiştir. Bu bakımdan çalışmamızla benzerlik göstermemiştir.

Genez (2002) çalışmasında daha önce düşük yapmış gebelerin doğum öncesi kaygı düzeylerinin, düşük yapmamış gebelerin kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğu bulgularına yer verdiği çalışması ile çalışmamız bulguları arasında benzerlik görülmemiştir[118]. Çalışmamızda daha önceki gebeliklerinde düşük yaşamış olan gebe oranı % 16.7 olarak belirlenmiş olup, düşük yapmış ve yapmamış gebelerin anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 2).

Özer (2004) çalışmasında düşük deneyiminin anksiyete düzeyleri ile ilişkili olmadığı sonucuna varmış ve bulguları çalışmamızla benzer bulunmuştur.

Araştırmamızda doğum ağrısını hafifletmek ve anksiyete düzeylerini azaltmak amacıyla uygulanan gevşeme ve solunum egzersizleri sonucunda, girişim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamaları incelenmiştir. Uygulama öncesi kaygı puan ortalaması 59.37±10.01 iken, uygulama sonrasında 35.70±5.1'e düştüğü görülmüştür (Tablo 8). Puan ortalamaları arasındaki farklılık girişimin etkinliği bakımından anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda doğal ağrı hafifletici yöntemlerin anksiyeteyi azalttığını, travay sürecinin daha rahat geçirilmesine etkili olduklarını söylemek mümkündür.

Özer (2004), Yıldırım (2001) ve Öztürk'ün (2006) çalışmalarının sonuçlarında nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin anksiyete ve ağrı düzeyleri üzerine etkili olduklarını belirttikleri çalışma bulgularıyla benzerlik göstermiştir[2,4,56].

Albers (1998) çalışmasında özellikle multipar ve 30 yaş üzerindeki gebelerin nonfarmakolojik yöntemleri daha çok tercih ettiklerini belirtmiştir[119].

Gebelerin eğitim düzeylerine göre kaygı puan ortalamalarına bakıldığında ilköğretim düzeyinde eğitim görenlerin uygulama öncesi ortalama kaygı puanları 63.19'dan 36.19'a, lise ve üzeri eğitim alanların puan ortalamaları 60.11'den 34.36'ya düşmüştür (Tablo 9). Uygulama öncesi ve sonrası anksiyete puanlarının eğitim düzeyleri ile ilişkisi değerlendirilmiş olup anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Spielberger'e (1990) göre eğitim düzeyi yüksek olan bireyler stres ile baş etmede daha etkin beceriler geliştirmektedirler[86].

Anksiyete düzeylerindeki azalmada etkin olduğu belirlenen doğum ağrısını gidermeye yönelik doğal yöntemlerin, travaydaki gebelere sağlık çalışanı tarafından uygulanmasının, kaygı düzeylerindeki azalmada etkili olacağı düşünülmektedir.

Destek kişiye duyulan güvenin artmasına olanak sağlayacak bu iletişim şeklinin, gebenin yapılacak girişimlere daha aktif olarak katılmasına, olumlu bir tecrübe yaşamasına, doğum süresinin kısalmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Aştı ve Yıldız (1994) yaptıkları çalışmada doğum öncesi travaydaki gebelere hemşirelerin sağlayacağı desteğin gebelerin anksiyetesini azalttığını belirtmişlerdir[82].

Yıldırım (2001) çalışmasında, doğum eyleminde görev alan ebe/hemşirelerin ağrıyla baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin etkilerini ve sınırlarını bilmeleri, yöntemlerin uygulanmasında anneye destek olunması gerektiğini belirtmiştir[2].

Araştırmamıza dahil olan deney ve kontrol grubundaki gebelerden anksiyete düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülerek endişeli olma durumları hakkında duygularını ifade etmeleri istenmiştir. Gebelerin % 63.3'ü endişeli olduğunu belirtmiştir. Endişeli olanların % 57.7'si korku duymalarını endişe sebebi olarak belirtmiş, ağrı, kendisi ve bebeğinin sağlığı için endişelenme, ne ile karşılaşacağını bilememe diğer endişe sebepleri olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Uygulama sonrasında kaygı puanlarının ortalaması ile endişeli olması durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu bulgu sonucunda endişeli olma ya da olmama durumunun ağrı ve anksiyete ile değişebileceği söylenebilir.

Yıldırım (2001) çalışmasıyla endişe düzeylerinin anksiyete ve ağrı düzeyiyle ilişkili olmadığı, süreç içinde değişebileceği sonucu ile benzerlik göstermektedir[2].

Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda doğum öncesi bakım alma ya da bilgilendirilmeden kaynaklanan yetersizlikler sonucunda gebelerin eyleme yönelik hazırlıklarının yeterli olmadığı ve anksiyete düzeylerinin yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğunu söylemek mümkündür.

Gebe için herhangi bir sınırlama olmadığı sürece hareket kısıtlaması getirilmemesi uygun olur. Gebelerin istedikleri, rahat edebildikleri pozisyonu almaları ve gevşemelerine yardımcı olacaktır . Deney ve kontrol grubu gebeler eylem süresince bu konuda desteklenmiştir.

Yıldırım (2001) çalışmasında gebelerin hareket kısıtlamasını kaldırmanın gevşeme ve daha sakin olma konusunda etkili olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir[2].

Ramnero ve arkaşdalarının (2002) çalışmalarında bir ebenin doğum eyleminin performansını etkileyebilecek kişilerden biri olduğunu belirtmişlerdir[104].

Deney grubu gebelerin sürekli destekleyici ebelik bakımı almalarının, doğum ağrısı ile başa çıkma konusuna daha aktif katılır hale gelmelerini sağlar nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Yıldırım (2001), Gelçalp (1998) ve Kızılkaya (1997) çalışmalarında çok sayıda gebenin bir arada bulunmasının ve diğer gebelerin ağrıya verdikleri tepkilerini görmelerinin olumsuz etkilenmelerine neden olacağını belirtmişlerdir[2,7,120].

Travay odasının özelliği nedeniyle eylemin farklı evrelerinde olan gebelerin, aynı ortamda bulunmaları sonucunda, korku ve endişe düzeylerindeki artışın kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda elde edilen veriler doğrultusunda gebelerin tanımlayıcı özellikleri yanı sıra, bu özelliklerin durumluk anksiyete düzeyleri ile ilişkileri değerlendirilmiştir.

1. Araştırma kapsamındaki gebelerin % 46.7'si 18-24 yaş, % 53.5'ü 25-38 yaş aralığında olup, deney ve kontrol grubunun yaş ortalaması 25.65'tir.
2. Gebelerin % 68.3'ünün ilköğretim düzeyinde veya daha düşük düzeyde eğitim aldıkları belirlenmiştir. Eşlerin ise % 56.7'sinin ilköğretim düzeyinde, % 31.7'sinin lise veya üzerinde bir düzeyde eğitim aldıkları görülmüştür.
3. Gebelerin % 44'ü herhangi bir sürekli işte çalışmazken,% 90 gibi bir oranla eşlerin neredeyse tamamına yakını düzenli bir işte çalışmaktadır.
4. Ekonomik düzeylerine ait bulgular sonucunda araştırma kapsamındaki gebelerin % 50'si 0-500 TL aralığında bir aylık gelire sahip olduklarını ifade etmişlerdir.
5. Sosyal sağlık güvencesine sahip olma durumlarını belirten bulgular sonucunda % 88.3'ünün sağlık güvencesine sahip olduğu belirlenmiştir.
6. Gebelerin % 51.7'si 1-3 yıl aralığında evli iken, % 48.3'ü 4-17 yıl arasında değişen süredir evlidir.
7. Obstetrik öyküleri değerlendirildiğinde, % 46.6'sının ilk gebeliği olduğu düşük ya da doğum tecrübesi olmadığı görülmüştür. Daha önceki gebeliklerinde düşük yaşamış olanların oranı tüm çalışma grubunun % 16.7'sini oluşturmaktadır. Yalnızca 1 gebe iki kez düşük yaptığını belirtmiştir.
8. Çalışmanın sınırlamaları arasında yer alan 1. veya 2. doğum olması bakımından değerlendirilen gebelerin % 50'sinin yaşayan bir çocuğu vardır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerde daha önce ölü doğum yapan görülmemiştir.
9. Daha önce doğum tecrübesi yaşamış olan kadınların % 90'ı doğum için hastaneyi tercih etmiş, % 10'u evde doğum yapmıştır.
10. Deney ve kontrol grubunda yer alan daha önce doğum yapmış gebelerin son doğumlarıyla mevcut doğumları arasında geçen süre değerlendirilmeye alındığında; 2 yıl ve üzeri süre geçirmiş olanlar tüm gebelerin % 76.7'sini oluşturmaktadır.
11. Önceki doğumun şekli bakımından değerlendirilme yapıldığında % 56.7'sinin müdaheleli, % 43.3'ünün müdahelesiz vajinal doğum yaptıkları belirlenmiştir.

12. Deney ve kontrol grubunda yer alan gebeleliklerin % 81.7'si planlı, % 18.3'ü ise plansız gebeliklerdir.
13. Gebelerin % 93.3'lük bir oranla büyük çoğunluğu gebelikleri sırasında kontrole gittiklerini belirtmelerine rağmen, uygun kontrol sıklığında gidenlerin oranı % 42.9'dur.
14. Araştırmaya katılan gebelerin % 57.2'si kontroller sırasında daha çok ebe/hemşire tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir.
15. Doğum konusunda bir sağlık çalışanı tarafından eğitim aldıklarını belirtenler tüm grubun % 46.7'sini oluşturmaktadır.
16. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 73.3'ü gebelikleri sırasında herhangi bir sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Sorun yaşadığını belirten gebelerin % 5.3'ü bulantı-kusma, % 31.3'ü düşük tehdidi, % 6.3'ü enfeksiyon, % 6.3'ü bel ağrısı gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.
17. Travay sırasında gebelerin endişeli olup olmadıklarını ifade etmeleri istendiğinde; % 63.3'ü endişeli olduklarını belirtmişlerdir.
18. Uygulama öncesi deney ve kontrol gruplarına ait durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Deney grubunun anksiyete puan ortalamasının 62.27±9.04 iken, kontrol grubunun puan ortalamasının 56.47±10.23 olduğu bulunmuştur. Bu değerlendirmenin sonucunda deney grubundaki gebelerin kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.
19. Araştırma sonucunda tanımlayıcı özelliklerle değerlendirilmiş olup, anksiyete düzeyi üzerinde etkili olabileceği düşünülen eğitim düzeyi, sağlık güvencesi varlığı, yaşanılmış gebelikler ve bu gebeliklerin sonlanma şekilleri, gebelik sürecinde yaşanılmış sorun varlığı ya da bebeğin cinsiyeti gibi faktörlerin anksiyete düzeyleri ile ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0.05$).
20. Durumluk anksiyete puanlarının bir sağlık çalışanı tarafından doğum konusunda bilgilendirilen kontrol grubu gebelerde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.043$).
21. Deney grubunun uygulama öncesi ve sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$).

22. Uygulama sonrası anksiyete düzeylerindeki azalma konusunda tanımlayıcı özelliklerden eğitim, gebelik sayısı, yaşanılmış gebelik ve sonlanma şekilleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
23. Deney grubunun uygulama sonrası anksiyete puanlarında gevşeme teknikleri hakkında daha önceden bilgi sahibi olanların bilgi sahibi olmayanlara göre anksiyete düzeylerinde anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür. Uygulama öncesi 61.94 olan kaygı puanlarının uygulama sonrasında 33.31 olduğu bulunmuştur ($p=0.004$).
24. Daha önce doğum konusunda ebe/hemşire tarafından bilgilendirilme yapılmış olan gebelerin uygulama sonrası anksiyete düzeylerinde anlamlı bir düşüş olduğu belirlenmiştir. Uygulama öncesi 59.62 olan anksiyete puan ortalamalarının, sonrasında 33.23 olduğu bulunmuştur ($p=0.010$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Doğum sırasında gebeye verilecek desteğin kaygı düzeyleri üzerindeki etkilerini değerlendiren çalışmaların yapılması,
- Her gebenin, özellikle doğum ağrısından kaynaklanan korkularını gidermek adına sağlık kuruluşlarında gebelik süresince ağrı ile baş etme yöntemleri konusunda eğitilmesi,
- Yanlış ya da başkalarının yaşadığı deneyimlerden edinilmiş bilgilerin yerine gebenin bir sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirilmesi,
- Sağlık profesyonellerinin özellikle doğumhanede çalışan ebelerin kendilerini bu alanda yetiştirmesi, doğum ağrısı ve non farmakolojik yöntemler hakkında hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Non farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinden etkinliği deneysel olarak kanıtlanmış olanların uygun koşullar sağlandığı taktirde kullanılabileceği, bu sayede farmakolojik yöntemlerden kaynaklanabilecek olumsuz yan etkilerden korunulabileceği,
- Travay ve doğum odalarının tek kişilik olması, bu sayede gebenin doğum sırasında ve doğuma kadar geçen sürede destekleyici kişilerin de yanlarında olabilmesine olanak tanınması,
- Ülkemizde çok yaygın olmayan doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, gebe ve eşlerinin bu sınıflara katılımlarının desteklenerek daha olumlu bir gebelik ve doğum tecrübesi yaşamalarının sağlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Leeman L., Fontain P., King V., Klein M.C., Ratcliffe S.,** The Nature and Management of Labor Pain: Part I. Nonpharmacologic Pain Relief, American Family Physician, **2003**;68(6): 1109-1120.

2. **Yıldırım G.,** Doğum Eyleminde Kullanılan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi, Yükseklisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2001**.

3. **Taşkın L.,** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 7.Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, **2005**.

4. **Özer G. H.,** Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersinüniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2004**.

5. **Kuczkowski MK.** Etnicity, Trans-Cultural Differences in Childbirt Experience and use of Labor Analgesia: A "Real Life Experience" Annales Françaises D'anestesie Et De Reanimation, **2004**;23.662-3.

6. **Arslan H., Karahan N., Çam Ç.,** Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, **2008**;1(2): 54-59.

7. **Kızılkaya N.,** Kadının Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri, Perinatoloji Dergisi, **1997**;5(3-4): 213-216**.**

8. **Bobak M.I, Jensen, M.D.,** Essentials of Maternity Nursing. Third Edition, London: Mosby Year Book, **1991**:205-233.

9. **Bryanton J, Frasey-Dawey H, Sullivan P:** Women's Per ceptions of Nursing Support During Labor. JOGNN, **1994**;23(8); 638-644**.**

10. **Kömürcü N., Ergin A.B.,** Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, **2008.**

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

12. **Gürel S.A., Gürel H., Balcan E.,** Antenatal Educatıon About Pregnancy, Delıvery And Puerperıum Durıng Antenatal Care, Perinatal Journal, **2006**;14(2):90 - 95**.**

13. **Kutbay G. Alan S. Atış F. Halidi G.** Uluslararası Ebelik Etik Kodları". Uluslar arası Katılımlı V. Tıp Etiği Kongresi "Tıp Etiğinden Biyoetiğe" , Ankara. 13-15 Kasım **2008.**

14. **Raj P.P.,** Ağrı Taksonomisi. Ed: Edirne S. Ağrı, 1. Baskı, İstanbıl, Alemdar Ofset, **2000**,12-20.

15. Erişim: http://www.med.gazi.edu.tr/egitim/donem5/anestezi/A.Babacan2008.htm Erişim Tarihi: 25.03.2009

16. Furlow B., Pain Management Imaging, Radıologıc Technology, **2009**; 80(5), 447-467.

17. The International Association for the Study of Pain (IASP) Terminology. Erişim: www.iasp-pain.org. Erişim Tarihi: 13.04.2009.

18. Aslan F.E., Ağrı Değerlendirme Yöntemleri**,** C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2002;**6(1): 9-16**.**

19. Kurt E., Kronik Ağrı Şikayeti İle Gelen Hastaya Yaklaşım, Erişim : http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/97.pdf,.p:52-65**.** Erişim Tarihi: 19.11.2008.

20. Aydın O.N., Ağrı ve Ağrı mekanizmalarına Güncel Bakış, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, **2002**; 3(2):37-48**.**

21. Merskey HM, Bogduk N, Classification of Chronic Pain, 2 ed., Seattle: IASP Press,**1994**: 211-218**.**

22. Çöçelli L.P., Bacaksız B.D., Ovayolu N., Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü, Gaziantep Tıp Dergisi, **2008**;14:53-58.

23. Erişim: http://www.algoloji.org.tr/etkinlik_kitap.asp?unit=0 Erişim Tarihi: 20.01.2009

24. Helms J. E., Barone C. P., Physiology and Treatment of Pain, Critical Care Nurse, **2008**; 28(6): 38-49.

25. Benlidayı İ. C., Başaran S., Sarpel T., Nöropatik Ağrı Tedavisinde Gabapentin Kullanımı ve Etkinliği, **2009**;31(1):31-36.

26. Ay S. , Evcik D., Nöropatik Ağrı ve Tedavisi, Yeni Tıp Dergisi. **2007**;24(2):70-74**.**

27. Max M.B., Clarifying the definition of neuropathic pain. Pain, **2002**;96(3):406-407**.**

28. Düzel V., Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2008.**

29. Çelik E.C., Medulla Spinalis Yaralanmalı Hastalardaki Nöropatik Ağrıya Akupunktur Benzeri Tens'in Etkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 70. Yıl Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Klinik, İstanbul, **2005.**

30. **Erdine S.,** Ağrının Tanımı. Editor Erdine S., Ağrı Sendromları ve Tedavisi, 2. Baskı. **2003**;1-6.

31. **Erdine S.,** Ağrı Mekanizmaları, Editor Erdine S., Ağrı **2000**: 20-29.

32. **Yener Y.,** Lomber Disk Cerrahisinde Postoperatif Ağrı Tedavisi İçin Lornoksikam Ve Tramadol Uygulamalarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, **2005.**

33. **Lynch M., Watson P.,** The Pharmacotherapy of Chronic Pain, Pain Res Manage, **2006**;11(1):11-38.

34. **Uludağ B.,** Ağrı Hafızası, Ağrı, **2005**;17:10-16.

35. **Niven C. A.,** Black T. M.: Memory for Labor Pain: a Review of Literature. Birth, **2000**; 27: 244-253.

36. **Berksaç M.S., Demir N., Koç A., Yüksel A.,** Obstetrik; Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. Kozan Ofset, Ankara, **2001.**

37. **Lowdermilk D.L., Perry S.E., Bobak I.M.,** Maternatiy Women's Health Care, 60. Edition, Mosby Inc. **1997.**

38. **Balcıoğlu, O.** Erişim: http:// lokman.cu.edu.tr/anestezi/aneztezinot/doğum.htm Erişim Tarihi:24.05.2008

39. **Tekin N.** İntranatal Dönem ve Hemşirelik Bakımı, II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kurs Kitabı, Antalya, **1998.**

40. **Arısan K.,** Propedötik Kadın Doğum. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, **1997.**

41. **Balaskas J.:** New Active Birth. London, **1991.**

42. **Berkiten A.:** Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulatılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005.**

43. **Coşkun A.,** Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. T.C. Anadolu Ü Yayınları, Eskişehir, **1992.**

44. **Cunnıngham G.F., Gant F.N., Leveno J.K., Gılstrap C.L., Hauth C.J., Wenstrom D.K.,** Williams Doğum Bilgisi. 21. Baskı, 1. Cilt, Çeviri; Akman A.C., Nobel Matbaacılık, İstanbul, **2005.**

45. **Pernol L.M., Pernol B.,** Obstetri Ve Jinekoloji El Kitabı, Çeviri Editörü Ayhan A., Bozdağ G., Palme Yayıncılık, Ankara, **2002.**

46. Mamuk R, Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2008.**

47. Davis E., A Midwife's Guaide to Pregnancy and Birth: Heart &Hands, California, **2004.**

48. Hobbs L., The Best Labor Possible. Book for Midwives An İmprint of Elsevier Science Limited, Edinburgh, **2001.**

49. Ling E.F., Duff P., Obstetrik Jinekoloji Pratiği İçin İlkeler. Çev. Ed: Ceylan Y., Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, **2006.**

50. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.

Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı (No:2-B) Ankara, **2005.**

51. Yıldırım G.: Doğum Eyleminde Uygulanan Ikınma Tekniğinin Anne Ve Fetüs Üzerindeki Etkileri, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005.**

52. Mamede F.V., Almeid A. M., Souza L., Mamede M. V., Paın Durıng The Labor Actıve Phase: The Effect Of Walkıng**,** Rev Latino-am Enfermagem, **2007**;15(6):1157-62.

53. Baker A., Ferguson S. A., Roach G. D., Dawson D., Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives, Journal of Advanced Nursing, **2001**;35(2): 171-179.

54. Lally J. E, Murtagh M.J, Macphail S., Thomson R., More in Hope Than Expectation: a Systematic Review of Women's Expectations and Experience of Pain Relief in Labour, BMC Medicine **2008**;6:7.

55. Ceylantekin Y., Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, **2006.**

56. Escott D. Slade P., Fraser R. B.,The Range of Coping Strategies Women Use to Manage Pain and Anxiety Prior to and During First Experience of Labour. Midwifery , **2004**;20: 144-156.

57. Öztürk H., Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin Incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006.**

58. Bernal A.L., Preterm Labour: Mechanisms and Management, BMC Pregnancy and Childbirth, 7;14. **2007.**

59. **Kuzucuoğlu T., Erkal H., Özyurt Y., Çıplaklıgil E., Arıkan Z.,** Ağrısız Doğum (Pain Relief in Labor), Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, **2004**;15(1):61-64.

60. **Moore T.R.,** Patterns of Human Uterine Contractions: Implications for Clinical Practise. Semin in Perinatol,**1995**;19: 64-72.

61. **Bonica J.J.,** The Management of Pain. 2.ed, Philadelphia, Lea & Febiger Company, **1990**:1326-1333.

62. **Demir C.S.,Balcıoğlu O., Atay Y., Evrüke C.,Kadayıfçı O.,** Doğum Anestezisi ve Analjezisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, **1998**; 5(2):69-77.

63. **Cetingoz E.,** Yüksek Riskli Gebelerde Preterm Eylem Ve Doğumun Önlenmesinde Mikronize Progesteronun İntravajinal Kullanımı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2007.**

64. **Meis P.J.,** 17 Hydroxyprogesterone for the prevention of preterm delivery. Lippincott Williams&Wilkins, 2005:1128-34.

65. **Garfield RE, Ali M., Yallampalli C., Đzumi H**., Role of Gap Junctions and Nitric Oxide in Control of Myometrial Contractility. Semin in Perinatol, **1995**;19: 41-51.

66. **Varlık A.,** Miyometrial Progesteron Reseptör Ve Maternal Progesteron, Östrojen Düzeylerinin Term Ve Preterm Doğum Eylemi İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2004.**

67. **Haluksa G.J., Cook M.J.,Novy M.J.,** Inhibition and Augmentation of Progesterone Production During Pregnancy: Effects on parturition in rhesus monkeys. Am J Obstet Gynecol, **1997**;176(3):682-91.

68. **Da Fonseca E.B., Bittar R.E., Carvalho M.H., Zugaib M.,** Prophylactic Administration of Progesterone by Vaginal Suppository to Reduce the İncidence of Spontenous Preterm Birth in Women at İncreased Risk: A Randomized Lasebocontrolled Double-Blind Study. Am J Obstet Gynecol, **2003**;188:419-24.

69. **Petraplia F.,Anceschi M.M.,Cazla L.,Garuti G.C.Fusaro P.,et al.** Inhibin and Activin in Human Fetal Membranes: Evidence for a Local Effect on Prostaglandin Release. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, **1993**;77: 542-548.

70. **Taşçı E., Sevil Ü.,** Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi, **2007**;17(3):181-86.

71. **Lederman, Regina P.,** Treatment Strategıes For Anxıety, Stress, And Developmental Conflıct Durıng Reproductıon , Behavioral Medicine, **1995**; 21(3):113-22.

72. **Ekizler. H.,** Doğum Eylemi ve Sonuçları. Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Edit. Coşkun. A. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, **1996**; 11: 97-103.

73. Peykan G., Stres, Anksiyete ve Kadın.
Erişim: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/stres.pdf.
Erişim tarihi: Şubat 2009

74. Doğum Öncesi Eğitim. Program Hazırlayanlar ve Eğiticiler İçin Rehber, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul, **2000.**

75. Reeder Sharon R., et al., Maternily NursingFamily, Newborn and Women's Health Care, 18th Edition, Lippincott Comp., **1997.**

76. Şeker S., Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006.**

77. Yıldırım G. Şahin N.H., Doğum ağrısının değerlendirilmesi ve kontrolü İÜFNHYO hemşirelik Dergisi, **2003;** 13(51):101-113.

78. Niven C. A., Black T. M.: Memory for labor pain: a review of literature. Birth, **2000**; 27: 244-253.

79. Akçay, P., Amniyosentez ve Koryonvillus Örneklemesi Uygulanan Gebe Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Anksiyete Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006.**

80. Rachman S., Anxiety, 2nd edition, Psychology Press, **2004**.

81. Hackfort D., Spielberger C. D., Anxiety in Sports: an International Perspective, Taylor & Francis, **1990**.

82. Aştı N, Yıldız A ., Travay odasında doğum ağrısı çeken gebelere terapötik dokunmanın, gebelerin ağrı algısı ve durumluk anksiyete üzerine etkisi. 3. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, İstanbul, **1994**: 265-271.

83. Mete S., Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Oluşan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **1998**;2(2): 1-7.

84. Alacacıoğlu A., Yavuzşen T.,Diriöz M., Yeşil L., Bayrı D., Yılmaz U., Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler, International Journal of Hematology and Oncology, **2007**; 2(17):87-93.

85. Öz F., Beser N., Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyetedepresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **2003**;7 (1):47-58.

86. Öner, N., LeCompte A., Durumluluk- Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, **1982**:133.

87. Sims, A,. Anxiety, Panic, İrritability, Phobia and Obsession. "Symptoms In the Mind: An Introduction to Desctiptive Psychopahology", W.B.Saunders Company, London, **1995**: 299-319.

88. Doğan, S. Anksiyete – Somotoform ve Disosiyatif Bozukluklar, Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı (Ed. Kum, N.) , Vehbi Koç Vakfı Yayınları, **1996**;13:132-142.

89. Akgün, Ş., Yetiştirme Yurdunda Kalan 16-18 Yaş Grubundaki Adölesanların Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006.**

90. Kocabaşoğlu N., Stres ve Anksiyete. Erişim: http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4719.pdf Erişim Tarihi: Şubat **2009**.

91. Shoemaker, N., Clients with pstchosocial and mental health conserns: promoting positive outcomes. " Medical-Surgical Nursing(Ed. Black, J.M., Hawks, J.H. and Keene, A.M.), Sixth Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, **2001.**

92. Waldenstrom, U., Borg, I., Ollson, B., et al., The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth,**1996**;23:144-153.

93. Cheung W., Ip W.Y., Chan D., Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women, Midwifery, **2007**; 23: 123-130.

94. Green, J.M., Baston, H.A., Feeling in control during labour: concepts, correlates and consequences. Birth, **2003**;30:235–247.

95. Berg, M., Dahlberg, K., A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. Midwifery, 1998; 14:23–29.

96. Chan E.C, Smith R, Lewin T, Brinsmead MW, Plasma Corticotropin-Releasing Hormone, (-Endorphin and Cortisol Inter-Relationships During Human Pregnancy. Acta Endocrinologica, **1993**;128:339-344.

97. Alehagen S, Wijma K, Lundberg U, Melin B, et al. Catecholamine and cortisol reaction to childbirth. Journal of Behavioral Medicine, **2001**; 8:50-65.

98. Alehagen S., Melin B., Lundberg U., Wıjma K., Fear, pain and stress hormones during childbirth, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, **2005**; 26(3): 153-165.

99. Mulder E.J.H., Robles de Medina P.G. , Huizink A.C. , Van den Bergh B.R.H. , Buitelaar J.K. , Visser G.H.A., Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child, Early Human Development, **2002**; 70:3-14.

100. Altındaş F., Anesteziyolojiye Giriş ve Genel Anestezi.
Erişim: http://www.ctf.edu.tr/anabilimdallari/pdf/467/Genel_Anestezi.pdf.
Erişim tarihi: 23.04.2009**.**

101. Simkin B. O'Hara M.A., Nonpharmacologic Relief of Pain During Labor; Rewiews of Five Methods, Journal of Obstet Gynecol, **2002**; 186: 131-159.

102. Harmon T.M., Hynan M.J., Tyre T.E., Improved Obstetric Outcomes Using Hypnotic Analgesia and Skill Mastery Combined With Childbirth Education, J Consult Clin Psychol, **1990**; 58: 525–30.

103. Tournaire M., Theau-Yonneau A., Complementary and Alternative Approches to Paain Relief During Labor. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, **2007**;3:1-9.

104. Ramnero A., Hanson U., Kihlgen M., Acupuncture treatment during labour—a randomised controlled trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology, **2002**;109:637-44.

105. World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group. Geneva. **1997.**

106. Uçan Ö., Ovayolu N., Müzik ve Tıpta Kullanımı. Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi(E-dergi). **2006**; 1-3:14-22.

107. Kömürcü N., Travayda dinletilen tedavi müziğinin gebenin anksiyetesine etkisi. Hemşirelik Forumu Dergisi, **1996**; 2-3:89-96.

108. Ersanlı C., İndüksiyon uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi, Yükseklisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2007.**

109. Lowe N.K., The Pain and Discomfort of Labour and Birth, JOGNN, **1996**; 25 (1): 82-93.

110. Yıldırım G. Şahin N.H., Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı.Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **2003**; 7(1):14-20.

111. Field T., Hernandez-Reif M., Taylor S., Quintino O., Burman I., Labor Pain is reduced by massage theraphy. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, **1997**; 18:286-291.

112. Chang M.-Y., Wang S.-Y., Chen C.-Y., Effects of Massage on Pain and Anxiety During Labor: A Randomized Controlled Trial in Taiwan. Journal of Advanced Nursing, **2002**; 38(1):68-73.

113. Kadayıfçı O., Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Kitabevi, **2005.**

114. The Official Lamaze Guide: Giving Birth with Confidence. Erişim: http://www.lamaze.org/. Erişim Tarihi: 15.09.2008**.**

115. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003.

Erişim : http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm. Erişim tarihi:15.05.2009.

116. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 23-25 Nisan **2009.**

117. Keleş M.Ö., İstenmeyene Gebeliklerde Anksiyete, Haseki Tıp Bülteni, **2000**;38(3);221-225.

118. Genez D., Hamile Kadınların Kaygı Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, **2002.**

119. Field T., Pregnancy and Labor Alternatıve Therapy Research, Alternative Therapies in Health and Medicine, **2008**;14(5):28-34.

120. Alan S., Adana'da Eğitim Hastanelerinde Sağlık Hizmetini Alanlar ile Verenlerin Özerkliğe Saygı ve Paternalizme Yatkınlıkları, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2005.**

121. Albers L., Midwifery Management of Pain in Labor, Journal Of Nurse-Midwifery,**1998**; 43:77-82.

122. Gençalp N.S., Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1998.**

FORMLAR

EK – 1: ANKET FORMU

1. **Yaş .....**
2. **Eğitim durumunuz nedir?**

   □ Okur-yazar değil □ İlkokul □Ortaokul □Lise □Üniversite □Lisansüstü
3. **Eşinizin eğitim durumu nedir?**

   □ Okur-yazar değil □ İlkokul □Ortaokul □Lise □Üniversite □Lisansüstü
4. **Çalıyormusunuz?** □ Evet □ Hayır
5. **Eşiniz çalışıyor mu?** □ Evet □ Hayır
6. **Ailenizin aylık gelir düzeyi ne kadardır?**

   □0-500 YTL □500-1000 YTL □ 1000-1500 YTL □1500YTL ve üzeri
7. **Sosyal sağlık güvenceniz var mı?** □ Evet □ Hayır
8. **Kaç yıldır evlisiniz? ……..**
9. **Nerede oturuyorsunuz?** □İl □ İlçe □Köy □ Diğer ……..
10. **Şimdiye kadar geçirilmiş gebeliklerinizi ve bu gebeliklerin sonlanma şekillerini söylermisiniz?**

    Gebelik ……. Düşük……. Canlı doğum …….. Yaşayan ……..
11. **Daha önceki doğumunuzu nerde yaptınız?(ilk doğumuz ise 15. soruya geçiniz)**

    □Hastanede □Evde □Sağlık Ocağında □Sağlık Evinde
12. **Son gebeliğinizin nasıl sonlandırıldı?**

    □Doğum □Düşük □Küretaj □ Sezeryan □Ölü doğum
13. **Son doğumunuz ile şimdiki gebeliğiniz arasında geçen süre ne kadar?.....**
14. **Daha önceki doğumunuzun şekli nedir?**

    □Müdahalesiz vajinal doğum □ Müdahaleli vajinal doğum
15. **Son adet tarihiniz nedir?..... TDT:…….**
16. **Kaç haftalık gebesiniz? ….……..**
17. **Gebeliğiniz isteyerek ve planlı kalınmış bir gebelik mi?**

    □ Evet □ Hayır
18. **Gebeliğiniz süresince hiç kontrole gittiniz mi?**

    □ Evet □ Hayır (20. soruya geçiniz)

19. Kontrollere nereye gittiniz?

□Hastane □Sağlık ocağı □Sağlık evi □Özel doktor muayenehanesi

□Özel klinik □Diğer

20. Gebeliğiniz süresince ne sıklıkla kontrole gittiniz?

28. haftaya kadar 4 haftada bir ( )

28-36. haftalar arası 2 haftada bir ( )

36-40. haftalar arası haftada bir ( )

21. Gebeliğiniz süresince doğum konusunda bir sağlık çalışanından eğitim aldınız mı?

□ Aldım □ Almadım

22. Bu bilgiyi kim tarafından aldınız?

□ Hastanede Kadın Doğum Uzmanından

□Sağlık ocağı ebesinden

□ Sağlı ocağı doktorundan

□ Diğer ……

23. Bebeğinizin cinsiyetini biliyor musunuz Eğer biliyorsanız nedir?

□ Evet ( ) □ Hayır

24. Gebeliğiniz süresince doğuma yönelik herhangi bir doğum öncesi hazırlık kursuna katıldınız mı?

□ Evet □ Hayır

25. Doğum öncesi gevşemeye yönelik yapılabilecek uygulamalar hakkında bilginiz var mı?

□ Evet □ Hayır

26. Gebelik süresince herhangi bir sorununuz oldu mu?

□ Evet □ Hayır(28. soruya geçiniz)

27. Yaşadığınız sorunun ne olduğunu söylermisiniz?

……

……

28. Şu an endişeli misiniz?

□ Evet □ Hayır

29. Endişelerinizin sebebi nedir?

……..

…….

EK - 2: DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

STAI TX-1

İsim: **Tarih:**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmakta kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanı karalamak suretliyle 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)	(2)	(3)	(4)
1. Şu anda sakinim	( )	( )	( )	( )
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
3. Şu anda sinirlerim gergin.	( )	( )	( )	( )
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	( )	( )	( )	( )
5. Şu anda huzur içindeyim.	( )	( )	( )	( )
6. Şu anda hiç keyfim yok.	( )	( )	( )	( )
7. Başıma geleceklerden endişe duyuyorum.	( )	( )	( )	( )
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
9. Şu anda kaygılıyım.	( )	( )	( )	( )
10. Kendimi rahat hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
11. Kendime güvenim var.	( )	( )	( )	( )
12. Şu anda asabım bozuk.	( )	( )	( )	( )
13. Çok sinirliyim.	( )	( )	( )	( )
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
16. Şu anda halimden memnunum.	( )	( )	( )	( )
17. Şu anda endişeliyim.	( )	( )	( )	( )
18. Heyecandan şaşkına dönmüş hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
19. Şu anda sevinçliyim.	( )	( )	( )	( )
20. Şu anda keyfim yerinde.	( )	( )	( )	( )

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
7		30.06.2009

KARAR No 62- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik yüksek lisans programı çerçevesinde, Yrd. Doç. Dr. Sultan Alan yönetiminde, Arş. Gör. Burcu Avcıbay tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. İlter Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Yurdanur Kınıç
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Usal
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Mete Korkut Gülmen
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Neslihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Süreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Mehmet Kanadaşı
Etik Kurulu Üyesi

Yar. Doç. Dr. Emre Karakoç
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Evren Tümkaya
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Başhemşire Nuriye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Öğrenci Temsilcisi Veysel Avcı
Etik Kurulu Üyesi

01330 Balcalı-ADANA Telefon: 0-322 338 60 60/3465 Fax: 0-322 338 65 72

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1982 yılında Adana'da doğdu. İlkokulu Turhan Cemal Beriker İlkokulu'nda, ortaokulu Necdet Kahraman Ortaokulu'nda, lise eğitimini Adana Sabancı Anadolu Tekstil Teknik ve Anadolu Tekstil Meslek Lisesi'nde tamamlayarak 2000 yılında mezun oldu. 2002 yılında Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde başladığı lisans eğitimini 2006 yılında tamamlayıp, aynı yıl Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2008 yılından itibaren Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak görevini sürdürmektedir. Eğitimi ile ilgili çeşitli seminer, konferans, kongre, kurs ve yurt dışı eğitimlere katılan Burcu Avcıbay'ın yabancı dili İngilizce'dir.