TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TRAVAYDA BİLGİLENDİRME DESTEĞİNİN, DOĞUM SÜRECİNE, AĞRISINA, ANNENİN DOĞUMDA DESTEĞİ ALGILAMASINA VE MEMNUNİYETE ETKİSİ

ZEKİYE ALTAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ DİLEK ÇOŞKUNER POTUR

İSTANBUL 2019

TEZ ONAYI

Kurum	: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi	: Yüksek Lisans
Anabilim Dalı	: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi	: Zekiye ALTAY
Tez Başlığı	:Travayda Bilgilendirme Desteğinin, Doğum Sürecine, Ağrısına, Annesini Doğumda Desteği Algılamasına ve Memnuniyete Etkisi
Sınav Yeri Anabilim Dalı	: Marmara Üniversitesi SBF Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Sınav Tarihi	: 21.06.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	**Kurumu**	**İmza**
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Coşkuner POTUR	Marmara Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ	Marmara Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü	
Doç. Dr. İlkay Güngör SATILMIŞ	Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa FNHF	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 12/07/2019 tarih ve 02 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

BEYAN

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

ZEKİYE ALTAY



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince büyük destek aldığım, mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini paylaşan danışmanım, değerli hocam Sayın Dr.Öğr. Üyesi Dilek COŞKUNER POTUR' a,

Yüksek Lisans eğitimim süresince akademik gelişimimi destekleyen, bilgi, görüş ve önerileri ile değerli katkılarda bulunan Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü hocalarıma; Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ, Doç. Dr. Hatice YILDIZ, Dr. Öğr. Özlem Can GÜRKAN, ve Dr. Öğr. Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU'na

Çalışmamı gerçekleştirirken bana yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi yönetimine ve Doğum Salonu'nda görev yapan tüm meslektaşlarıma;

Her an Yanımda olduğunu hissettiğim ve Çalışmam süresince birlikte çalıştığım dosttum Selda KARATAŞ'a ,

Tez çalışmam süresince her türlü destek ve yardımları ile sevgisiyle hep yanımda olan, üzüntü ve sevinçlerimi paylaşan, bana sabır ve anlayış gösteren hayat arkadaşım Saltuk Buğrahan Altay'a,

Bana olan güvenleri ile hayatım boyunca destek olan sevgili babama, anneme ve kardeşime,

Çalışmaya katılan tüm annelere sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu tez, Marmara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından SAG-C-YLP 200318-0097 numaralı proje ile desteklenmiştir.

Zekiye Altay

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR
İÇİNDEKİLER
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ
ŞEKİLLER LİSTESİ
TABLOLAR LİSTESİ
ÖZET
ABSTRACT

1. GİRİŞ ve AMAÇ

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi ve Evreleri

2.1.1. Doğum Eylemi

2.1.2. Doğum Eyleminin Evreleri

2.2. Doğum Ağrısı ve Yönetimi

2.2.1. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi

2.2.2. Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler

2.2.3. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

2.2.4. Doğum Ağrısının Kontrolü

2.2.4.1. Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler

2.2.4.2. Doğum Ağrısının Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler

2.3. Doğum Desteği ve Türleri

2.3.1. Doğum Desteği Türleri

2.3.2. Destekleyici Bakımın Doğum Eylemine ve Anne Bebek Sağlığına Etkileri

2.4. Doğumun Kadın Tarafından Algılanışı

2.5. Doğumda Memnuniyet

2.6. Doğumda Verilen Destekleyici Bakımı Algılamada ve Memnuniyeti Sağlamada Hemşirelik Bakımının Önemi

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

3.3. Araştırmanın Tasarım Tipi

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

3.5.1. Araştırmanın evreni

3.5.2. Araştırmanın örneklemi

3.5.3. Örneklem seçimi

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Gebe tanılama formu

3.6.2. Görsel kıyaslama ölçeği

3.6.3. Travay desteği takip formu

3.6.4. Doğum eylemi izlem formu

3.6.5. Doğumda verilen destekleyici bakıma ilişkin kadının algısı ölçeği

3.6.6. Anne memnuniyeti değerlendirme ölçeği

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

3.10. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlükler

3.11. Çalışma Takvimi

4. BULGULAR

4.1. Gebelerin Demografik Özelliklerinin ve Sağlık Durumlarının Deney ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.2. Bilgi Desteğinin Travayda ve Doğum Sonu Ağrıya Etkisine İlişkin Bulgular

4.3. Bilgi Desteğinin Gebenin Travay Boyunca Vital Bulgularına, Servikal Değişimlerine, Kontraksiyon Sıklığına, Fetal Kalp Atımına Etkisine İlişkin Bulgular

4.4. Bilgi Desteğinin Travay ve Ekspulsiyon Fazı Süresine, Yenidoğan Sağlığına Etkisine İlişkin Bulgular
4.5. Bilgi Desteğinin Normal Doğumda Anne Memnuniyetine Etkisine İlişkin Bulgular
4.6. Bilgi Desteğinin Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algılarına Etkisine İlişkin Bulgular

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1.Tartışma
5.1.1. Sosyodemografik Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması
5.1.2. Vital Bulguların ve Kontraksiyon Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
5.1.3. Doğum Eyleminde Travayda Verilen Düzenli Bilgilendirme Desteğinin Doğum ve Doğum Sonu Birinci Saatteki Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması
5.1.4. Doğum Eyleminde Travayda Verilen Düzenli Bilgilendirme Desteğinin Doğum Sürecinde Eylemin Süresi İlgili Bulguların Tartışılması
5.1.5. Bilgi Desteğinin Yenidoğan Sağlığına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması
5.1.6. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algılarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması
5.1.7. Bilgi Desteğinin Normal Doğumda Anne Memnuniyetine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması
5.2. Sonuçlar
5.2.1. Öneriler

KAYNAKLAR

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACOG	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
AWHONN	The Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nursing
DG	Deney Grubu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FKH	Fetal Kalp Atım Hızı
GKÖ	Görsel Kıyaslama Ölçeği
KG	Kontrol Grubu
KKT	Kapı Kontrol Teorisi
NST	Nonstress testi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TENS	Transkütanöz Elektiriksel Sinir Stümülasyonu
VAS	Visual Analog Skala
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Doğumun İkinci Evresi

Şekil 2: Örneklem Grubu Oluşum Süreci

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Nonfarmakoloji Ağrı İle Baş Etme Yöntemleri

Tablo 2: Randomizasyon Grupları

Tablo 3: Kullanılan Analiz Yöntemleri

Tablo 4: Çalışma Takvimi

Tablo 5. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 6. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Gebelerin Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Ağrısı Şiddeti İle İlgili Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 8. Doğum Ağrısı Şiddetinin Görsel Kıyaslama Ölçeğine Göre (GKÖ) Puan Ortalamalarının Grup, Zaman ve Grup*Zamana Göre Karşılaştırılması

Tablo 9. Gebelerin Servikal Dilatasyon ve Efasman Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Hastaneye Kabul Amnion Keselerinin Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Gebelerin Vital Bulgularının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Gebelerin Kontraksiyon Sıklığı Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubundaki Fetal Kalp Atım Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay ve Eylem Süre Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınlara Epizyotomi Açılma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 16. Yenidoğana İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 17. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları Ölçeği Puan Ortancalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 18. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortancalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 19. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğine Göre Memnuniyet Düzeylerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

ÖZET

Travayda Bilgilendirme Desteğinin, Doğum Sürecine, Ağrısına, Annenin Doğumda Desteği Algılamasına Ve Memnuniyete Etkisi

Zekiye ALTAY
Dr. Öğr. Üyesi: Dilek ÇOŞKUNER POTUR
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Travay sürecinde gebeye verilen bilgilendirme desteğinin doğum sürecine, ağrısına, verilen desteğin algılamasına ve memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacı ile randomize kontrollü tek kör deneysel bir araştırma olarak planlanmıştır.
Gereç ve yöntem: Bu çalışma, İstanbul ilinde bulunan bir Doğum ve Çocuk hastanesinde Kasım 2017- Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya blok randomizasyon yöntemi ile 55 Deney Grubu (DG) 55 Kontrol Grubu (KG) olmak üzere toplam 110 gebe alınmıştır. Verilerin toplanmasında "Gebe Tanılama Formu (GTF), Bilgi Desteği Kontrol Formu (BDKF), Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Doğumda Verilen Destekleyici Bakımı Kadının Algılaması (DVDBKAÖ) ve Normal Doğumda Anne Memnuniyeti (NDAMÖ) ölçekleri kullanılmıştır. DG'undaki gebelere BDKF doğrultusunda standart bir bilgilendirme desteği uygulanmıştır. KG'undaki gebelere rutin travay bakımı verilmiştir. DVDBKAÖ ve NDAMÖ ölçekleri doğum sonu dönemde ilk 24 saat içinde anne taburcu olmadan doğum sonu kliniğinde çalışan bir ebe tarafından katılımcıların hangi grup içine yer aldığı bilgisi paylaşılmadan veriler toplanmıştır. Bu yönüyle çalışma tek kördür.
Bulgular: DG ve KG'nun aktif faz başındaki ağrı şiddetlerinin benzer ($p>0.05$), aktif faz sonu, geçiş fazı ve doğum sonu DG'unun ağrı şiddetlerinin KG'undan anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,001$). DG'unun doğum eylemi süresi (30,7±9,8 dakika) KG'undan (37, ±10,7 dakika) anlamlı derecede daha kısa sürmüştür ($p<0,002$). DG'unun DVDBKAÖ puan ortalamaları (125,18±2,72) ve KG'una göre (116,72±5,77), aralarındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). DG'unun NDAMÖ puan ortalamaları (191,4±10,6), KG'una göre (161,6±14,7) daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).
Sonuç: Travay sürecinde gebeye verilen bilgilendirme desteğinin, ağrıyı ve doğum süresini azalttığı, destekleyici bakıma ilişkin algılarını ve memnuniyetlerini arttırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum desteği, memnuniyet, algı, doğum ağrısı, doğum

ABSTRACT

The Effect of Information Support During Delivery on the Labor Process, Labor Pain, Mothers' Perception of Support Received During Labor, and Satisfaction

Zekiye ALTAY
Assist. Prof. Dilek ÇOŞKUNER POTUR
Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Aim: This randomized, controlled, single blind, experimental study was planned in order to evaluate the effect of information support during delivery on the labor process, labor pain, mothers' perception of support received during labor, and satisfaction.

Methods: This study was conducted in an Obstetrics and Pediatrics hospital in the city of Istanbul between November 2017 and September 2018. Through block randomization, a total of 110 pregnant women were included in the study and 55 were assigned to the Study Group (SG) while 55 were assigned to the Control Group (CG). A Pregnant Woman Identification Form, the Information Support Control Form (ISCF), the Visual Analog Scale (VAS), the Women's Perception For Supportive Care Given During Labor Scale (WPSCGDLS), and the Maternal Satisfaction -Normal Birth Scale (MSNBS) were used in data collection. The pregnant women in the SG were provided with standard information support according to the ISCF. Routine labor care was provided to the women in the CG. The WPSCGDLS and MSNBS were applied to the mothers in the first 24 hours after delivery before discharge by a midwife working at the postnatal ward without knowledge of the groups the participants were included in. In this aspect, the study is single blind.

Findings: The pain severity of the CG and SG were similar at the start of the active phase ($p>0.05$) while the pain severities of the participants in the SG were found to be significantly lower compared to the CG in the transitional phase and in the postnatal period ($p<0,001$). The labor process of the SG (30,7±9,8 minutes) took a significantly shorter time than the CG (37, ±10,7 minutes) ($p<0,002$). The mean WPSCGDLS score of the SG (125,18±2,72) was found to be higher than the CG (116,72±5,77) on a level of advanced statistical significance ($p<0.001$). The MSNBS mean score of the SG (191,4±10,6) was also found to be higher than the CG (161,6±14,7) on a level of advanced statistical significance ($p<0.001$).

Conclusion: Information support during delivery was found to decrease pain and the duration of the labor process while increasing the mothers' perception of support received during labor and satisfaction.

Keywords: labor support, satisfaction, perception, labor pain, labor

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum eylemi, kadınlar için fiziksel olduğu kadar duygusal etkileri olan (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN), 2011), hayatları boyunca hatırlayacakları (Pascali-Bonaro, 2003; Lundgren ve ark., 2009), özellikle de ilk kez doğum yapan kadın için yaşamının önemli ölçüde değişmesine neden olan bir yaşam deneyimidir (Wang ve ark., 2018).

Kadınların bu yaşam deneyimini sağlıklı bir süreç olarak tamamlayabilmeleri için destek almaya ve önemsendiklerini hissetmeye gereksinimleri vardır (Adams ve Bianchi, 2008). İnsanlık tarihi boyunca ve kültürel olarak, kadınların doğum öncesi ve sırasında diğer kadınlar tarafından ziyaret edildiklerini ve desteklendiklerini de gösteren kanıtlar literatür de mevcuttur (Bohren ve ark., 2017).

Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek ile kadında kontrolün kendinde olduğu duygusu hissettirilebilir ve doğum ağrısı ile baş etmesi sağlanabilir. Böylelikle olumsuz doğum deneyimi yaşaması önlenebilir (Chen ve ark., 2001; Adams ve Bianchi, 2008).

Kadınların doğum ile ilişkili beklentileri ve olumlu / olumsuz doğum deneyimleri doğum şekli ile ilgili tutumlarını etkileyebilir ve isteğe bağlı sezaryene yönelmelerine neden olabilir (Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Potur ve ark., 2017; Wang, 2018). Türkiye, OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen oranlarına sahip bir ülkedir. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2017 verilerine göre, Türkiye'de sezaryen oranı 2002 yılında %21 iken 2017'te %53,1'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Sezaryen oranlarının artışında kadınların vajinal doğum ile ilgili negatif beklentilerinin önemli bir etkisi vardır (Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Potur ve ark., 2017; Okumuş ve Aslan, 2017; Wang, 2018).

Doğumda sürekli destek yaklaşımı ile doğum ile sezeryan oranları düşürülebilir ve gereksiz sezaryen operasyonları nedeniyle oluşan maternal mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmaya yardımcı olabilir (Akbarzadeh ve ark., 2014). Kashanian ve ark. (2010) İran'da yaptıkları araştırmada, doğum sırasında kadınlara verilen sürekli

hemşirelik desteğinin, doğumun birinci evresinin aktif fazını ve ekspulsiyon evresini kısalttığı ve sezaryen doğum oranını düşürdüğü belirlemişlerdir (Kashanian ve ark., 2010).

Doğum desteği, doğum eylemindeki bakımın önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Kabakion ve Khasholian 2015'te yaptıkları çalışmada, ebe/hemşireler tarafından doğumda gebelere yapılan desteğin yararlı olduğunu belirtmişlerdir (Kabakion ve Khasholian, 2015).

Doğum desteğinin amaçları; doğumda kadının aktif olmasına yardım etme, duygusal gereksinimlerini ve isteklerini karşılama, rahatlığını sağlama, doğum sonuçlarını geliştirme, benlik saygını arttırma, olumlu doğum deneyimi yaşamasına katkıda bulunma ve annelik rolüne geçişini kolaylaştırmadır (Miltner, 2000; Sleutel, 2003).

Bianchi ve Adams (2004), Gale, Fothergill- Bourbonnais ve Chamberlain (2001)'a göre destekleyici bakım alanlarını fiziksel, duygusal destek, bilgilendirme ve savunuculuk olarak 4 grupta toplamıştır. Fiziksel destek; mesleki bilgi ve becerileri ile bakım vermeyi (Miltner, 2000; Chalmers ve ark., 2009), duygusal destek; kişi ile empati kurmayı, olumlu bildirimde bulunmayı, saygı gösterme, göz teması kurma vb. bilgilendirme; doğum süreci ve yapılan işlemler hakkında bilgi vermeyi (Barnett, 2008), savunuculuk; güvenliği sağlama, kadının doğum eylemine yönelik beklentilerini bilme, problem çözme davranışlarını desteklemeyi içerir (Hodnett, 1996; Gagnon ve Waghorn, 1996; Gale ve ark., 2001; Bianchi ve Adams, 2004; Adams ve Bianchi, 2008; Barnett, 2008).

Ebe ve hemşireler birden fazla destekleyici bakımı aynı anda uygulayabilirler. Örneğin; gebenin pozisyonunu değiştirirken (fiziksel), mahremiyeti koruyabilir ve saygı gösterebilirler (savunma). Yine bilgilendirme ve duygusal destekler birlikte verilebilir (Hodnett, 1996; Madi ve ark., 1999; Miltner, 2000; Saul, 2006; Price ve ark., 2007).

Bohren ve arkadaşlarının 16 ülkeden toplam 23 çalışma ve 15.000'den fazla kadının incelendiği meta analiz çalışmasında sürekli destek ebe/ hemşire ve kadının yanında olmasını istediği kişiler (eşi, annesi, kardeşi arkadaşı, koçu) tarafından sağlanmış. Bu çalışmaların sonucunda sürekli doğum desteği alan kadının normal

doğum yapma, doğumdan memnun olma oranlarının, yenidoğan Apgar puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, doğum eyleminin süresinin daha kısa olduğu ve ağrı kesici ihtiyacının daha az olduğu görülmüştür. Bu çalışmaların sonucunda bütün kadınların doğum sırasında sürekli destek almaları gerektiği sonucuna varılmıştır (Bohren ve ark., 2017).

Ancak yapılan çalışmalarda ebe/hemşirelerin; personel ve zaman yetersizliği, bilgi eksikliği, teknoloji kullanımının artması, birebir ebe / hemşirelik bakımının maliyetinin yüksek olması, ebelik/hemşirelik dışı işlerin yoğunluğu ve yönetimsel nedenler ile yeterince destekleyici bakım sağlayamadıklarını bildirilmektedir (Payant ve ark., 2008; Lunda ve ark., 2018). Gagnon ve Waghorn (1996)' un çalışmalarında belirtiğine göre; doğum ünitelerinde çalışan ebe/hemşireler hem hafta içi hem de hafta sonu zamanlarının çok azını (%6,1) destekleyici bakıma ayırdıklarını belirlemişlerdir (Gagnon ve Waghorn, 1996). Bir başka benzer çalışmada da ebe / hemşirelerin zamanlarını daha çok hastayı değerlendirme, tanılama, kayıt tutma, doktor istemini uygulama, rutin işlemleri yapma ve diğer sağlık çalışanları ile iletişime harcadıkları bildirilmektedir (Miltner, 2000; Barnett, 2008).

Doğumhane de çalışan ebe ve hemşirelerin doğumda destekleyici bakımı uygulayamama nedenlerini Amerika Birleşik Devlet (ABD)'li araştırmacı Barrett ve Stark (2010)'ın belirttiğine göre; doğumhane ortamının karmaşık ve yoğun yapısı, rutin iş sirkülasyonu dışı çalışılması, çalışan personelin eğitim düzey farklılıkları, sayıca yetersiz personel çalışması nedenleri ile travay döneminde gebelere doğum desteği istendik düzeyde sağlanamamasından kaynaklandığını belirmişlerdir (Barrett ve Stark, 2010).

Her kadın doğum esnasında bir destek arayışı içerisinde olduğu, doğum ağrıları ile nasıl başa çıkacağı konusunda tereddütler yaşadığı, çoğu hastanede doğuma hazırlık sınıflarının olmasına rağmen bu hizmetten yararlanma oranının düşük olduğu ve verilen eğitimlerin standart olmadığı bilinmektedir (Serçekuş ve Yenal, 2015). Bu durumda gebelerin büyük çoğunluğu doğumdaki yaşayacakları deneyimler (doğumhane ortamı, ağrı vb) ile nasıl başa çıkacakları konusunda bilinçli değillerdir. Bu yüzden doğumla ilgili düşüncelerinin olumlu ve memnuniyetlerinin sağlanması için doğumda desteğe mutlak ihtiyaçları söz konusudur.

Yapılan literatür incelemesi sonucu doğumda destekleyici hem anne hem de fetüs/yenidoğan açısından pozitif etkileri vardır (Dahlberg ve Aune, 2013; Bohren ve ark., 2017; Lunda ve ark., 2018; Wang ve ark., 2018). Bu pozitif etkilerinin yapılan araştırma sonuçları bu desteğin doğum ünitelerinin yoğunluğu ebe/hemşirelerin iş yoğunluğu nedeni ile istendik düzeyde sağlanamadığını yapılan çalışma sonuçları göstermiştir.

Ülkemizde doğuma ebe ve hemşire desteği ile ilgili yeterli araştırma sonucu olmaması ve doğuma hazırlık sınıfları hizmetlerinden tüm gebelerin yararlanacağı bir sistemin geliştirilememesi kadınların doğum algılarını, memnuniyetlerini olumsuz etkilemektedir. Bu sebeplerden sadece verilen düzenli bilgi desteğinin etkisi ile annelerin olumlu doğum deneyimi kazanmaları sağlanabileceği düşüncesinden yola çıkarak, travay sürecinde gebeye verilen düzenli bilgilendirme desteğinin doğum sürecine, ağrısına, annenin doğumda verilen hemşirelik desteğini algılamasına ve memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacı ile bu çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi ve Evreleri

2.1.1. Doğum eylemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) normal doğum eylemini şöyle tanımlamıştır; 37-42 gebelik haftaları arasında, spontan başlayan, fetüs tek, vertex pozisyonda, düzenli uterus kontraksiyonları ile servikal değişikliklerin meydana geldiği, diğer güçlerin etkisi ile vajinal kanaldan eklerinin de dışarı atıldığı, sonunda anne-bebek sağlığının iyi olduğu bir eylemdir (Simkin ve Mete, 2016; Taşkın, 2016).

Normal doğum, doğum eyleminin kendiliğinden başladığı ve herhangi bir müdahale yapılmadan gerçekleşen doğumlardır. Müdahaleli doğum ise maternal ve fetal endikasyonlar varlığında doğum eylemini güvenli bir şekilde gerçekleştirmek veya hızlandırmak için kullanılan yöntemlerden oluşmaktadır (Erenel ve Çiçek, 2018).

Doğum eyleminin başlamasında ve devamında beş önemli faktör etkilidir. Bunlar;

1. Doğum kanalı (kemik pelvis): Kemik pelvis ve yumuşak kısımlardan oluşmaktadır. Doğum eyleminin gerçekleşebilmesi için kemik pelvis ve yumuşak kısımların normal anatomiye sahip ve fetüs ile uyumlu olması gerekmektedir (Gambone, 2009; Beji, 2015).
2. Doğum objesi (fetüs): Fetüs başının özellikleri, duruşu, prezentasyonu, anne pelvis kemiği ile ilişkisi doğum eylemi için önemli unsurlardır (Gambone, 2009; Beji, 2015).
3. Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan birincil ve ikincil güçler (motor kuvvet veya uterin kontraksiyonlar): Kontraksiyonların sıklığı, süresi, frekansı ve şiddeti eylem ilerledikçe artış göstermektedir. Bu durum servikal değişiklikleri ve fetüsün ilerleyişini sağlamaktadır. İkincil güç olarak abdominal kaslarının ve diyaframanın, amnios mayinin basıncı ve vajenin emme gücüdür (Beji, 2015; Taşkın, 2016).

4. Annenin psikososyal durumu*:* Kadının doğum eylemine bedensel ve ruhsal açıdan hazıroluş durumu, daha önceki doğum deneyimleri, eylem süresince aldığı destek ve duygusallığı etkili olmaktadır (Beji, 2015; Taşkın, 2016).
5. Annenin pozisyonu: Fetüsün yerçekimi etkisi ile ilerleyişini, prezentasyonunu kolaylaştırma, artovegal basıncı azaltma, pelvis çıkış açılarını genişletme ve kadının ıkınmasını kolaylaştırması açısından doğumda dik pozisyonlar ve çömelme önerilmektedir (Yıldırım, 2014; Beji, 2015).

2.1.2. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum Eylemi birbirini izleyen ve her biri farklı süreçler içeren dört evreden oluşmaktadır (Cunningham, 2016)**.** Bu evreler; dilatasyon, ekspulsiyon, plesental (halas) dönem ve kanama kontroldür (Beji, 2015; Taşkın, 2016).

2.1.2.1. Birinci evre (dilatasyon evresi) : Servikal dilatasyonun 10 cm oluncaya kadar geçen süredir ve kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazlarına ayrılmaktadır (Beji, 2015; Sevil ve Ertem, 2016). Bazı kaynaklarda da sadece latent ve aktif faz olarak ele alınmaktadır (Gambone, 2009; Cunningham, 2016).

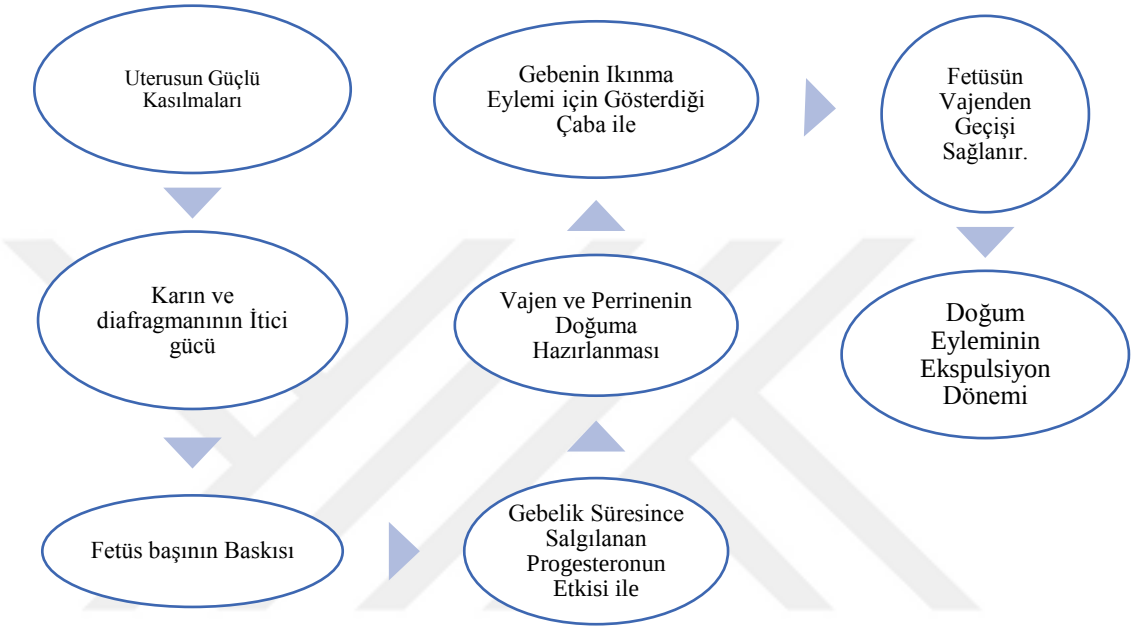
2.1.2.1.1. Latent faz: Düzenli uterus kontraksiyonları ile başlar ve servikal dilatasyonun 3 cm olması ile sonlanır. Latent faz primiparlarda ortalama 12 saat, multiparlarda ise 8 saat sürebilir (Beji, 2015).

2.1.2.1.2. Aktif faz: Servikal dilatasyonun 4 - 7 cm ölçüleri arasında olduğu dönemdir. Aktif fazın ortalama süresi nulliparlarda 3, multiparlarda 2 saattir (Kömürcü, 2014). Bu fazda fetüs başı düzenli olarak aşağı doğru iner. Membranlar kapalı veya açılmış olabilir (Beji, 2015).

2.1.2.1.3. Geçiş fazı: Servikal dilatasyonun 8 - 10 cm ölçüleri arasında olduğu dönemdir. Geçiş fazı ortalama nulliparlarda 3 saat, multiparlarda ise 1 saat sürer. Gebe için doğum eyleminin en zor dönemidir. Gebenin rahatsızlığı artmıştır, yorgun ve sinirlidir. Yalnız kalmaktan korkmaktadır (Taşkın, 2016).

2.1.2.2. İkinci evre (ekspulsiyon/itilme evresi): Serviksin tam dilate olması ile başlayan ve fetüsün doğumu ile son bulan evredir. Ekspulsiyon dönemi serviksin dilate

olmasından sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda ise 5-30 dakika arasında tamamlanmaktadır. Ikıntı isteği doğuran uterin kasılmaların başlaması, defekasyon yapma hissi, bebeğin geldiğini hissetme, perinenin kabarması, amnions kesesinin açılması, dilatasyon kanamasının artması, bulantı- kusma hissi ve huzursuzluk dönemin başlangıç belirtilerindedir (Kömürcü, 2014; Beji, 2015; Taşkın 2016).



Şekil 1 : Doğumun İkinci Evresi (Yıldırım, 2014).

2.1.2.3. Üçüncü evre (plesental/halas dönemi): Bebeğin doğumundan plesanta ayrılıncaya kadar devam eden dönemdir. Plesentanın doğumu, bebeğin doğumundan sonraki 5-30 dakika arasında gerçekleşmektedir (Kömürcü, 2014; Beji, 2015). Bebek doğduktan sonra doğumu yapan sağlık profesyonelleri plesantanın ayrılma belirtileri takip ederler. Bu belirtiler

- Ani vajinal kanama,
- Umbilikal kordta uzama,
- Uterus fundusunun umbilikus seviyesine yükselmesi ve
- Simfiz pubis üzerinden elle bası uygulanması sonucunda umbilikal kordun geri çekilmemesidir (Gambone, 2009; Cunningham, 2016; Taşkın, 2016).

2.1.2.4. Dördüncü evre (kanama kontrol): Plesentanın doğumu ile başlayan ve doğum sonu ilk dört saati kapsayan dönemdir. Kanama-kontrol evresi olarak da

adlandırılır. Bu evrede annenin vital bulguları ve doğum sonu kanama belirtileri takip edilir (Kızılkaya ve Yılmaz, 2018). T.C. Sağlık Bakanlığı doğum sonu yönetim rehberi erken dönemde kadının ilk 2 saat 15 dakikada bir, 2-4 saatler arasında 30 dakikada bir vital bulgularının ve uterus involüsyonunun değerlendirilmesini önermektedir (Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

2.2. Doğum Ağrısı Ve Yönetimi

Ağrı insanlık tarihi kadar eski bir terimdir (Kömürcü ve Berkiten Engin 2009; Kömürcü, 2014). İnsanoğlunun her zaman yaşadığı, paylaştığı deneyimlerin bir parçası olup, hastalıklardan daha fazla insanı etkileyen bir olgudur. Ağrı çeken tüm insanlar, duygularını farklı şekilde dile getirirler (Taşçı ve Sevil, 2007). Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneğinin (International Association for the Study of Pain= IASP) tanımına göre ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmiş deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şeklidir (Mamuk, 2017; Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnik, kültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durumdur. Ayrıca ağrı duyusu vücut için bireyi içsel ve dışsal tehditlere karşı koruyucu bir mekanizma olarak da düşünülmektedir (Mucuk ve Başer, 2009; Kömürcü, 2014; Karaman, 2017).

Ağrı sübjektif bir durum olup kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir (Koyucu ve ark., 2018). Ağrının ispatı da kişinin bu duruma verdiği cevaptır (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014; Karaman, 2017; Mamuk, 2017). Ağrının ilk duyulduğu noktaya ağrı eşiği denir (Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

Doğum eylemi sırasında yaşanan ağrı, bilinen en şiddetli akut ağrı türlerinden biridir, kadınlarda anksiyete ve korku yaratan bir durumdur. Doğumla ilgi yaşanılan ağrı deneyimi karmaşık bir olgudur. Ayrıca kişilerin yaşadıkları doğum ağrısına verdikleri tepkiler değişkendir (Karaman, 2017; Mamuk, 2017; Whitburna ve ark., 2019).

Doğal bir sürecin parçası olması, sınırlı bir süre içinde gerçekleşmesi, hazırlık zamanının mevcut olması, sürekli olmayıp kesik kesik gelmesi ve annenin bebeği isteyerek bu ağrılara katlanması özellikleri ile doğum ağrısı diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır (Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016).

Doğumda ağrı algılanmasında; gebenin yaşı, fiziksel-ruhsal durumu, paritesi, perianal gerginlik durumu, fetüsün ağırlığı ve pozisyonu, eylem sürecinde yapılan uygulamalar, kültür, anksiyete, korku, yaşanmış deneyimler, doğuma hazırlık ve destek sistemleri gibi faktörler etkili olmaktadır (Mamuk, 2017; Arslan Özkan ve Bilgin, 2019). İlk doğumunu yapan kadınların %60'nın multipar olanların ise %40'nın şiddetli doğum ağrısı yaşadığı yapılan çalışmalar ile belirlenmiştir (Phumdoung ve Good, 2003; Kömürcü, 2014; Arslan Özkan ve Bilgin, 2019). Primipar gebeler; uterus kasılmaları sonucu oluşan ağrıyı ve doğum eylemini, karşılaştıkları en şiddetli ağrı deneyimi olarak tanımlamaktadırlar (Phumdoung ve Good, 2003).

Whitburn ve arkadaşlarının 31 çalışmayı inceledikleri sistematik derleme sonucunda doğum eylemi sırasında yaşanılan ağrı duyusunun zorlayıcı, acı verici, karmaşık ve çok boyutlu bir duyu olduğunu belirtmişlerdir. Bu inceleme sonucuna göre kadınların doğumda yaşanan ağrı ile ilgili, doğumu fizyolojik bir süreç olarak kabul ettikleri, sonunda bebeklerine kavuşmalarından dolayı mutlu ve tolere edilebilir bir deneyim olarak algıladıkları belirlenmiştir (Whitburn ve ark., 2019).

2.2.1. Doğum Ağrısının Nöro fizyolojisi

Doğum ağrısının fizyolojisinin anlaşılabilmesi için kadın genital oganlarının yapısı ve innervasyonunun bilinmesi gerekir. Pelvik organlar, hem sinir sistemi hem de endokrin sistemin kontrolündedir. Doğum ağrısının fizyolojisinde periferik sistem, spinal kord, çıkan yollar, lateral medial sistemlerle, korteks rol oynamaktadır (Ertem ve Sevil 2005; Kömürcü ve Berkiten 2008; Çalık Yeşilçiçek, 2010; Karaman, 2017; Mamuk, 2017).

Tüm düz kaslar gibi myometriumda sempatik ve parasempatik sinirler tarafından denetlenir. Sempatik etki postganglioner sinir dallarından çıkan adrenalin beta reseptör ile myometriumda gevşemeye, noradrenalin alfa reseptörlerde kasılmaya neden olur (Kömürcü, 2014; Mamuk, 2017).

Üreme organlarının innervasyonu 5 genel bölüme ayrılabilir: (I) uterus; (II) alt uterin segment; (III) serviks; (IV) vajina ve (V) perine (Sevil ve Ertem, 2005).

Doğumun birinci evresindeki ağrı primer olarak uterin kontraksiyonlar ve serviksin dilatasyonuna bağlıdır. Kontraksiyonlar sırasında gerilen serviks ve uterin segmentler bu ağrıyı oluşturmaktadır. Serviks ve uterustan kaynaklanan ağrılı uyaranlar afferent lifler ve onlara eşlik eden sempatik sinir lifleri ile birlikte, lomber sempatik zinciri izleyerek T10-T11-T12-L1 spinal sinirlerin arka kökleri ile spinal korda girerler. Kontraksiyonların bu yollar ile oluşturduğu ağrı bu dört segmentin inerve ettiği cildi uyarırlar. Doğum eyleminin erken döneminde sadece T11- T12 etkilendiği halde kontraksiyonların şiddeti arttığında T10-L1 etkilenir. Bu dönemdeki ağrı belden sırta ve bacaklara doğru yayılır ve gittikçe şiddetlenen visseral bir ağrı şeklini alır (Sevil ve Ertem, 2005; Mamuk, 2008; Kömürcü, 2014; Karaman, 2017; Mamuk, 2017).

Doğumun ikinci aşamasında ise kadınlar somatik ağrı çekerler. Bu ağrı çoğu zaman yoğun, keskin, yanıcı ve iyi lokalize olmuştur.

- Ağrı fetüsün çıkışına izin verebilmek için;
- Perianal dokunun gerginliğini kaybetmesi,
- Pelvik tabanın çekilmesi,
- Kasılma sırasındaki uteroservikal desteğin azalması,
- Yumuşak dokuda meydana gelen laserasyonlardan,
- Mesane ve barsak gibi duyarlı organlar üzerinde oluşan basıdan da kaynaklanabilir. Bu evredeki ağrı perianal dokularca S2 ve S4 spinal sinir segmentleri arasında parasempatik sistemde taşınmaktadır (Mamuk, 2008; Kömürcü, 2014).

Doğumun Üçüncü evresindeki ve erken postpartum dönemdeki ağrı latent dönemdeki ağrı deneyimine benzer özelliktedir (Kömürcü, 2014; Karaman, 2017).

2.2.2. Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasında iki öğe etkili olmaktadır. Bunlardan birincisi fizyolojiktir ve duyusal reseptörlerle oluşur. İkincisi ise psikolojik kaynaklı olup reaksiyon / tepki sürecini içerir. Bu ağrıların etkileri sıklıkla, diğer akut ağrılarda olduğu gibi, solunum, kardiyovasküler, nöroendokrin ve limbik sistemler üzerinde etkili olmaktadır (Sevil ve Ertem, 2005; Kömürcü, 2014).

Uterin hipoksi: Uterusa giden kan damarlarının vazokonstrüksiyonu sonucu uterus kaslarının hipoksisi meydana gelir. Kontraksiyon sırasında uterusa giden kan miktarı azalır. İki kontraksiyon arasındaki gevşemelerde kan akımı sağlanır. Doğumun ilk evresindeki kramp tarzındaki ağrıların başlıca nedenidir. Yeterli gevşeme olmazsa ağrı şiddeti çok yüksek olarak algılanır (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014).

Servikal gerginlik ve serviksin sinir ganglionlarına basısı: Doğum ağrısının oluşmasında en büyük neden serviksin dilatasyonu ve efesmanıdır. Servikal gerginlik; uterus kontraksiyonuna bağlı olarak fetüs başının aşağıya itilmesi sonucunda oluşmaktadır. Ayrıca serviksin gerilmesi hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açarak uterus kontraksiyonunu arttırmaktadır. Bu iki tip pozitif geri bildirim doğum süresince gebenin ağrı olarak algılayacağı uterus kontraksiyonlarını arttırmaktadır. Bunun yanında tubalar, overler, periton, uterin ligamentlerinin gerilmesi, üretra, mesane, rektum ve pelvis tabanına baskısı ile perinenin gerilmesi, doğum ağrısında etkili olan diğer fizyolojik faktörlerdir (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014).

Kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği: Kontraksiyonların süresinin ve şiddetinin artması ile ağrının artmasının ilişkili olduğu belirtilmektedir (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014).

Servikal dilatasyonun derecesi ve kontraksiyonların dilatasyona katkısı: Kontraksiyonların güçlü olması ve ağrılarla baş etme derecesi servikal dilatasyonu ve

doğumun hızını etkiler. Bazı gebeler şiddetli ağrılara rağmen sessiz sakin doğururken, bazıları çok az ağrı hisseder (Coşar, 2012; Kömürcü, 2014; Karaman, 2017).

Perineal gerginlik: Başın inişi ile perinenin gerilmesi ve vajen / vulva dokuların laserasyonu ağrıya yol açar. Kadın ağrıyı yanma, yırtılma ya da gerilme hissi şeklinde tanımlar (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014; Karaman, 2017).

Anne yaşı, fiziksel durumu, doğum sayısı ve yaşanmış deneyimler: Ağrı algısı yaşla değişen bir olgudur. Yaşlanma sürecinde myelinli liflerin kaybı sonucunda yaşlı kadınlarda doğum gençlere göre daha az ağrılı olarak yaşanmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildiriminin ise azaldığı belirlenmiştir. Örneğin ilk kez doğuran kadınlar daha şiddetli ağrıdan yakınırlar, doğumları daha uzun sürer ve multiparlara göre daha çok analjezik gereksinimleri olur (Çalık Yeşilçiçek, 2010). Primiparların da sözel ağrı skorları multiparlara göre daha yüksektir. Multiparların, genelde doğum eyleminin latent ve aktif fazında nulliparlara oranla daha az ağrı çektikleri belirtilmesine rağmen, eylemin ikinci evresinin çoğunlukla tüm kadınlar için çok ağrı verici olduğu görülmüştür. Primiparlarda ağrıyı kontraksiyonların sıklığı ve servikal dilatasyon, multiparlarda sadece servikal dilatasyon belirler. Doğum sayısının artması ise doğum süresini ve ağrıları azaltır ancak sık aralıklı ve çok sayıdaki doğumların annenin fiziksel durumunu olumsuz etkilediği de bilinmektedir (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014). Kişinin ağrıyla ilgili önceki deneyimleri, kişinin o anda ya da gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkilemektedir. Geçmişte zor ve ağrılı bir doğum öyküsü olan bir kadının ağrı konusunda daha hassas ve kaygılı olabileceği gibi zorlu bir travay süreci yaşayıp sonrasında sezaryen doğum yapan bir kadında da vajinal doğuma karşı kaygıları olabilmektedir (Yıldırım ve Şahin Hotun, 2003).

Fetüsün ağırlığı ve pozisyonu: Fetüsün ağrılığı ve normal pozisyonda olmaması doğum süresinin uzamasına ve ağrının artmasında önemli bir etkendir. Örneğin, oksipito posterior pozisyon hem dilatasyonun yavaş olmasına hem de ağrının artmasına sebep olur. Aynı zamanda oksiput posterior geliş, doğumun ikinci evresini uzatır (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Coşar, 2012; Kömürcü, 2014; Karaman 2017).

Yapılan uygulamalar ve doğum ortamı: Gebelerin büyük bir kısmı için hastane doğum ünitesi korku ve endişe yaşamalarına neden olabilecek yabancı bir ortamdır (Stark ve ark., 2016; Wang 2018) . Ayrıca bağımsız tüm yaşamı ve gebelik boyunca öz bakımını kendi karşılayan üreme çağındaki bir kadın için mobilizasyona engel olan intravenöz tedavi işlemleri, fetal monitörizasyon gibi kısıtlayıcı uygulamalar gebe için rahatsızlık vericidir (Mamuk, 2008). Doğum yapması için müdahale edilen kadınlar, daha fazla acı ve ağrı çektiğini ifade etmektedir. Müdahale amacı ile yapılan vajinal manüplasyonlar ferguson refleksini uyararak kontraksiyonların stimüle olmasına sebep olabilmektedir (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014).

Doğum çevresi ağrı algılamasını etkilemektedir. Rahat bir çevre relaksasyonu sağlar ve doğum ağrısına karşı direnme gücünü arttırır (Kömürcü, 2014). Doğum yapılan çevrenin etkisinin doğum ağrısına etkisini inceleyen Yazgan (2014)'ın vaka-kontrol çalışmasında; vaka grubu doğum için özel bir ortamda (tek ebenin bakım verdiği, loş, müzik olan, ılık bir ortam ve giriş-çıkışın sınırlı olduğu bir ortam) takipleri yapılırken kontrol grubunda rutin doğumhane koşullarında travay bakımı verildiği ve bu sağlanan olumlu doğum ortamın da bakım alan vaka grubunun doğum ağrısı şiddetleri daha düşük şiddette yaşadıkları belirlenmiştir (Yazgan, 2014).

Hormonal Mekanizmalar: Prostaglandin salınımının artmasının dismenore ve doğum ağrısındaki mekanizma ile benzerlik gösterdiği belirtilmiştir. Yüksek kortizol düzeyinin de doğum ağrısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Korku, anksiyete ve ağrının sonucu olarak stres hormonlarının artması sonucunda, kontraksiyonların sıklığı ve yoğunluğu azalmaktadır (Mete, 2013). Endorfin hipofiz bezi tarafından salgılanan doğal opoid olup, periferal sinir sistemini etkileyerek yaşanılan ağrının azalmasına neden olur (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014).

Anksiyete ve korku: Anksiyete; ağrı korkusuna, kontrol kaybına, anne ve fetüsün olumsuz etkilenmesine sebep olabilir. Orta şiddette anksiyete, ağrıyı algılamayı olumlu etkilerken, yüksek düzeyde anksiyete ağrıya duyarlılığı arttırır ve ağrıyı kontrol etme becerisini zayıflatır (Kömürcü, 2014). Ağrı ve emosyonel stresin oluşturduğu, katekolamin ve kortizol salgılanmasındaki artış, uterus

kontraksiyonlarının artmasına ya da azalmasına neden olabilir. Bu durum da doğum eyleminin uzamasına sebep olabilmektedir (Genç Moralar ve ark., 2011). Anksiyete ayrıca kas tonüsünü artırarak kasların oksijen ihtiyacını artırmakta ve laktik asit üretiminin artmasına neden olmaktadır. Kaslarda biriken laktik asit sonucunda ise kramplar oluşmaktadır (Sevil ve Ertem, 2005). Doğum eyleminde yaşanan anksiyete kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendirmektedir (Gönenç ve Terzioğlu, 2012).

Kültür: Kadınların doğum ağrısını nasıl kabullenecekleri, bu ağrı ile nasıl baş edecekleri ve ağrıyı nasıl yorumlayacaklarını dini inançları ve kültürleri belirlemektedir (Kömürcü, 2014; Karaman, 2017). Tarihsel süreçte insanlar kültürel alt yapılarının etkisiyle ağrıyı tanımlamak, açıklamak ve ondan kurtulmak için çeşitli yollara başvurmuşlardır (Köksal ve Taşçı Duran, 2013). Literatürde, Guetemalan kadınları ağrıyı sesli biçimde gösterme eğilimindeyken, Japon, Çin ve diğer Asya kadınları, doğum ve travay sırasında bağırmayı ya da ağlamayı utanç verici olarak nitelendirirken, doğumun ağrılı fakat dayanılabilir bir durum olduğuna inanırlar (Sevil ve Ertem, 2005).

Doğuma Hazırlık: Doğum için hazırlanmanın annenin rahatlamasını sağlayarak, analjezi ihtiyacını azalttığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen verilere göre, doğum öncesi dönemde doğuma hazırlık sınıflarına katılan kadınların, katılmayanlara oranla, doğum eylemi sırasında daha az ağrı yaşadıkları bulunmuştur (Taşçı ve Sevil, 2007; Kömürcü, 2014). Coşar ve Demirci (2012)'nin antenatal dönemde lameze felsefesine dayalı doğum hazırlık eğitiminin doğum algısına etkisine baktıkları çalışmalarında; eğitim alan grubun doğum algılarının daha yüksek olduğunu ve çalışmada eğitim alan grupta travayda "sürekli gezinme " hareketi gözlemlenirken kontrol grubunda ise "korku ifadesi", "huzursuzluk", "mahremiyetin azalması", "sessizce ağlama" ve "dudak ısırma" davranışları daha sık gözlemlendiğini ifade etmişlerdir (Coşar ve Demirci, 2012).

Destek Sistemi: Doğuma yardımcı bir kişinin varlığı ile (kadının eşi de olabilir)

- Doğum süresinin kısaldığı (Langer ve ark., 1998),
- Analjezi ihtiyacının (Akbarzadeh ve ark., 2014),
- Doğum ağrısının (Akbarzadeh ve ark., 2014),
- Doğum komplikasyonlarının azaldığı (Rahimparva ve ar., 2018),
- Tıbbi tedavinin azalması ile bebek sağlığının daha iyi olduğu (Wan ve ark., 2011),
- Anne memnuniyetinin arttığı (Bruggemann ve ar., 2007),
- Forseps ve sezaryen endikasyonunun azaldığı (Akbarzadeh ve ark., 2014) şeklinde pozitif etkilere neden olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Bunun yanında, endişeli bir eş ya da yakınının varlığı, doğum eylemi sırasında kadının ihtiyaç duyduğu destek ve güveni sağlamak konusunda yetersiz kalabilir. Buna bağlı olarak da kadının yaşamış olduğu anksiyete düzeyinin artmasına neden olabilir (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014).

Ağrının Birey İçin Anlamı: Ağrının algılanması, kadının kendini algılaması ile ilgili olduğu gibi, kültürel beklentilere de bağlıdır. Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi, ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir (Taşçı ve Sevil, 2007).

Halsizlik ve Uyku Sorunları: Uyku kalitesinin bozuk olması yorgunluğa ve ağrıya karşı duyarlılığın artmasına yol açar (Ölçer ve Bozkurt, 2015). Eylemde anne bitkin olabilir. Bu durum ağrıya verilen cevabı etkiler. Yorgunluk sonucunda annenin enerjisi azalır, anne ağrı ile baş edebilmek için enerjisini kullanamaz (Hamlacı, 2013).

Doğumda Annenin Memnuniyeti: Doğumdaki anne memnuniyeti, kompleks, psikolojik bir yanıt olarak tanımlanır. Kadının doğum eyleminden memnuniyeti doğum ağrısını gidermede etkili faktörlerden biridir (Kömürcü, 2014). İntrapartum dönemde kadına uygulanan tıbbi müdahale ve eş desteğinin doğum memnuniyeti üzerindeki etkilerini araştırdığı çalışmasında Weeks ve ark. (2016) sezaryen ile doğum yapan, analjezik kullanan ve sürekli EFM uygulanan kadınlarda doğum

memnuniyetinin düşük olduğunu; en yüksek memnuniyetin travay süresince eşleri tarafından desteklenen kadınlarda görüldüğünü belirtmiştir (Weeks ve ark., 2017).

2.2.3. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğum ağrısı akut başlayıp çabuk ilerleyen ve emosyonel faktörlerden etkilenen, öznel ve karmaşık bir duyumdur(Kömürcü, 2014; Mamuk, 2017).

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrılarını anlatmada, tanımlamada güçlük çeken ya da tanımlayamayan hastaların da olacağı unutulmamalıdır (Aslan, 2002; Kömürcü, 2014). Bu nedenle kişinin ifadelerinin yanı sıra objektif ağrı ölçekleri de kullanılmalıdır. Ölçekler gebe ile ilk karşılaşmada ve ağrıya yönelik uygulanan girişimlerin değerlendirilmesi aşamasında tekrarlı olarak kullanılmalıdır (Mamuk; 2017).

Ağrının ölçekler aracılığı ile ölçülerek objektif hale getirilmesinin faydaları; uygun tedavinin planlanması ve sürdürülen tedavinin etkinliğinin anlaşılmasına yardımcı olması ve de ağrı sürecinde anne ile işbirliğini kolaylaştırması olarak gösterilmektedir (Aslan, 2002; Mamuk ve Gençalp, 2013).

Doğum ağrısının özelliklerinin belirlenmesinde hemşirelik bakımının önemi büyüktür. Çünkü hemşirelik değerlendirmesi, doğum ağrısının temel niteliklerinin belirlenmesinde ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde yardımcı olur (Kömürcü ve Ergin Berkiten, 2009).

Ağrının tanımlanması sadece şiddeti ile sınırlı kalmamalı, lokalizasyonu ve yaşanılan şikayetleri de dikkate almalıdır (Yıldırım ve Şahin Hotun, 2003).

Ağrı ölçümünde birçok tek boyutlu ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hastanın kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadır (Aslan, 2002) (Mamuk ve Gençalp, 2013; Kömürcü, 2014). Tek boyutlu ölçekler arasında sözel kategori, sayısal ve görsel kıyaslama ölçeği ile Burford Ağrı Termometresi; çok

boyutlu ölçekler ise Mc Gill- Melzack ağrı soru formu, Dartmant ağrı soru formu, ağrı algılama profili, Wisconsin kısa ağrı çizelgesi, davranış modelleri, anımsatıcı ağrı değerlendirme kartı ve West Haven-Yale çok boyutlu ağrı çizelgesi sayılabilir (Aslan, 2002). Doğum ağrısı ile ilgili uluslararası ve ulusal araştırmalar incelendiğinde doğum ağrısını değerlendirmede en çok; görsel kıyaslama ölçeğinin tercih edildiği belirlenmiştir (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Gönenç, 2013; Hamlacı, 2013; Öztürk, 2014; Yazgan, 2014; Yıldırım, 2014; Yıllar, 2014; Mamuk, 2017; Akın, 2018).

Görsel kıyaslama Ölçeği: Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. GKÖ'nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. GKÖ'nin kullanımı hastaya çok iyi anlatılmalıdır. Bu bağlamda; hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arasında ağrısının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu söylenir. Ağrı yok başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santim olarak kayda alınır (Aslan, 2002).

2.2.4. Doğum Ağrısının Kontrolü

Fizyolojik olmasına rağmen tolere edilemeyen doğum ağrısının anne ve fetüs sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) doğum ağrısını tedavisini bir endikasyon olarak kabul etmiştir (Mamuk ve Davas, 2010).

Doğum ağrısının kontrol altına alınmasında farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan bu yöntemlerde basitlik, güvenilirlik ve anne fetüs sağlığına zarar vermemesi özellikleri aranır (Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

2.2.4.1. Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler

Rejyonel, inhalasyon, paranteral analjezi ve epidural anestezi doğum ağrısının giderilmesinde kullanılan farmakolojik yöntemlerdir (Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

Rejyonel- Bölgesel anestezi: Epidural alt omurga seviyesinde gerçekleştirilen enjeksiyondur. Vücudun enjeksiyonun altında kalan bölgesi uyuşur, kontraksiyonlar sırasında kişinin uyanık olmasına, sürece katılmasına olanak verir. Epidural, spinal, paravertebral, lomber sempatik, pudental sinir bloğu, perianal filtrasyon ve kombine spinal blok şeklinde değişik türleri vardır (Yıldırım ve Şahin Hotun, 2003; Kömürcü, 2014).

Epidural anestezi: Spinal sinirlerin duradan çıkıp, intervertebral foremenlere uzanırken epidural aralıkta anestezize edilmesi ile meydana gelen bir tür bölgesel anestezi türüdür. Endikasyonları;

- Uzayan ve aşırı derecede ağrılı doğum,
- Prematür eylem,
- Preeklemsi,
- Hastanın stresini azaltmak,
- Annenin kronik hastalıkları (kronik solunum yetmezliği, diabetus mellitus, kalp hastalığı veya böbrek hastalığı)
- Forseps ve sezaryen doğum,
- Ağrı eşiği düşük olan kişilerdir.

Hipotansiyon, intratekal enjeksiyon, intravasküler enjeksiyon, postpunktural baş ağrısı, bel ağrısı ve kısmi motor bloğu en önemlki komplikasyonlarıdır (Sevil ve Ertem, 2016).

Spinal anestezi: Subaraknoid veya spinal blok uygulama tekniği kolay ve obstetrik açıdan yararlı uygulamalardandır. Düşük doz ajanların kullanılması ve iyi derecede anestezi sağlaması spinal anestezinin başlıca avantajlarıdır. Spinal anestezi uygulamasında etki hızlı başlar ve kas gevşemesi istenilen düzeyde oluşur ve uterin kontraksiyonları etkilemez. Dezavantajı ise kişinin motor fonksiyonlarının zayıflaması

sonucun da doğumun ikinci evresinde ıkınma eyleminin gerçekleştirememesidir. Komplikasyonları; hipotansiyon, tam spinal blok, anksiyete, postspinal baş ağrısı ve mesane disfonksiyonudur (Kömürcü, 2014; Beji 2015; Cunningham, 2016).

Kombine- Spinal epidural anestezi (KSE) : Kombine spinal-epidural teknik 1937 yılında ilk kez uygulanmıştır. Günümüzde kombine spinal-epidural tekniğin doğum analjezisinde kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. İntratekal uygulanan ilaçlar kısa sürede analjezi oluştururken, epidural kateter yoluyla verilen ilaçlarda doğumun ilerleyen dönemlerinde analjezi sağlarlar. Lokal anestezikler ile opioidlerin kombinasyonu analjezi kalitesini artırırken her iki ilacın dozu ve yan etkisi azalmaktadır (Kömürcü, 2014; Beji 2015). KSE, doğum analjezisi amacıyla doğumun erken ve ilerlemiş aşamalarında kullanılabilir (Genç Moralar ve ark., 2011).

Pudental blok: Doğumun ikinci döneminde perine anestezisi için kullanılır. Bu yöntem uterus kontraksiyonlarının meydana getirdiği ağrıyı etkilemez. Transvajinal veya perineal yoldan uygulanabilir. Başlıca komplikasyonları; vajinal hematom ve pelvik absedir (Şentürk Yazıcı 2009; Cunningham, 2016).

Kaudal epidural blok: Kaudal anestezi doğum eylemi başlar başlamaz uygulanır. Uygulamadaki zorluğu ve fazla dozda ilaç kullanımı gibi nedenlerden dolayı kaudal epidural anestezi yerine lumbal epidural anestezi tercih edilmektedir. Kas relaksasyonunun Lumbal epidurale oranla daha fazla olması ve perineal anestezinin olması kaudal epidural bloğun avantajlarındandır. (Şentürk Yazıcı 2009).

İnhalasyon analjezisi: Güvenli, etkin ve ucuz bir yöntemdir. Sıklıkla kullanılan ajanlar % 40 -50 oksijen içinde verilebilen nitröz oksit veya sevofluran ve desflurandır. Hızlı uygulanabilmesi, maksimum derinlik ve etki süresi kontrolü ve işlemin sonunda hızlı eliminasyonu nedeniyle, çıkımda çok kısa süreli olarak uygulanmaktadır (Genç Moralar ve ark., 2011; Cunningham, 2016). Dezavantajları; irritan olabilen kokuları, bulantı-kusma ve baş ağrılarına yol açabilmektedir (ACOG, 2017)

Paranteral ilaç uygulaması: Uygulama kolaylığından dolayı sık kullanılan yöntemlerdendir. Farmakolojik ajan olarak trankilizanlar, sedatif ve opoidlerden yararlanılmaktadır (Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016). Maternal yan etkileri (bulantı, kusma, mide boşalmasının gecikmesi, sedasyon, hipoventilasyon) ve fetüs üzerine potansiyel etkileri nedeniyle kullanımı giderek azalmaktadır. Tüm opioid ajanlar plasentayı kolaylıkla geçmekte; bu nedenle neonatal solunum depresyonu ve sedasyon yaratabilmektedir (Genç Moralar ve ark., 2011).

Hasta kontrollü anestezi: Hasta Kontrollü Analjezi (HKA), hastanın ağrı duydukça küçük dozlarda analjezik ilaçları kendi kendine almasını sağlayan bir yöntemdir. Hasta gereksinim duyduğunda bir düğmeye basarak intravenöz veya epidural yolla ilacını zaman kaybetmeden alabilecek, ağrısı olmadığında gereksiz yere fazla ilaç almamış olacaktır. Bu teknik son derece kullanışlı ve etkin bir tekniktir (Kömürcü, 2014).

2.2.4.2. Doğum Ağrısının Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan non farmakolojik yöntemler, herhangi bir ilaç kullanmadan kişinin gevşemesini ve ağrı algısının azalmasını sağlayan yöntemlerdir (Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

Doğumda farmakolojik olmayan yöntemlerin tercih edilmesindeki temel nedenler; eylem süresini etkilememeleri, maternal ve fetal olumsuz etkilerinin olmaması, invaziv olmamaları, ekonomik olmaları, kullanımının kolay, etkili ve yan etkilerinin daha az olmasıdır (Kömürcü ve Ergin Berkiten, 2009; Beji, 2015). Ayrıca, bu yöntemlerin kullanıldığı kadınlar, kontrol ve güç kendilerinde olduğu için daha fazla memnuniyet duyduklarını ifade etmektedirler (Kömürcü ve Ergin Berkiten, 2009).

İkinci trimestr ve miattan önceki iki – üç haftalık dönem nonfarmakolojik ağrı ile baş etme tekniklerini öğrenmek için en uygun dönemdir. Bu dönemde kişiler doğum hazırlık sınıflarında doğum süreci, nonfarmakolojik yöntemler, doğum sürecine pozitif yaklaşım gibi konularda bilgi alarak doğum sürecine hazırlanabilmektedirler (Sevil ve Ertem, 2016). Doğum hazırlık sınıfına katılamamış olanlarda eylemin ilk evresinin

latent fazında gebeye yöntemler hakkında bilgilendirme yapılabilmektedir (Beji, 2015).

Kapı kontrol ve endorfin teorileri nonfarmakolojik ağrı ile başetme tekniklerinin etkisini açıklayan teorilerdir (Mamuk, 2008; Kömürcü, 2014; Karaman, 2017).

Kapı kontrol teorisine göre; uyaranlar duyusal nöronlar aracılığı ile serebral kortekse ulaşır ve burada yorumlanır. Uterus, serviks ve pelvis eklerine basınç gibi uyarıları küçük, ince miyelinli ve miyelinsiz lifler iletirken, deriden gelen sinyalleri ise büyük, kalın miyelinli lifler iletmektedirler. Büyük liflerden iletilen uyarılar küçük liflerden iletilen uyarılardan daha hızlı olmaktadır. Büyük liflerden geçiş daha hızlı olduğu için masaj, ısı uygulamaları, tens, dokunma gibi derisel uyarım teknikleri ile ağrı sinyallerini bloke edebilir ya da değiştirebilir (Mamuk, 2008; Kömürcü, 2014; Türkmen, 2017).

Endorfin teorisine göre; endorfinler ağrı uyarısının geçişini bloke etmektedir böylece uyarı bilinç düzeyine ulaşamamaktadır. Doğumda masaj ve akupress uygulaması endorfin üretimini arttırarak ağrı algılanmasını azaltmaktadır (Türkmen, 2017).

Nonfarmakolojik ağrı ile baş etme yöntemleri; (Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

Tablo 1: Nonfarmakolojik ağrı ile baş etme yöntemleri

Gevşeme Metotları	**Tensel Uyarılma**	**Mental Uyarılma**	**Solunum Teknikleri**
Biofeedbeck	Masaj	Odaklanma	Lamaze
Yoga	İDSE(İntradermal Sıvı Enjeksiyonu)	Dikkat dağıtma	Dick Read
Hipnoz	TENS	Hayal Kurma	
Müzik	Sıcak-Soğuk Uygulama		
Akupunktur	Hidroterapi		
Akupress			
Hareket/Pozisyon			

2.2.4.2.1. Gevşeme metotları

Biofeedbeck (Biolojik Geri Bildirim): Gebeye doğum eyleminde yaşanan (servikal dilatasyon, kontraksiyonlar, kan basıncı gibi fizyolojik) değişiklikler hakkında verilen bilgi, ağrı sırasında kadından geri istenir. Böylece kadının bedenine yönelttiği ilgi ve dikkati farklı bir yöne çekilerek ağrının daha az algılanması sağlanır (Yıldırım ve Şahin Hotun, 2003; Çalık Yeşilçiçek, 2010; Karaman, 2017).

Yoga: Yoga, postür (asana), derin nefes alma (pranayama) ve meditasyon sistemini içeren bir zihin beden uygulamasıdır (Alkan ve Aslantekin Özçoban, 2017). Gebelik sırasında yapılan yoganın, kasları etkin hale getirmek, gevşemeyi sağlamak, doğum eyleminin sağlıklı ilerlemesine imkan vermek, uterusa ve bebeğe kan akışını rahatlatmak, doğum ağrısı ile birlikteliği sağlamak, içgüdü ve sezgileri harekete geçirmek, anne bebek iletişimini güçlendirmek, kadının kendi bedenine güvenini yükseltmek, doğum korkusunu, süresini ve stresini azaltmak başta olmak üzere pek çok yararı olduğu ifade edilmektedir (Mamuk ve Davas, 2010; Rathfisch, 2015). Chuntharapat ve ark. (2008) çalışmasında; travayda yoga programı uygulanan gebelerin, kontrol grubuna kıyasla doğum boyunca ve doğumdan 2 saat sonrasına kadar daha rahat ve daha az ağrı hissettiği, eylem sürelerinde anlamlı azalma olduğu saptanmıştır (Chuntharapat ve ark., 2008). Diğer bir randomize kontrollü çalışmada ise, antenatal yoga programı ile kontrol grubu karşılaştırılmış, servikal dilatasyon 3-4 cm'ye ulaştığında ve doğumdan 2 saat sonra deney grubunda hissedilen ağrının anlamlı derecede az olduğu ve eylem sürelerinin de daha kısa sürdüğü saptanmıştır (Jahdi ve ark., 2017).

Hipnoz: Tetikte olan zihin alfa dalgaları ürettiği derin fiziksel gevşeme durumudur, kritik işlemlerin duraksatıldığı ve bilinçsiz zihne daha kolay ulaşılabildiği zihin halidir. Bu teknik doğum ağrısını azaltmada 19.yy'dan beri kullanılmaktadır. Hipnozla doğum yöntemi ile gebelerin korkularından uzaklaştırılarak ağrısız, rahat ve doğal bir doğum yapmaları amaçlanır (Vulkan ve Yıldız, 2016). Yapılan çalışmalarla doğumda hipnoz kullanımının birçok avantajı olduğu belirlenmiştir. Bunlar; doğum korkusu ve anksiyetesini azaltarak ağrının algılamasını, analjezi ve oksitosin kullanımını azalttığı

(Smith ve ark., 2006), spontan vajinal doğum oranını, kadının doğuma olan motivasyonunu, doğumdan memnuniyet düzeyini arttırdığı, postpartum depresyon oranını azalttığı yapılan birçok çalışma sonucunda görülmüştür . Bununla birlikte anne ve bebeğe zararı olmadığı için güvenli bir yöntem olduğu belirlenmiştir (İsbir ve Okumuş, 2011; Khadem-Rezaiyan ve ark., 2018).

Akupunktur: Akupunkturun, kas iskelet sistemindeki ağrıyı azaltmada fonksiyonel etkileri olduğu kabul edilmiştir. Bu yöntem Çin 'de ve Uzak Doğu'da yıllardır doğum ağrısını azaltmada kullanılmaktadır. Bazı çalışmalar, akapunkturun ağrı skorlarını belirgin biçimde düşürdüğünü ve doğum eylemin birinci evresini kısalttığını öne sürmektedir (Yıldırım ve Şahin Hotun, 2003).

Akupressure (Shiatsu, Bası Uygulaması): Vücutta belli noktalara parmaklar, boncuklar veya sert objeler ile basınç uygulamak suretiyle o bölgede toplanan enerji yoğunluğunun dağıtılması ve bu alanlardaki noktalar ile bağlantılı organların rahatlatılması esasına dayanmaktadır (Avcıbay ve Alan, 2011; Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016). Akupressure, akupunkturun bir çeşididir ve seçici akupunktur noktalarına sabit basınç uygulanmasını içerir. Doğum ağrısını yönetmek için kullanımı güvenli, uygun maliyetli ve kullanımı kolaydır (Lee ve ark., 2004). Doğumda akupressure uygulamasının uterus kasılmalarını arttırdığı, servikal dilatasyonu hızlandırdığı, eylem süresini kısalttığı, doğum ağrısını azalttığı (Hamidzadeh ve ark., 2012) ve postpartum dönemde emzirmeye destek olduğu belirtilmektedir (Sevil ve Ertem, 2016). SP6, SP9, L14, BL31, BL32, BL67 ve GB21 özellikle doğum indüksiyonunda kullanılan akupressure noktalarıdır (Lee ve ark., 2004) (Kömürcü, 2014). Hjelmstedt ve ark., Lee ve ark. (Lee ve ark., 2004) ve Kashanian ve Shahali (Kashanıan ve Shahalı, 2010), Çalık Yeşilçiçek ve Kömürcü (2014) SP6 noktasına yaptıkları akupresürün doğum ağrısı üzerine etkisini inceledikleri randomize çalışmada akupresür uygulanan grubun ağrı puanlarının, uygulanmayan gruba oranla anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir (Çalık Yeşilçiçek ve Kömürcü, 2014). Najafi ve ark. 2018 yılında yapmış oldukları meta analiz çalışması sonuçlarına göre; SP6 ve LI4 acupressure kullanımı, doğum süresini azaltmada ve doğumun aktif

evresini yönetmek için etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir (Najafi ve ark., 2018).

Müzik: Müzik kişiyi rahatsız eden ağrılı uyaranlardan uzaklaştırıp, endorfin salınımını ve gevşemeyi sağlayarak yardımcı olur (Yıldırım ve Şahin Hotun, 2003; Kömürcü, 2008; Sevil ve Ertem, 2016). Simavlı ve ark. (2011) doğum eyleminde müzik terapinin kullanılması doğum sonrası kaygı ve ağrıyı azalttığı, doğumdan memnuniyeti arttırdığı ve doğum sonrası erken depresyon oranını azalttığı bulgularına ulaşmışlardır (Simavli, ve diğerleri, 2014). Bir diğer çalışma da da travayda dinletilen ney sesinin eylem süresini kısalttığı, ağrı şiddettini ve kan basıncını azaltığı, memnuniyeti arttırdığını belirlenmiştir (Çatalgöl, 2013).

Hareket/ Pozisyon: Gebenin travayda aldığı pozisyonların oluşan dilatasyon, efasman ve ağrı derecesine göre içgüdüsel olarak değiştirdiği, bu nedenle kadının istediği zaman istediği hareketi/pozisyonu uygulamasına olanak sağlanması gerektiği önerilmektedir (Karaman ve Yıldız, 2018). Travay sürecinde dikey pozisyonların (ayakta durma, yürüme, dolaşma, sallanma, çömelme, duvara vb. yaslanma, oturma);

- Yer çekiminin katkısı ile travay süresini kısaltığı,
- Müdahaleli doğum olasılığını azaltığı,
- Ağrı duyusunun azaldığı,
- Prezente olan kısmın inişini hızlandırdığı,
- Fetüsün rotasyonunu kolaylaştırdığı,
- Plesental dolaşımın rahat olduğu,
- Fetal oksijenizasyonun daha iyi olduğu,
- Sırt ve bel ağrılarının azaldığı belirtilmiştir (Karaçam, 2001; Vaijayanthimala ve Judie , 2014; Karaman ve Yıldız, 2018; Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

Karaman'nın çalışmasında travay sürecinde hareket serbestliğinin; eylem süresini kısattığı, ağrı duyusunu azalttığı, konforunu arttırdığı, plesentanın ayrılma süresini kısalttığı, postpartum 24 saatlik kanama miktarını azaldığı sonuçlarını ulaştığını belirtmiştir (Karaman, 2017). Hareket serbestliğinin yenidoğan üzerine etkilerinin incelendiği Akın ve ark. çalışmasın da 5. dakika Apgar puanlarının, Nöroadaptif

kapasite skorlarının ve birinci dakika oksijen satürasyonşlarının kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Akın ve ark., 2017).

2.2.4.2.2. Tensel uyarılma metotları

Masaj: Masaj, yumuşak dokuları mekanik olarak uyararak, sistematik manipülasyonlar ile bedende fizyolojik ve psikolojik etkiler oluşturan bir uygulamadır (Topçu ve Dişsiz, 2018). Doğumdaki etkisi üzerine yapılan çalışmalarda ortak sonuç ağrıyı azalttığı, doğumda rahatlamayı ve depresif ruh halinden çıkışı kolaylaştırdığı yönündedir (Mucuk ve Başer, 2009). Literatürde masaj terapisinin doğum sürecinde uygulanması ve bu uygulamaların etkinliği ile ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. İpek (2014) doğum eyleminin birinci evresinde sıcak uygulama ve masaj uygulamanın doğum ağrısı algısı ve doğumun süresi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yaptığı çalışma sonucunda masaj terapisinin ağrıyı azalttığı ve aktif faz süresini kısalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Gönenç'in (2013) doğum eyleminin birinci evresinde uyguladığı masajın gebelerin anksiyetesinin azalmasında, doğumun olumlu algılanmasında ve doğum ağrısının yönetiminde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde doğum eylemi sürecinde ellere, boyuna, omuza, sırta, uyluğa, ayağa, sakruma ve sakro-iliak bölgeye yapılan masajlar rahatlatıcı olabildiği belirtilmiştir (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Kömürcü, 2014; Beji, 2015).

İntra dermal streil su enjeksiyonu: Doğumda bel ağrısını azaltmada kullanılan teknik; sakral bölgede dört ayrı noktaya 0.05- 0.1 ml steril suyun enjeksiyonu esasına dayanmaktadır (Mucuk ve Başer, 2009; Mamuk ve Davas, 2010; Mamuk, 2017). İntradermal steril su enjeksiyon uygulaması; tüm doğumların yaklaşık %15- 74'ünde fetal oksiput posterior pozisyon, ısrarcı asinklitizm, bireysel lumbopelvik özellikler ve uterustan kaynaklanan nedenlerden dolayı oluşan şiddetli bel ağrısını önemli derecede azaltan nonfarmakolojik bir uygulamadır (Yıllar, 2014; Sevil ve Ertem, 2016). Anne ve fetüse zararının olmaması, ucuz, kolay uygulanabilir olması yöntemin avantajlarını oluştururken (Koyucu ve ark., 2018), kısa süreli olması, tekrar gerektirmesi ve sadece bel ağrısında etkili olması dezavantajını oluşturmaktadır (Sevil ve Ertem, 2016; Lee

ve ark., 2017). Ülkemizde intradermal steril su enjeksiyonu ile ilgili çalışmalara baktığımız da aktif faz döneminde tekrarlı uygulamalar ile uygulanan yöntemin doğumda hissedilen bel ağrısının şiddet ortalamalarını düşürdüğünü (Mamuk, 2017; Koyucu ve ark., 2018) ve memnuniyeti arttırdığını belirtmişlerdir (Mamuk, 2017).

Transkutanöz Elektriksel Sinir Stümülasyonu (TENS): Doğum ağrısı ile baş etme tekniklerinden TENS, invaziv olmayan, uygulanan kişinin kontrolünde olan, kapı kontrol ve endorfin teorileri ile etki eden bir uygulamadır (Mamuk ve Davas, 2010; Sevil ve Ertem, 2016). Uzun süre ve kolay kullanılması, işlem bittiğinde etkisinin sona ermesi, anne ve bebeğe zararının olmaması, gebenin kontrolünde olması avantajı iken, pahalı olması, fetal monitörizasyonla birlikte kullanılamaması ve yanlızca doğumun birinci evresinde etkili olması dezavantajlarıdır (Mamuk ve Davas, 2010; Avcıbay ve Alan, 2011; Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016). Yıldız (2003) çalışmasında eylem sürecinde TENS uygulamasının Aktif fazda ağrıyı azalttığını, aktif faz süresini kısalttığı ve kullanan grubun memnuniyetinin yüksek olduğunu belirtmektedir.

Sıcak- soğuk uygulama: Doğumda ağrı ile baş etmede oldukça fazla kullanılan sıcak uygulama doğumun birinci evresinde bel ağrılarını rahatlatmak, ikinci evresinde ise perianal gerginliği azaltmak amacı ile tercih edilmektedir (Mamuk ve Gençalp, 2013; Sevil ve Ertem, 2016). Türkmen (2017)'nin aktif fazda sıcak uygulama yapılan grup ağrı puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu belirtmiştir. Soğuk uygulama veya kriyoterapi doğum ağrısı sırasında gebenin sırtına, göğsüne, yüzüne ve eline uygulanabilmektedir (Kömürcü, 2014). Soğuk uygulama kas spazmını önler, derideki duyarlılığı azaltır, inflamasyonu ve eklem bölgelerindeki gerginliği giderir (Mucuk ve Başer, 2009; Sevil ve Ertem, 2016). Yıldırım (2014) çalışmasında doğumun birinci evresinde L14 noktasına buz uygulaması yapılan gebelerin, kontrol grubuna göre doğum ağrı şiddeti ortalamalarının düşük ve eylem sürelerinin daha kısa olduğunu belirtmiştir (Yıldırım, 2014).

Hidroterapi: Kadının karnını su içinde bırakacak kadar derin ılık su (37.6-37.8C) içine girmesi gevşemeyi arttırır, doğum ağrısını azaltır (Sevil ve Ertem, 2016) (Mucuk ve Başer, 2009; Avcıbay ve Alan, 2011; Kömürcü, 2014; Topçu ve Dişsiz, 2018).

Tuncay ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada hidroterapi alan kadınların doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin daha kısa olduğu, ağrı düzeyinin daha düşük algılandığı sonucuna ulaşılmıştır (Tuncay ve ark., 2017).

Aromaterapi: Bitkisel kaynaklardan (yapraklar, çiçekler, ağaç kabukları, meyveler, kökler) alınmış, konsantre edilmiş uçucu yağların terapötik olarak organizmaya yarar sağlaması üzerine kurulan tedaviye aromaterapi denilmektedir. Uçucu yağlar oda sıcaklığında buharlaştıkları için 'eterik yağ' ya da 'esans' olarak da adlandırılırlar (Bilgiç, 2017). Yağlar deriye masaj yöntemiyle, inhalasyon ve yağların yanması sonucu oluşan kokunun solunması şeklinde uygulanmaktadır (Yıllar Erkek ve Pasinlioğlu, 2016). Doğum sırasında aromaterapi uygulaması; gül, lavanta, adaçayı vb. esansiyel yağlarının travaydaki annenin cildine sürülmesini içerir. Bebeğin inişi ve doğumunun gerçekleştiği ikinci evrede nane yağının güç hissi verdiği, lavanta yağının panik duygusunu azalttığı ve kontraksiyonları güçlendirdiği, yasemin yağının analjezik ve antispazmotik etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Yıllar Erkek ve Pasinlioğlu, 2016).

2.2.4.2.3. Mental uyarılma metotları

Odaklanma ve dikkat dağıtma, hayal kurma: Ortamdan gelen bir uyaran ile gebenin dikkatinin ağrıdan uzaklaştırılması sürecidir. Koridorda yürümek sandalyede oturmak, birileri ile konuşmak, televizyon izlemek, kağıt oyunu oynamak, telefon kullanmak, ibadet etmek kadını meşgul edecek eylemlerdendir (Avcıbay ve Alan, 2011; Kömürcü, 2014). Eylem sürecinde hayal kurma gevşemenin oluşmasında etkili olmaktadır. Kadınların bir kısmı doğum odalarında bulunan sabit bir nesneye odaklanmayı seçerken bir kısmıda kendileri için özel getirdikleri nesneleri seçebilmektedirler (Avcıbay ve Alan, 2011; Sevil ve Ertem, 2016).

2.2.4.2.4. Solunum teknikleri

Kadının dikkati solunum teknikleriyle ağrı anında farklı noktalara yöneltilir (Sevil ve Ertem, 2016). Doğru solunum tekniği kullanıldığında annenin ağrı eşiğini yükseltir,

gevşemesini sağlar, utero - plasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar. Doğum ağrısıyla baş etmede Dick Read ve Lameze olmak üzere iki önemli teknik kullanılmaktadır. Bunlardan Lameze en yaygın kullanılan tekniktir. Lameze Solunum Modeli dört aşamada uygulanır (Yıldırım ve Şahin Hotun, 2003).

İlk düzey (normal solunum): Solunum sırasında sadece göğüs kafesi hareket eder. Nefes burundan alınır ve sıcak yemeği üfler gibi ağızdan nefes verilir. Latent fazın başında uygulanır. (Sevil ve Ertem, 2016).

İkinci düzey (yavaş-derin göğüs solunumu): Her kontraksiyon başında ve sonunda normal solunum yapılır. Nefes burundan alınır ve ağızdan verilir. Nefes alış ve verişlerde yavaş davranılır, yaklaşık 5 saniyede alınır 5 saniyede verilir. Aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kontraksiyonlarla baş etmeye yardımcı solunum tekniğidir. (Sevil ve Ertem, 2016).

Üçüncü düzey (hızlı yüzeysel göğüs solunumu): Bu solunum tipi bir köpek yavrusunun nefes nefese kalması şekline benzetilir. Karın kaslarını kullanmaksızın üst göğüs kaslarını kullanarak nefes alınır ve verme sürecinde "hii" ya da "hoo" sesleri çıkarılır. Her kontraksiyon normal solunum ile başlar, kontraksiyon şiddetlendikçe solunum hızı saniyede yaklaşık iki olucak şekilde arttırılır. Kontraksiyon şiddeti azaldığında solunumda yavaşlar (Sevil ve Ertem, 2016).

Dördüncü düzey (üfleme- abdominal solunum): Pelvik basıncı azaltmada ve ıkınma dürtüsünü gidermede abdominal solunum tekniği kullanılmaktadır. Nefesler ağızdan alınır ve verilir. Nefes verme sırasında sanki mum üfler gibi hava dışarı verilir. Solunuma altı kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme şeklinde başlanır. Kontraksiyonlar şiddetlendikçe oranda düşürülür (Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016).

Ikınma teknikleri: Doğum eyleminin birinci evresinin tamamlanmasının ardından fetal başın iskial spinaları geçip pelvik taban sinir pleksuslarını uyarması sonucunda ferguson refleksini oluşturur. Ferguson refleksi ile ıkınma isteği oluşmaktadır. Doğum eyleminin bu aşamasında anne uygun ıkınma teknikleri kullanarak bebeğin inişine yardımcı olur (Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

Açık Glotis (Spontan) Ikınma: fergusan refleksinin uyarılması ile kadınlarda spontan ıkınma isteği uyanır. Bu istekle kadın, uterus kontraksiyonları sırasında 3-5 kez ve 5 saniye süreyle nefes vererek ıkınır. Ikınma sırasında ses çıkarabilir. Kapalı glotis ıkınmaya göre daha az enerji gerektirir (Yıldırım, 2005; Genç Koyucu ve Demirci, 2016; Arslan Özkan ve Bilgin, 2019).

Kapalı Glotis (Valsava Tipi) Ikınma: Valsava tipi ıkınmada kadına kontraksiyonlar sırasında direktifler verilerek ıkınma süreci gerçekleşir. Kontraksiyon başında güçlü bir nefes alınması, nefesin tutularak kontraksiyon süresince kadının ıkınması istenir (Arslan Özkan ve Bilgin, 2019). Doğum eyleminin ikinci fazını kısaltır (Genç Koyucu ve Demirci, 2016).

2.3. Doğum Desteği ve Türleri

Doğum eylemi, kadınlar için fiziksel, zihinsel ve duygusal sonuçları olan özel bir deneyimdir (Barnett 2008; Khresheh, 2010; AWHONN, 2011; Rahimparva ark., 2018).

Doğum deneyimi sırasında kadınlar tanımadığı ortamda bulunma, mahremiyetini koruyamama ve doğum eylemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmama ve anlayamama gibi nedenlerle korku, endişe ve anksiyete yaşamaktadırlar. Kadınların doğum eylemi ile baş etmeleri ve sağlıklı bir doğum deneyimi yaşayabilmeleri için destek almaya ve önemsendiklerini hissetmeye ihtiyaçları bulunmaktadır (Karaçam ve Akyüz, 2011). Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadına kontrolün kendisinden olduğu duygusunu hissettirebilir, doğum ağrısı ile baş etmesini geliştirebilir ve olumlu bir deneyim yaşamasını sağlayabilir (Chen ve ark., 2001; Adams ve Bianchi 2008).

Doğum eyleminde hemşire/ ebeler tarafından verilen destekleyici bakımın amacı; gebenin bakım gereksinimlerini desteklemek, riskleri erken dönemde fark etmek, diğer ekip üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, gebenin ağrı ile baş etmesini, sürece dahil olmasını sağlayarak olumlu doğum deneyimi yaşamasını sağlamaktır (Gençalp, 1998).

Kadınlara doğumda olumlu bir doğum deneyimi sağlamak için kaliteli bir hemşirelik bakımı verilmesi (Adams ve Bianchi 2008) ve hizmet sunucuların kendilerini doğum desteği ile ilgili konular da sürekli yenilemeleri önemlidir (Gençalp, 1998). Doğum eylemi sırasında verilen hemşirelik bakımlarından anne ve bebeğin monitörizasyonu, sıvı izlemi, damaryolu açma gibi uygulamalar klinik bakımı oluştururken, duygusal- fiziksel rahatlığı sağlama, savunuculuk ve bilgilendirme gibi uygulamalarda destekleyici hemşirelik bakımını oluşturmaktadır (Gale ve ark. 2001; Bianchi ve Adams, 2004).

AWHONN (2011) doğum eyleminin iyi yönetilebilmesi ve olumlu sonuçlar alınabilmesi için hemşireler tarafından sürekli desteklenmesinin önemli bir bileşen olduğunu vurgulamaktadır.

2.3.1. Doğum desteği türleri

Literatürde doğum sürecinde verilen destekleyici bakım farklı yazarlar tarafından farklı biçimlerde gruplanmaktadır.

Sauls (2006) doğum desteği için;

- Somut destek,
- Duygusal destek-güven verme,
- Duygusal destek-kontrol gizlilik ve rahatlık,
- Duygusal destek-hemşirelik bakım davranışları ve
- Bilgi desteği olmak üzere altı boyut belirlemiştir (Uludağ ve Mete, 2014).

Hodnett (1996) beş tip destekleyici bakım belirlemiştir. Bunlar;

- Duygusal destek,
- Rahatlık,
- Bilgi ve öneri,
- Savunuculuk,
- Eş ya da partner desteğidir (Hodnett 1996; Adams ve Bianchi, 2008).

Gale ve ark. (2001) ve Bianchi ve Adams (2004) ise destekleyici bakım alanlarını;

- Fiziksel rahatlık,
- Duygusal destek,

- Bilgilendirme ve
- Savunuculuk olarak dört grupta toplamıştır (Karaçam ve Akyüz, 2011; Uludağ ve Mete, 2014).

Fiziksel destek: Doğum eylemi süresince sağlanan fiziksel destek doğum sürecini geliştirir ve olumlu doğum deneyimini arttırır. Fiziksel destek rahatlatıcı bakım ve klinik beceri ve uzmanlık olarak iki aşamadan oluşmaktadır (Sleutel 2003).

Rahatlatıcı bakım; ebe ve hemşirelerin doğum eyleminde hazır bulunma, bakım verme ve eğitim yapma faaliyetlerini kapsamaktadır (Karaçam ve Akyüz, 2011). Fiziksel desteğin; kadının su yudumlamasını ve ılık bir duş yapmasını sağlamayı, müzik dinletmeyi, kadına farklı pozisyonlar vermeyi, soğuk ve sıcak uygulama yapmayı, dokunmayı (masaj, elinden tutma), odanın ısısının ve ışığının ayarlanmasını, hijyenin sağlanmasını, isteklerin karşılanmaya çalışılmasını, ortamın temizliğinin sağlanmasını, rahat etmesinin sağlanmasını içerdiği belirtilmektedir (Sleutel 2003; Adams ve Bianchi, 2008; Uludağ ve Mete 2013).

Tumblin ve Simkin (2001)'in çalışmasında; kadınların %29'nun rahatlatıcı bakım veren ebe/ hemşirelerin girişimlerini onayladıkları, bu girişimleri " beni rahatlatmak için her yolu denedi, bazı uygulamalarla (örn: buz uygulaması) rahatlamama yardımcı oldu, rahatlatıcı teknikleri kullanabilmem için bana yol gösterdi, yürümeme yardım etti ve ağrımı mümkün olduğunca azaltmaya çalıştı." şeklinde tanımladıklarını belirtmektedir.

Klinik Beceri ve uzmanlık; kadınların güvenli bir şekilde doğum yapabilmeleri için ebe ve hemşirelerin sahip olmaları gereken mesleki bilgi ve becerilerdir (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Chen ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, kadınların % 76'sının doğum eyleminde ebe ve hemşirelerin öykü alma, doğum eyleminin ilerleyişini ve yaşam bulgularını izleme, intravenoz sıvı uygulama, doktor istemi ile verilen tedaviyi uygulama, lavman yapma ve bebeğe bakım verme gibi profesyonel uygulamaların kendilerini güvende hissetmelerini sağladığını ifade ettikleri bildirilmektedir.

Duygusal destek: Doğum sürecinde duygusal destek kadında güvenlik, rahatlık, önemsenme ve kontrol hissi oluşturmaktır (Karaçam ve Akyüz, 2011; Uludağ ve Mete, 2014).

Doğum yapan kişiyi etkin dinleme, empati kurma, saygı gösterme, güven sağlama, cesaretlendirme, takdir etme, ulaşılabilir olma, bakım verme, olumlu düşüncelere odaklama, kaygıyı azaltma, terapotik mizahı kullanma, spirütüel bakım sağlama duygusal desteğin içeriğini oluşturmaktadır (Hodnett, 1996; Adams ve Bianchi, 2008; Mamuk, 2017).

Dağlar ve Güler (2004)'in doğum anında kadınların ebelerden bekledikleri davranışları belirledikleri çalışmalarında, kadınların sorularına yanıt verilmesini, saygıyla davranılmasını, doğumda cesaretlendirilmeyi ve desteklenmeyi beklediklerini belirtmişlerdir (Dağlar ve Güler, 2004).

Kızılkaya (1997) çalışmasındaki kadınların en yararlı buldukları hemşirelik destek davranışlarını; "Bakım verirken sakin ve kendinden emin görünüyordu, bana saygılı davrandı, emniyette olduğum duygusunu verdi, nefes alıp verirken/ gevşerken bana yardım etti" diye olarak ifade etmişlerdir (Kızılkaya, 1997).

Duygusal destek olumlu düşünmeyi sağlamakta ve anksiyete, korku hissini azaltmaktadır (Adams ve Bianchi, 2008).

Bilgilendirme desteği: Bilgilendirme Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "bilgilendirmek işi, bir konuda özet olarak verilen bilgi veya açıklama, brifing" olarak tanımlanmaktadır (http://sozluk.gov.tr/15.05.2017). Eğitim ise daha geniş kapsamlı olarak kişinin kendi yaşantısı yoluyla, kasıtlı olarak istendik yönde davranış değişikliği meydana getirme sürecidir (Ulusoy Gökkoca, 2001).

Belirli bir amaca yönelik olarak planlanmış öğretme – öğrenme sürecini, etkin iletişim ve etkileşimi kapsayan hasta bireyin eğitimi, bilimsel dayanaklara temellendirilmeli, sorun çözümleyici olmalı ve dinamik bir yapı sergilemelidir. Sağlıkla ilgili eğitim etkinlikleri yalnızca bilgi aktarımı olmayıp; sağlık bakımına ilişkin doğru kararların alınmasını, sağlıklı yaşamı ve hastalık halinde iyileşmeyi destekleyen davranış değişikliklerinin kazanılmasını amaçlar (Taşocak, 2012). Bilgilendirme ise önerilen tanı, tedavi ve bakım girişimlerine yönelik hastanın, her bir girişimin olası risk ve yararları, girişim seçenekleri, sonuçları vb. konular ile ne zaman,

nerede, nasıl ve kim sorularının, yanıtlanmasına ilişkin yapılan açıklamaları içerir (Orgun, 2010; Tohumat, 2016). Sağlık alanında en fazla bilgilendirme ve sağlık eğitimi gereksinimine ihtiyacı olan kişiler kronik, kalıtsal hastalıklara sahip bireyler, engelliler ve gebelerdir.

Ülkemizde gebeler 1960'lı yıllarda 224 sayılı sosyalizasyon yasası gereği sağlık ocaklarında evlerde hem takipleri yapılır hem de eğitim verilirdi. Bu eğitimler o dönemlerde bilgilendirme şeklinde gerçekleşmekte idi. Gebe eğitim kavramı sadece gebe kadınlara, gebelik döneminde yapılması gerekenlere yönelik bilgi aktarımı olarak anlaşılmaktadır (Okumuş ve ark., 2015). Gebeye verilen sağlık eğitiminin bakıma ve sağlığa olumlu etkileri oldukça fazladır. Bu nedenle geçtiğimiz yüzyılın başlarında anne ve baba adaylarının eğitimlerinin formal ve sistematik bir biçimde yapılması için Doğuma Hazırlık Sınıfı (DHS) açılmıştır (Serçekuş ve Yenal, 2015). DHS hem anneyi hem de babayı gebelik, normal doğum ve ebeveynliğe psikolojik ve fiziksel yönlerden hazırlayan, anne-baba adaylarının etkileşim içinde grup eğitimi şeklinde uygulanan bir eğitimdir (Okumuş ve ark., 2015). DHS'nın açılmasından bugüne dünyanın pek çok ülkesinde hastanelerin bünyesinde ya da özel olarak açılan sınıflar bulunmaktadır (Serçekuş ve Yenal, 2015).

Doğuma hazırlık eğitimi temelleri ülkemizde 1980 yılında atılmaya başlamış (Serçekuş ve Yenal, 2015) olup 2014 yılı "Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanmış olan 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi"ile birlikte 1. ve 2. basamakta hizmet veren sağlık kurumlarında hızla yaygınlaşmaya başlamıştır (Esencan ve ark., 2018). Doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaşması anne ve bebek sağlığı için önemli bir gelişme olmakla birlikte bu sınıflarda verilen eğitimin içeriğinin standart olmaması, eğitimi veren kişinin niteliğine göre değişiklik göstermesi ve katılım oranlarının istendik düzeyde olamaması gibi sorunlar bulunmaktadır (Serçekuş ve Yenal, 2015).

Yapılan çalışmalarda Doğum Hazırlık Sınıflarının gebeleri bilgilendirmede yeterli olmadığı gebelerin diğer bilgi kaynaklarından (televizyon, kitap/dergi ve sosyal çevrelerindeki kişilerden) bilgi alımlarının daha fazla olduğunu belitmektedirler (Özbaşaran ve Yanıkkerem, 2004; Gürel ve ark., 2006). Bu nedenle gebelerin çoğu doğum ve doğum süreci ile ilgili profresyonel bir eğitim desteği alamadan doğum için

doğumhaneye kabul edilmektedirler. Bu yüzden Doğuma Hazırlık Eğitimi almayan kadınların doğum sürecine yönelik bilgilendirme desteğine gereksinimleri ortaya çıkmaktadır.

Çiçek (2016) araştırmasında travaydaki gebelerin doğum süreci, doğum zamanı ve doğum yapılan ortam konularında bilgi gereksinimleri olduğunu belirtmiştir. Bilgilendirme desteği gebenin travayda sürecinde doğum eylemini anlamasını ve baş etme ile ilgili bilgi edinmesini sağlamayı amaçlar (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Campero ve ark. (1998) çalışma sonuçlarına göre vajinal doğum yapmak için doğumhaneye gelen kadınlar zaman algılarını kaybetmekte, doğum süreci, yapılan rutin işlemler ve vajinal muayene bulguları hakkında bilgilendirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Doğum sürecinde bu konularda bilgi alan kadınlar doğum sürelerinin daha kolay geçtiğinden söz etmektedir (Campero ve ark., 1998).

Bilgi desteğinin içeriğinde; etkili iletişim teknikleri kullanarak,

- Kişinin durumu,
- Doğum süreci,
- Farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrıyı azaltma yöntemleri,
- Rutin hastane protokolleri hakkında bilgi verme;
- Yapılan işlemler, muayene ve sonuçları hakkında açıklama yapma;
- Yol gösterme ve problem çözücü önerilerde bulunma ve baş etmesine yardımcı olma; Solunum, gevşeme ve ıkınma tekniklerini öğretme yer almaktadır (Simkin 2002; Sleutel 2003; Barnett 2008; Karaçam ve Akyüz 2011; Mamuk, 2017).

Bilgisizlik bireyde bilinmezliğe, bilinmezlikte korku ve endişeye yol açar (Dağlar ve Güler, 2004) Kadınların doğum eylemi sürecinde bilgilendirilmesi ve onlara önerilerde bulunulması anksiyetelerini, yalnızlıklarını ve gerginliklerini azaltmakta, beden imajlarını korumakta, potansiyel güçlerini arttırmakta ve eylemle baş etmelerini kolaylaştırmaktadır (Sleutel 2003; Karaçam ve Akyüz, 2011).

DSÖ' nün 2018 Pozitif doğum önerilerin de sağlık bakım profesyonelleri ile doğum yapan kadınlar arasında, basit ve kültürel olarak kabul edilebilir yöntemler

kullanılarak etkili iletişim kurulması önerilmektedir. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin:

- Bakım alacak kadına ve yakınlarına kendini tanıtması ve kadına ismiyle hitap etmesi,
- Kadına ve ailesine ihtiyaç duydukları bilgileri açık, öz ve anlayabilecekleri şekilde sunması, tıbbi dilden kaçınması, gerektiğinde resimsel ve grafik materyalleri kullanması,
- Kadının ihtiyaçlarına, tercihlerine ve sorularına olumlu bir tavırla saygı göstermesi ve cevap vermesi,
- Kadının ihtiyaçlarını ve tercihlerini ifade etmesini teşvik etmesi, bir tercihi olduğunda bunu anlayışla karşılaması ve desteklemesi,
- Prosedürleri kadına ve ailesine açıklanması, pelvik muayeneler ve diğer prosedürler için sözlü ya da uygun olduğunda yazılı bilgilendirilmiş onam alınmasını sağlaması,
- Kadının travay ve doğum sırasında nasıl iyi desteklenebileceği konusunda net açıklamalar yapması ve bu bağlamda etkileşimde bulunması,
- Sağlık sistemleri açısından da doğumda bakım veren sağlık profesyonellerinin kişilerarası iletişim ve danışmanlık becerilerinde yetkinlik için ulusal standartlara göre eğitilmesinin gerektiği belirtilmektedir (WHO, 2018; Yıldız, 2019).

Tumblin ve Simkin (2001) kadınların %24'ünün doğum eylemi boyunca ebeler ve hemşirelerin yaptığı bilgilendirmeyi yararlı bulduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada, kadınların doğum eylemi süresince bilgilendirme desteği sağlayan ebe/hemşirelerin doğumdaki desteklerine yönelik uygulamalarını "benim soru sormama izin verdi ve tüm sorularımı yanıtladı, solunum ve rahatlama tekniklerini kullanmamı sağladı, doğum eyleminin ilerleyişi hakkında beni bilgilendirerek korkularımı azalttı, bana yardımcı olacak önerilerde bulundu, doğumun ne zaman başlayacağını anlattı ve ıkınmama yardım etti" şeklinde tanımladıkları bildirilmektedir.

Ebe/Hemşire, doğum eylemini arzulanan bir deneyime dönüştürmede ve kadınların doğum eyleminde bulunmaya yardımcı olarak, destekleyerek, teselli ederek

ve güvence altına alarak ve onları fiziksel aktiviteler yapmaya teşvik ederek sezaryen doğum oranını azaltmada kritik bir rol oynayabilir. Akbarzadeh ve ark. (2014)'nın deneysel üç grup (destekleyici bakım, aküpressür, kontrol) üzerinde yürüttükleri çalışmada destekleyici bakım alan grubun ve aküpresür uygulanan grubun ağrı şiddeti değerlerinde uygulama sonrası anlamlı derecede fark olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca aynı çalışma sonuçlarında destekleyici bakımın en yüksek vajinal doğum oranına sahip olduğunu da belirtmişlerdir (Akbarzadeh ve ark., 2014).

Doğum eyleminde kadına destekleyici bakım veren ebe/hemşireler doğum ağrısının başlangıcı, nedenleri ve ne zaman sonlanacağını anlatarak, kadını doğuma ve doğumun ilerleyişine adapte ederek onların baş etme yeteneklerini arttırabilirler (Sleutel 2003).

Chen ve ark. (2001)' nın doğum sırasında hemşirelik davranışlarını inceledikleri niteliksel çalışmada ebe ve hemşireler kadınlara ıkınmayı, alternatif doğum pozisyonlarını ve solunum tekniklerini öğretmişler, sürekli bakım sağlamışlar, doğum eyleminin ilerleyişi, yapılan işlemler, anne ve fetüsün sağlık durumu, fetal monitörizasyon ile ilgili bilgi vermişlerdir. Bu çalışmada kadınların %86'sının bu girişimleri yararlı buldukları ve doğumlarını kolaylaştırdığını ifade ettikleri bildirilmektedir.

Şaşmaz (2015)' in travay sürecinde verilen destekleyi hemşirelik bakımının doğum korkusu üzerine etkisini incelediği çalışmasının sonucunda; travay sürecindeki gebelere ağrı anında %39.3'üne solunum tekniği, %3'üne sakral masaj, %5'ine müzik dinletme ve %14'üne dikkatini odaklama yöntemlerinin uygulandığını, bilgilendirme desteğine yönelik olarakta gebelerin %42.7'sine yaşam bulguları, %16.3'üne doğum süreci hakkında bilgi verildiği belirtmiştir (Şaşmaz, 2015).

Savunuculuk: Hastayı korumayı, ihtiyaçlarını anlamayı, mahremiyetine saygı duymayı ve sağlık bakımıyla ilgili seçimleri yapmasına yardımcı olmayı kapsamaktadır (Uludağ ve Mete, 2014). Savunuculuk, kişinin kendi gereksinimlerini ve ihtiyaçlarını ifade edemediği durumlarda onun sesi olmayı gerektirir (Karaçam ve Akyüz, 2011)

Ebe/ hemşirelerin doğum eylemindeki savunuculuk desteği sağlayan davranışları;

- *Saygı gösterme*; önceliği sağlama, koruma (orta düzeyde olmalı), bilgi verme, yargılayıcı olmadan bakım verme, haklarını koruma, iletişimde saygılı davranma vb.
- *Güvenliği sağlama*; fiziksel ve duygusal güvenliği sağlama, kadını olumlu ve olumsuz duygularını ifade etmesi için destekleme vb..
- *Kadının doğum eylemine yönelik beklentilerini bilme*; isteklerini dinleme, korku, anksiyete ve gereksinimlerini ifade etmesi için cesaretlendirme, anneye tercihlerini düşünmesi ve belirlemesi için zaman ayırma, doğumu planlamada bilgilendirilmiş tercih yapmasına yardım etme vb.
- *Problem çözme davranışlarını destekleme*.
- *Eşin beklentilerini belirleme*, saygı gösterme, kadın için savunucu olmasını destekleme (Bianchi 2008; Karaçam ve Akyüz, 2011).

Doğum desteği uygulama süresine göre gruplama yapıldığında literatürde karşımıza üç tip doğum desteği çıkmaktadır:

Sürekli doğum desteği: Doğum süresinin %80'inden fazla süre hemşire/ebe tarafından bakım aldığı (NICE, 2007), hemşire/ebenin 20-30 dakikayı geçmeyecek şekilde planladığı kişisel ihtiyaç molaları dışında doğumun başından sonuna kadar gebeyle birlikte olduğu (Payant vd., 2008) destek türüdür (Çiçek, 2016).

Sürekli doğum desteği verilen gebelerde;

- Doğum ağrısı ve oksitosin kullanımının (Zhang ve ark., 1996),
- Forsepsle doğum oranının (Hodnett vd., 2013),
- Sezaryen doğum oranının (Kashanian vd., 2010; Hodnett vd., 2013)
- Analjezi kullanımıın azaldığı(Hodnett vd., 2013),
- Doğum deneyiminden memnuniyetin arttığı (Hodnett vd., 2013) ve
- Doğum sürelerinin kısaldığı literatürde belirtilmektedir (Kashanian vd., 2010; Akbarzadeh vd., 2015).

Sürekli birebir doğum desteği: Bir hemşire/ebeye bir gebe olucak şekilde, her dört saatte bir 10'ar dakikalık mola ile birlikte 20 dakikalık yemek arası dışında gebeye destek verilmesi olarak tanımlanmaktadır (Çiçek, 2016).

Aralıklı doğum desteği: Gebenin fizyolojik ihtiyaçları ve yalnız kalmak istemesi haricinde de yalnız bırakılması "aralıklı doğum desteği"ni tanımlamaktadır (Scott ve

ark., 1999). Doğum desteğinin doğum süresi boyunca %40'ı olacak şekilde uygulanması "aralıklı doğum desteği" olarak kabul edilmiştir (Çiçek, 2016). Ülkemizde giderek artan doğum oranları, doğumhanelerde kısıtlı personelin çalışması ve ebe/ hemşirelerin hasta bakımı dışındaki işlere öncelik vermesi (Kızılkaya, 1997; Karaçam ve Akyüz 2011) nedeniyle sürekli doğum desteğinin uygulanamadığı yapılan çalışmalar sonucunda belirtilmektedir. Bu koşullarda sürekli doğum desteği yerine duygusal ve fiziksel destek, savunuculuk ve bilgilendirme girişimlerinin doğum süresinin %80'inden az bir zamanda verildiği aralıklı desteğin tercih edilmesinin daha uygulanabilir olduğu düşünülmektedir. Böylelikle yetersiz sağlık personeli daha etkin kullanılmış olup, gebelerinde doğum desteğinin olumlu yönlerinden yararlanmaları sağlanmış olacaktır.

2.3.2. Destekleyici Bakımın Doğum Eylemine, Anne ve Bebek Sağlığına Etkisi

Doğum eyleminde verilen sürekli desteğin doğum eylemine, anne ve bebek sağlığına birçok olumlu etkisi bulunmaktadır.

Anne sağlığı üzerine olumlu etkileri;

- Anne doğumdan sonra daha az yorgunluk hisseder,
- Anne-bebek etkileşimi daha iyidir,
- Annenin kontrol hissi daha fazladır,
- Anneliği daha çok "kolay" olarak algılar,
- Doğum süreci ile daha iyi baş ettiklerini bildirirler,
- Benlik saygısı yüksektir,
- Doğum sonrası altıncı haftada postpartum depresyon ve anksiyete oranı daha azdır (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Bebek sağlığı üzerine olumlu etkileri;

- Beşinci dakikada APGAR skorunun 7'nin altında olma olasılığı daha azdır,
- Anne-bebek etkileşimi daha iyidir (anneler bebeklerine daha fazla gülümserler ve bebekleri ile daha fazla konuşurlar),
- Yenidoğanın yoğun bakım ünitesine alınma oranında azalma
- Hastanede kalma süresinde azalma söz konudur.

Doğum eylemi üzerine olumlu etkileri;

- Doğum eyleminin süresini kısaltır,
- Sezaryen ile doğum oranını azaltır,
- Oksitosin kullanımını azaltır,
- Perinatal komplikasyonların görülme sıklığını azaltır,
- Analjezi/anestezi kullanımını azaltır,
- Epizyotomi uygulanma ve perineal travma oranını azaltır,
- Alternatif doğum pozisyonlarının kullanımını artırır,
- Amniotomi yapılma oranını azaltır,
- Vakum/forseps kullanım oranını azaltır ve
- Annede fiziksel rahatsızlık (yüksek ateş gibi) görülme oranını azaltır (Karaçam ve Akyüz, 2011)

2.4. Doğumun Kadın Tarafından Algılanışı

Doğum deneyiminin bireyler tarafından iyi ya da kötü olarak değerlendirilmesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Literatürde kadınların doğum algısını ve deneyimini etkileyen faktörlerin;

- Kişilik özellikleri,
- Öz etkililik ve anksiyete düzeyi,
- Eğitim düzeyi,
- Doğum hakkındaki bilgi düzeyi,
- Daha önce doğum deneyimi,
- Stresle baş etme şekli,
- Ağrı eşiği,
- Sosyal destek,
- Doğum eylemine yönelik algısı ve
- Kadının kendi sağlığı olduğu belirlenmiştir (Kömürcü, 2014).

Kadınların doğum algısını etkileyen önemli faktörlerden biri de doğum salonunda görevli ebe/hemşirenin yaptığı bakımdır (Kömürcü, 2014).

Kadınının doğum algısını doğum sürecinde verilen hemşirelik bakımı etkilemektedir. Ebe/Hemşirenin olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kalan annelerin, travmatik bir doğum deneyimlediklerini ve olası bir sonraki doğum şeklini vajinal yolla yapmak istemediklerini ifade etmektedir (Yılmaz ve Nazik, 2018).

Doğum salonlarında çalışan ebe ve hemşirelerin en önemli görevleri doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla sonuçlanmasını sağlamaktır. Özellikle doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasına etkisi olduğu da bilinmektedir (Göncü Serhatlıoğlu ve Karahan, 2018).

Eğitim seviyesi arttıkça doğum sürecinde görevli sağlık personelinden beklentilerin arttığı, doğumla ilgili daha fazla araştırma yapıp, kitap okuduğu dolayısıyla bu faktörlerin annenin farkındalığını arttırdığını bunun sonucunda beklenti dışı sunulan sağlık bakımının doğum sürecini olumsuz algılamalarına neden olduğu belirlenmiştir. Yine eğitim seviyesi arttıkça anneler daha ileri yaşlarda gebelik sürecini yaşamakta ileri yaş risk faktörü olduğu için annenin doğum algısını olumsuz etkilemektedir (Yılmaz ve Nazik, 2018).

İlk gebeliği olan kadınların doğum sırasında yaşayabilecekleri durumları yeterince bilmediği ve daha önce doğum deneyimledikleri için daha önceden doğum deneyimi olan kadınlara göre doğum sürecinde daha yüksek oranda doğum korkusu ve acısı yaşadıkları belirlenmiştir (İpek, 2014).

Mukamiro ve ark.(2017)'ın Ruanda da doğum sonu birinci yılında olan 921 kadınla yaptığı çalışmada doğum esnasında görevli ebe/hemşirenin psikolojik destek sağlaması, güven ortamı oluşturması anneyi durumla ilgili bilgilendirmesi ve ten tene temasın annenin doğumu algılayışını olumlu etkilediğini belirlemiştir (Mukamurigo ve ark., 2017).

Sigurdardottira ve ark. (2017) doğum yapan kadınlarla yaptığı çalışmada doğum esnasında sağlık personelinin ve sosyal desteğin, annenin ihtiyaçlarının farkında olmaları ve güvenli doğum ortamı sağlamaları kadınların doğumu olumlu bir deneyim olarak algılamalarını sağladığını belirtmişlerdir.

2.5. Doğum Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti; hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır (Özcan ve Arslan, 2015).

Doğumda memnuniyet kavramı; en genel anlamıyla annenin doğum eylemi süresince beklentilerinin karşılanması olarak tanımlanabilir. Her annenin doğum beklentisi birbirinden farklıdır. Aynı zamanda her anne için memnuniyette farklı özelliklere göre değişir (Ünal, 2017).

Annenin doğumdaki memnuniyeti, perinatal hizmetlerin değerlendirilmesinde bir kalite ölçütü olarak değerlendirilmektedir (Aktaş, 2014).

Annelerin doğum deneyimlerini olumlu veya olumsuz değerlendirmeleri kişisel, kurumsal birçok faktöre ve doğum desteğinin verilmesine bağlıdır.

Literatürde anne memnuniyetini etkileyen etmenleri inceleyen çalışmalara bakıldığında;

- Sosyo-demografik-obstetrik özellikler,
- Doğum hizmetlerinin organizasyonu, beklentiler ve doğum planı,
- Doğum öncesi hazırlık durumu,
- Sağlık personeli ile iletişim,
- Mahremiyete saygılı bakım sunumu,
- Tıbbi tedavi ve girişimler, hemşirelik bakımı ve emosyonel destek,
- Bilgilendirme,
- Ağrı kontrolü,
- Alınan kararlara katılım durumu,
- Doğuma katılan kişilerin tutumu,
- Bebekle iletişim ve bebek bakımı,
- Postpartum bakım,
- Bakımın sürekliliği,
- Erken taburculuk memnuniyeti etkileyen faktörler olarak belirtilmişlerdir (Kömürcü, 2014; Göncü Serhatlıoğlu ve Karahan , 2018).

Antenatal dönemde doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğumlarına daha aktif katılım gösterdiği bunun sonucunda doğumdan memnuniyetinin arttığı belirtilmektedir (Coşar ve Demirci 2013; Göncü Serhatlıoğlu ve Karahan , 2018).

Doğum sonu erken dönemde anne bebek ilişkisinin başlatılması doğumda memnuniyeti arttıran bir diğer faktördür (Göncü Serhatlıoğlu ve Karahan , 2018). Essa ve İsmail (2015)'te İran'da yaptıkları çalışmalarında ten tene temas uygulanan grupta doğumdan memnuniyetinin uygulanmayan gruba oranla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Bozkurt (2013) Van'da yaptığı çalışmasında lohusaların gebeliği isteme durumu ile sağlık ekibini algılayışı, kararlara katılımı ve beklentilerinin karşılanması arasında anlamlı fark olduğunu gebeliği isteyenler ile istemeyenler arasında sağlık ekibinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir.

Doğum sürecinden memnuniyet hem kadının hem de bebeğinin sağlığı ve olumlu aile ilişkileri açısından önemli bir konudur. Güngör (2009)'ün çalışmasında belirttiği üzere; olumsuz bir doğum deneyimi anne- bebek bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları, postpartum depresyon, postravmatik stres bozukluğu, sonraki doğumlarda sezaryen doğum tercihinde ve kürtaj talebinde artış, cinsel problemler, bebeklerin bakımında ihmal ve istismara neden olabilmektedir.

Günümüzde;

- İndüksiyon, epidural analjezi-anestezi gibi tıbbi uygulamaların doğumda yaygın kullanılması,
- Ayrı doğum merkezlerinin oluşması,
- Profesyonel ebelerin katıldığı evde/suda doğum oranlarının artması,
- Hastanelerde tek kişilik odalarda annelerin bakım almasının yaygınlaşması,
- Sezaryenle doğum oranlarındaki artış doğumun ve
- Verilen tıbbi bakım ile ebelik/ hemşirelik bakımının yapısını değiştirmiştir.

Bu değişimler; annelerin doğum hikâyelerini, doğumunu ve doğumundaki memnuniyet algılamalarını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemiştir (Aktaş, 2014; Ünal, 2017).

Özcan ve Arslan (2015)'ın belirttiğine göre; Yanıkkerem ve ark. (2010) anne memnuniyetini inceledikleri çalışmalarında; Doğum normal doğum yapanların %65,6'sı doğum sürelerinin tahmin ettiklerinden uzun olduğu, %85,5'i doğum olayının tahmin ettiklerinden ağrılı olduğunu ve % 83,3'ü aldıkları hizmetten memnun olduklarını belirtmişlerdir (Özcan ve Arslan, 2015).

Ünal (2017), çalışmasında annelerin doğum eyleminde aldıkları doğum desteği arttıkça doğumdan memnuniyet düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

2.6. Doğumda Verilen Destekleyici Bakımı Algılamada ve Memnuniyeti Sağlamada Hemşirenin Bakımının Önemi

Doğum eylemi sürecini kadının sağlıklı ve mutlu bir deneyim olarak algılaması ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesi için gereksinimlerinin karşılanmasına yeterli ve nitelikli hemşirelik bakım almasına ve değer gördüğünü hissetmeye ihtiyacı vardır. Doğum sürecinde hemşirelik bakımının amacı gebe kadının ve ailesinin sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek olmalıdır (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Doğum eylemi süresince verilen profesyonel bakım ve desteğin kadının doğum ağrısı ile baş etmesini geliştirebileceği ve olumsuz deneyim yaşamasını önleyebileceği belirtilmektedir (Karaçam ve Akyüz 2011; Okumuş ve Mete 2014).

Doğum yapan kadınlara bakım veren sağlık profesyonelleri, doğumun fizyolojik sürecine saygı duymak ve desteklemek zorundadırlar. Bakım veren sağlık profesyonelleri tarafından yargısız, destekleyici bakım davranışları;

1. Kadın tercihlerine saygı gösterme
2. Onun isteklerini yerine getirmesine yardımcı oluma
3. Onun adına diğer sağlık hizmeti sunucularını savunmadır (Ondeck, 2014).

Kızılkaya(1997)' in belirttiğine göre Field hemşirelik/ebelik bakımının, kadınların doğumla ilgili memnuniyet durumlarını etkileyen anahtar unsur olarak bildirmiştir.

- Sunulan bakımın bireye özgü olduğunu hissettirme,

- Saygı gösterme,
- Gerçekçi olma,
- Ebeveynleri cesaretlendirme,
- Anne adayına övgüde bulunma,
- Odaklanmasına / hayal kurmasına yardımcı olma,
- Arkadaşça davranma,
- Bilgi verme ve soruları cevaplandırma
- Bakımın sürekliliğini sağlama gibi davranışları yararlı hemşirelik davranışları olarak belirtmiştir (Kızılkaya, 1997).

Çankaya ve ark.(2014) tarafından yapılan çalışmada, doğumda kadınların 'saygı görme' beklentisinin birinci sırada yer aldığı, sonrasında güler yüzlü, ilgili, etkin dinlendiği, güvenilir bakım almak istediklerini belirtmektedirler.

Hemşirelerin kadınların doğuma ilişkin korkularını ve kaygılarını azaltarak, onları doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin doğum sürecindeki kadına en yakın ve ilişki kurabilecek konumda olması sebebiyle verdiği sürekli desteğin önemi artmaktadır (Göncü Serhatlıoğlu ve Karahan, 2018).

Yılmaz ve Başer (2017) normal doğum yapan annelerde doğum deneyimi, doğum eylemi ve doğum sonu dönemde hasta merkezli yaklaşımla annelerin kendisi ve bebeğiyle ilgili bakım gereksinimleri / beklentilerinin hemşire tarafından birebir karşılanmasının annelerin memnuniyetini ve doğum deneyimini olumlu algılamalarını sağladığını ortaya koymuştur (Yılmaz ve Başer, 2011).

Sürekli hemşirelik bakımını sağlamada doğumhanelerin karmaşık yapısı, yoğun iş sirkülasyonu, hizmet veren personelin eğitim-nitelik farklılıkları ve uygulanan yanlış bakım politikalarından dolayı her kadına eşit ve sürekli sunulamamaktadır (Barrett ve Stark, 2010).

Doğumda sürecinde verilen desteğin olumlu etkilerinin bilinmesine rağmen, çalışma koşulları, doğumhane ortamı, az sayıda personel, sağlık profesyonellerinin de destek konusunda bilgi düzeylerinin yetersizliği gibi sebeplerden istendik düzeyde yapılamamaktadır. Son yıllarda tüm dünyada kadınlarda doğuma yönelik korku ve endişe nedeni ile isteğe bağlı sezaryen artışı olduğu da birçok çalışma sonucunda

vurgulanmıştır (Atan ve ark., 2013; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Potur ve ark. 2017). Bu sebeple doğumda desteğe yönelik uluslararası litaratür incelendiğin de yararlarına yönelik araştırmalar (Dahlberg ve Aune, 2013; Borders ve ark., 2013; Wang ve ark. 2018) ve meta analiz çalışmalarında artış görülmektedir (Hodnett ve ark. 2013; Bohren ve ark. 2017; Lunda ve ark. 2018). Ülkemiz literatürün de ise doğum destekleyici bakıma yönelik doğum sonu dönemde görüş alma şeklinde tanımlayıcı (Kızılkaya 1997), travayda verilen hemşirelik desteğinin doğum korkusuna etkisini inceleyen deneysel (Öztürk, 2014), doğumda verilen destekleyici bakıma ilişkin kadının algısına ilişkin ölçek geliştirme (Uludağ ve Mete, 2015), kadınların destekleyici bakım algıları ile doğum eylemindeki korkuları arasındaki ilişki arayan (Şaşmaz, 2015), niteliksel (Çiçek, 2016), doğum desteğinin Roy'un Uyum Modeli'ne uyarlandığı ve bu modele göre verilen doğumda desteğin doğum korkusu ve ağrısına etkisini değerlendiren (Çiçek, 2016) deneysel araştırmaların ile sınırlı olduğu belirlenmiştir.

Literatürde doğum ünitelerinin mevcut olumsuz koşullarına (Barret ve Stark 2010) rağmen ebe/hemşirelerin aralıklı olarak ve bilgi desteği sağlamasının kadın için olumlu sonuçları olabileceği düşüncesinden yola çıkarak travayda verilen bilgi desteğinin doğum sürecine, ağrısına, annenin doğumda verilen hemşirelik desteğini algılamasına ve memnuniyetine etkisini değerlendirilmesi gerektiği belirlenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Travay sürecinde gebeye verilen düzenli bilgilendirme desteğinin doğum sürecine, ağrısına, annenin doğumda verilen hemşirelik desteğini algılamasına ve memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacı ile bu çalışma planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H_1: Travayda bilgilendirme desteği verilen gebelerin travay sürecinde yapılan bilgilendirme desteği sonrası eylem süresi kontrol grubuna göre daha kısadır.

H_2: Travayda bilgilendirme desteği verilen gebelerin travay sürecinde yapılan bilgilendirme desteği sonrası ağrı şiddeti puan ortalamaları kontrol grubuna göre düşüktür.

H_3: Travayda bilgilendirme desteği verilen gebelerin memnuniyet ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksektir.

H_4: Travayda bilgilendirme desteği alan gebelerin doğumda destek algılama ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksektir.

3.3. Araştırmanın Tasarımı- Tipi

Bu çalışma, travay döneminde verilen bilgilendirme desteğinin travay sürecine, doğum ağrısına, annenin doğumda desteğini algılamasına ve memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacı ile girişimsel tek kör randomize kontrollü bir çalışma olarak dizayn edilmiş ve uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma T.C. S.B. İstanbul ili Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Eylül 2017- Eylül 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 100 yatak kapasiteli dal hastanesi olup dal branşlarının dışında dahiliye, genel cerrahi, üroloji, kulak burun boğaz, infeksiyon hastalıkları ve göz poliklinikleri ile hizmet sunulmaktadır. Acil hizmeti 24 saat kadın ve çocuk acil olarak iki ayrı birimde verilmektedir. Hastane bünyesinde çocuk ve karma servis (lohusa, jinekoloji, dahiliye, cerrahi, kulak burun boğaz) olmak üzere iki servis, karma servis içerisinde 24 saat hizmet veren bebek odası, yenidoğan yoğun bakım ünitesi (2. Basamak) , ameliyathane ve kadın acil içerisinde doğumhanesi ile 2005 yılından bu yana hizmet sunulmaktadır.

Çalışmanın yürütüldüğü kadın acil-doğumhane biriminde 9 uzman hekim ve 14 ebe 4 veri elemanı ve 5 temizlik personeli çalışmaktadır. Birim bünyesinde çalışan hekim ebe grubu hafta içi 08-16 hafta sonu ise 24 saatlik nöbetler şeklinde çalışılmaktadır. Nöbette 2 ebe ve 1 uzman hekim görev yapmaktadır. Doğumhane içerisinde; kadın acil odası, uzman odası, travay odası (6 yataklı-1 tuvalet), ebe odası, personel odası, septik müdahale odası (2 hasta yatağı ve 2 müdahale masası) ve doğum salonu (3 doğum yatağı) ve bulunmaktadır. Kadın Acil müşahede tedavileri ve NST çekimleri travay odasında yapılmakta, ayrı bir müşahede alanı bulunmamaktadır.

Doğumhane- kadın acil işleyişi; kadın acile başvuru yapan her hasta hekim ve ebe tarafından muayenesi yapıldıktan sonra aktif eylemde ise yatış kararı verildikten sonra travay odasında takip ve bakıma alınmaktadır. Travay takip bakımında hastanın anamnez alınması, vital bulgularının takibi (4 saat ara ile), damar yolu açılması, vajinal muayene takibi (1-2 saat ara ile), FKA takibi (yarım saat ara ile), NST takibi (2 saat ara ile), gerekirse indüksiyon ve lavman uygulamaları ebeler tarafından yürütülmektedir. Travay takibi sırasında hekim onayı olan hastalara oral olarak sıvı ve hafif gıdalar tüketmelerine izin verilmektedir. Takip boyunca hastaların dikey doğum pozisyonlarından yararlanmaları ve ağrı ile baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirmeler çalışanların bireysel tutumlarına göre yapılmaktadır. Hasta tam dilatasyon ve efasmanı tamamlandıktan sonra doğum salonuna alınmakta ve gerekirse

epizyotomi uygulanarak doğum eylemi gerçekleştirilmektedir. Kurumda doğumu ve epizyotomi onarımını ebeler yaptırmakta herhangi bir risk durumunda hekimde doğum sürecine katılmaktadır. Doğum sonrası ten tene temas, kordonu geç klempleme ve erken emzirme konusunda hassas davranılmaktadır. Doğum sonrası bebek, bebek hemşiresi tarafından anne yanında takibe alınmakta ve bakım ihtiyaçları karşılanmaktadır. Doğum sonu ilk 1 saat annenin takip (kanama kontrolü ve vital bulgu takibi) ve doğum sonu eğitimi doğumhane ebeleri tarafından yapıldıktan sonrasında herhangi bir risk yoksa karma servise transferi yapılmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

3.5.1 Araştırma evreni

Araştırmanın evrenini, Eylül 2017- Eylül 2018 tarihleri arası İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesinde doğum yapan 183 primipar gebe oluşturmuştur.

3.5.2 Araştırmanın örneklemi

Araştırmada çalışılacak hasta sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile belirlenmiştir. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak İsbir ve Serçekuş (2017)'un yaptığı araştırmada etki büyüklüğü (Effect size) 0.633 olarak hesaplandı. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.633 etki büyüklüğünde; 55 olarak bulunmuştur. Çalışmaya 55 deney, 55 kontrol olmak üzere toplam 110 gebe alınmıştır.

3.5.3 Örneklem seçimi

Araştırma kriterlerine uyan gebelerin deney ve kontrol grubuna atanmaları blok randomizasyon yöntemi ile yapılmıştır. Araştırmada yanlılığı ve biası engellemek amacı ile örneklem dahilin de gebeler ve veri toplamaya yardımcı olan ebe dahil çalışmada kimin hangi grupta olduğunu bilmeden veriler toplanmıştır. Bu bilgi sadece

araştırmacı tarafından bilinerek veriler toplanmıştır. Çalışma bu yönü ile tek kör olarak yürütülmüştür.

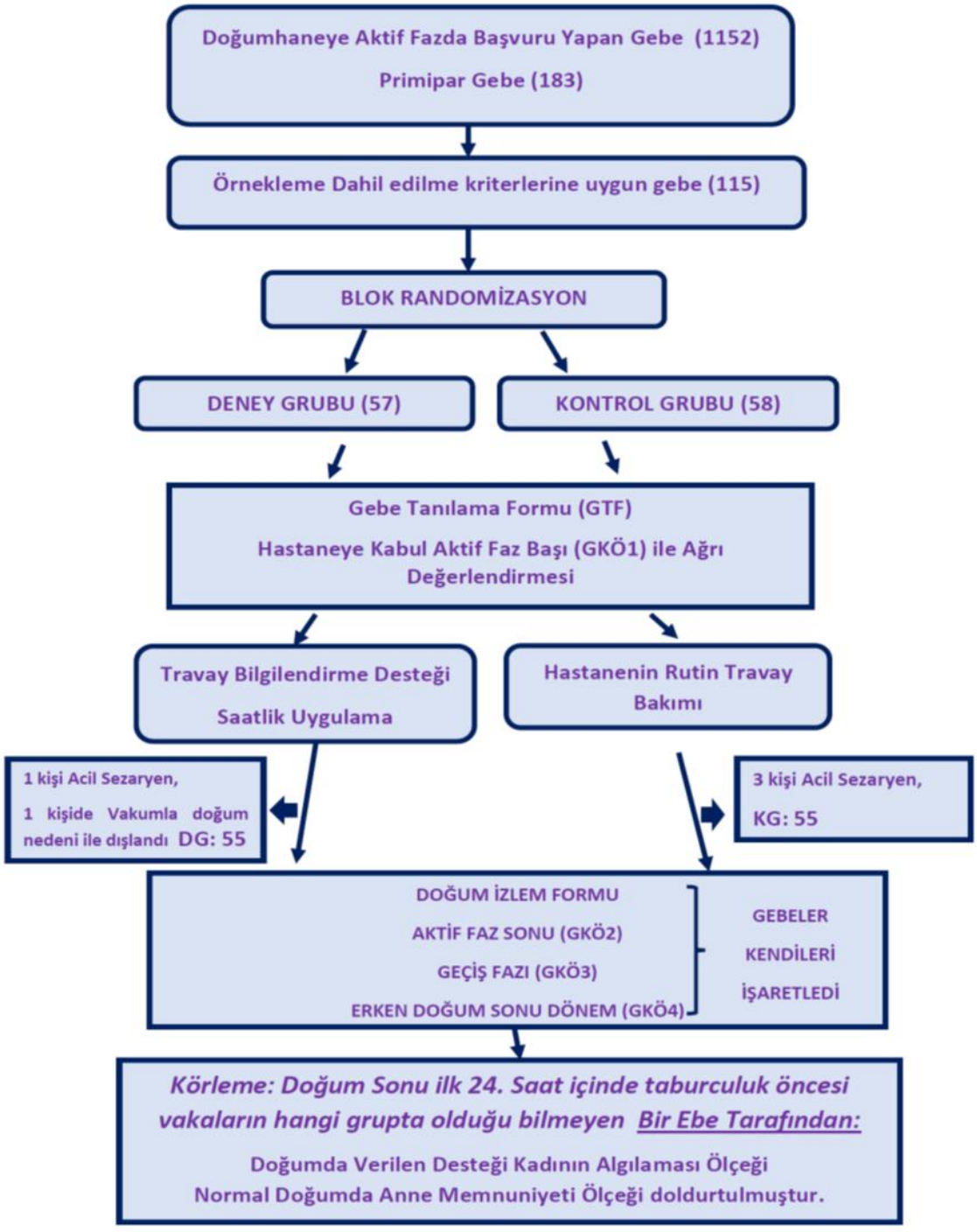
Örnekleme alınan kadınlarda araştırmaya dahil edilme kriterleri:

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve dahil edilme koşullarını sağlayan gebeler dahil edilmiştir. Gönüllü olanlarda araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Primipar olma
- Okur-yazar olma
- 18 yaş üstü olma
- Riskli gebelik olmama
- Aktif eylemde olma (servikal dilatasyonun 4-5 cm olması)
- Türkçe konuşup anlama
- Doğum hazırlık eğitimi almamış olmak koşullarını sağlayan gebeler çalışmaya alınmıştır.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri:

- Çalışmaya katılmak istemeyen
- 18 yaş altında olan
- Tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal problemi ya da öyküsü olan
- Çalışmanın her hangi bir aşamasında kendi isteğiyle çıkmak isteyen
- Çalışma sırasında sorulan sorulardan rahatsızlık hisseden, yarıda bırakan, psikolojik etkilenimi fazla olan kadınlar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.



Şekil 2: Örneklem Grubu Oluşum Süreci

3.6 Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında "Gebe Tanılama Formu", "Görsel Kıyaslama Ölçeği", "Travay Bilgilendirme Kontrol Listesi", "Doğum Izlem Formu", "Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma Ilişkin Kadının Algıları Ölçeği" ve "Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" olmak üzere altı form kullanılmıştır. "Travay Bilgilendirme Kontrol Listesi" formu sadece deney grubuna doldurulmuştur.

3.6.1 Gebe tanılama formu (EK-1)

Gebenin yaşı, mesleği, öğrenim durumu, eşinin mesleği ve öğrenim durumu, sağlık durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, sağlık bakımı alma durumu ve doğum hazırlık eğitimi alma durumu olmak üzere 14 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2 Görsel kıyaslama ölçeği (EK-2)

GKÖ klinikte ağrı şiddetinin ölçülmesinde kullanılan basit, etkin, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren güvenilir, kısa sürede uygulanan bir yöntemdir (Berkiten, 2005).

Bir ucunda ağrı duyusunun olmadığı 0 noktası, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısına uyan kısmı özgürce işaretler. Ağrı yok başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santim olarak kayda alınır (Eti-Aslan 2002).

Doğum ağrısı ile ilgili uluslararası ve ulusal araştırmalar incelendiğinde doğum ağrısını değerlendirmede en çok; görsel kıyaslama ölçeğinin tercih edildiği belirlenmiştir (Çalık Yeşilçiçek, 2010; Gönenç, 2013; Hamlacı, 2013; Öztürk, 2014; Yazgan, 2014; Yıldırım, 2014; Yıllar, 2014; Mamuk, 2017; Akın, 2018).

Görsel Kıyaslama Ölçeğine ait iç tutarlık düzeyini belirlemek için araştırmamızda ağrı şiddeti 4 kez değerlendirilmiştir. Hastaneye kabul (aktif faz başı) GKÖ 1, Aktif faz sonu GKÖ 2, Geçiş Fazı GKÖ 3 ve Erken Doğum Sonu Dönem

GKÖ 4 olarak adlandırılmıştır. Görsel Kıyaslama Ölçeğine ait iç tutarlık düzeyini belirlemek için Kuder-Richardson 20 testi ile değerlendirilmiş ve sonucu 0,68 olarak hesaplanmıştır.

3.6.3 Travayda bilgilendirme desteği kontrol formu (EK-3)

Deney grubuna doldurulan form doğumhaneye kabul (kendini, ekibi, travayı ve doğumhaneyi tanıt), travay sürecinde saatlik yapılan (tedavileri açıklama, NST cihazını, ağrı kontrolü, nefes ve gevşeme, ıkınma teknikleri, dilatasyon (servikal açıklık), pozisyonlar, sorularını yanıtlama ve durumu hakkında) bilgilendirme konuları ve bilgilendirme sonrası değerlendirme (doğru hitap, poziyon, ıkınma, nefes, gevşeme, sürece uyum) olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Form içeriği hastane prosedürlerine ve doktor istemleri dikkate alınarak hazırlanmıştır.

3.6.4 Doğum izlem formu (EK-4)

Doğum başlama-bitiş saati, vital bulguları, eylem bilgileri (dilatasyon, efasman), plesenta bilgileri(ayrılma saati, şekli) ve bebek bilgileri (cinsiyeti, apgar puanı) kısımlarından oluşan form her iki grubunda eylem izleminde kullanılmıştır.

3.6.5 Doğumda verilen destekleyici bakıma ilişkin kadının algıları ölçeği (DVDBİKAÖ) (EK-5)

Uludağ ve Mete tarafından 2015 yılında geliştirilen ölçeğin üç alt boyutu ve 33 maddesi bulunmaktadır. Destekleyici bakım ölçeğinin alt boyutları; rahatlatıcı, bilgilendirme, rahatsız edici davranışlardır. Ölçek dörtlü likert tiptedir. (1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Genellikle, 4: Her zaman). Ölçeğin toplam toplam Cronbach alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayısının 0.94 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının toplam Cronbach alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayılarının 0.85-0.92 arasında

değiştiği görülmüştür. Ölçekte bulunan maddelerin korelasyon katsayıları 0.42 ile 0.77 arasında değişmektedir. Rahatlatıcı ve bilgilendirme alt boyutu doğrudan rahatsız edici davranışlar alt boyutu ters olarak kodlanmaktadır. Ölçeğin üçüncü alt boyutu olumsuz ifadeler içermektedir. Ölçek değerlendirilirken 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33 numaralı maddeler doğrudan; 3, 5, 7, 12, 16, 17, 19, 20, 24, 29, 32 numaralı maddeler ise ters çevrilerek hesaplanır. Ölçekte en az 33 en fazla 132 puan alınmaktadır. Ölçekte kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekte ne kadar yüksek puan alınırsa kadının destekleyici bakım algısının o kadar iyi olduğu değerlendirilir (Uludağ ve Mete 2015). Bizim çalışmamızda ölçeğin toplam Cronbach alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayısının 0.87 olduğu belirlenmiştir.

3.6.6 Normal doğumda anne memnuniyeti değerlendirme ölçeği (NDAMDÖ) (EK-6)

Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ) 43 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek annelerin kendisi tarafından doldurulabilmektedir. Maddeler ifadelere katılıp katılmama durumuna göre (1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum) 5'li likert tipi ölçek üzerinde puanlanmaktadır. On üç madde (7,8,9,10,19,20,21,22,35,36,38,41,42) ters puanlıdır. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Madde puanlarının ters çevrilmesinde "1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinliklekatılıyorum" yerine "5-Katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılıyorum ve 1-Kesinlikle katılıyorum" şeklinde puanlanır. Ters puanlı maddeler çevrildikten sonra ölçekteki bütün maddelerin puanının toplamı "toplam ölçek puanını" verir. Her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamı ise "toplam alt boyut puanı" olarak kullanılabilir. Toplam ham puan 43-215 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği için hesaplanan kesme noktası puanı 150,5 olarak belirlenmiştir (≥150,5 memnuniyet düzeyi yüksek, <150,5 memnuniyet

düzeyi düşük) (Güngör 2012). Bizim çalışmamızda ölçeğin toplam toplam Cronbach alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayısının 0.88 olduğu belirlenmiştir.

3.7. Araştırma Verilerin Toplanması (Çalışmanın Uygulanması)

Katılımcı sayısının az olduğu çalışmalarda, grupları eşitlemek için tercih edilen yöntem blok randomizasyondur (Kanık ve ark., 2011). Bu araştırmada da yapılan güç analizinde hesaplanan örneklem sayısı az olduğu için katılımcıların gruplara dağılımında eşitliği sağlamak amacı ile blok randomizasyon yöntemi tercih edilmiştir. Çalışma deney ve kontrol olmak üzere iki grupta yürütülmüştür. Grupların randomizasyonu 10'ar kişilik gruplar ve 11'li blok üzerinden kişiler gruplara atanmıştır.

Tablo 2. Randomizasyon grupları

1.	DKKKKKDDDK	**7.**	KDKKDDDKDK
2.	DDDKKDKDDD	**8.**	DDKDKKKKKD
3.	DKKDKKKKKK	**9.**	KKKDKDKKDD
4.	DDKDKDDDKK	**10.**	KDKDDKDDDD
5.	DKDKKDDKKD	**11.**	KDKKKKDKDD
6.	DKDDDKDKKD	**10' LU 11 BLOK**	

Blok randonmizasyon ile gruplara alınan kişiler ve çalışmada destek veren ebe katılımcıların hangi grup içine yer aldığı bilgisi paylaşılmadan veriler toplanmıştır. Bu yönüyle çalışma randomize kontrollü tek kör deneysel bir çalışmadır.

Deney grubu uygulamaları;

1. Deney grubuna alınan hastalara yatış işlemi sonrasında gebe tanılama formu ve GKÖ 1 doğumhane kabuldeki ağrı şiddeti işaretlemesi yapılmıştır.
2. Vital bulguları ölçülerek Doğum İzlem Formuna kayıt edilmiştir.
3. Travay Bilgilendirme Desteği İzlem Formu doğrultusunda birim ve ekip tanıtımı yapılmış sonrasında saatlik aralıklar ile eylemin ilerleyişi, yapılan işlemler ve tedaviler, nefes ve gevşeme egzersizleri, NST, ağrı ile baş etme yöntemleri, ıkınma teknikleri hakkında düzenli bilgilendirme yapılarak gebenin sorduğu sorular yanıtlanmıştır.
4. Doğum Eylemi İzlem formu doğrultusunda saatlik vajinal muayene yapılarak dilatasyon, efasman, amnios mayi durumu, başın inişi değerlendirildi, saatlik FKA ölçümleri ve fundus üzerinden 10 dakikada ki kontraksiyon sıklığı değerlendirmeleri yapılarak kayıt altına alınmıştır. Aktif faz sonu GKÖ 2 değerlendirilmiştir.
5. Geçiş fazı (8 cm) ulaşıldığında tekrar GKÖ 3 ölçümü ve vital bulgu ölçümleri yapılarak izlem formlarına kayıt edilmiştir.
6. Hastalar tam açıklık (10 cm) ve efasman ölçümlerine ulaşınca ve ıkınma istekleri doğunca doğum salonuna alınmış ve doğum gerçekleştiği sırada bilgi desteği verilmeye devam edilmiştir.
7. Doğum süreci (doğumun başlama saati, doğum süresi, plesanta ayrılma saati, epizyotomi varlığı) ve bebek bilgileri (kilo, boy, cinsiyet, Apgar 1. ve 5. Dakika puanlamaları) doğum süreci izlem formuna kayıt edilmiştir.
8. Doğum sonu vital bulguları ve doğum sonu 1. saat GKÖ 4 ölçümleri yapılarak kayıt altına alınmıştır.
9. Gebelere doğum sonu ilk bir saatte bilgi desteği vermeye devam edilmiştir.
10. DS bir saatin sonunda hasta karma servise transferi yapılmıştır.
11. Doğum sonu 24. Saatte taburcu olmadan önce çalışmaya gönüllü olarak destek olan ve hasta bakımına katılmayan bir ebe tarafından doğumda verilen destekleyici bakıma ilişkin kadının algıları ve doğumda anne memnuniyeti ölçekleri doldurulmuştur.

Ayrıca DG bulunan gebelerin bilgi desteği, travay takibi birebir araştırmacı tarafından yapılmıştır. Doğumları da aynı şekilde araştırmacı tarafından yaptırılmıştır.

Kontrol grubu uygulamaları;

1. Kontrol grubuna alınan gebelere kurum içi doğumhane işleyiş planı doğrultusunda bakım ve tedavi işlemleri yapılmıştır.
2. Hastalara yatış işlemi sonrasında gebe tanılama formu ve GKÖ 1 doğumhane kabuldeki ağrı şiddeti işaretlemesi yapılmıştır.
3. Vital bulguları ölçülerek Doğum İzlem Formuna kayıt edilmiştir.
4. Doğum Eylemi İzlem formu doğrultusunda saatlik vajinal muayene yapılarak dilatasyon, efasman, amnios mayi durumu, başın inişi değerlendirildi, saatlik FKA ölçümleri ve fundus üzerinden 10 dakikada ki kontraksiyon sıklığı değerlendirmeleri yapılarak kayıt altına alınmıştır. Aktif faz sonu GKÖ 2 değerlendirilmiştir.
5. Geçiş fazı (8 cm) ulaşıldığında tekrar GKÖ 3 ölçümü ve vital bulgu ölçümleri yapılarak izlem formlarına kayıt edilmiştir.
6. Hastalar tam açıklık (10 cm) ve efasman ölçümlerine ulaşınca ve ıkınma istekleri doğunca doğum salonuna alınmışlardır.
7. Doğum süreci (doğumun başlama saati, doğum süresi, plesanta ayrılma saati, epizyotomi varlığı) ve bebek bilgileri (kilo, boy, cinsiyet, Apgar 1. ve 5. Dakika puanlamaları) doğum süreci izlem formuna kayıt edilmiştir.
8. Doğum sonu birinci saatin sonunda karma servise transveri sağlanmıştır.
9. DS 24. Saatlerinde çalışmaya destek olan ebe arkadaşım tarafından "Doğumda verilen desteği kadının algılaması" ve "doğumda anne memnuniyeti" ölçekleri doldurulmuştur.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-8), ve çalışmanın yapıldığı kurumdan gerekli izinler alınmıştır. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları Ölçeği'ni geliştiren Elif Uludağ'dan ölçeğin kullanılabilmesi için izin alınmıştır (EK-5). Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği'ni geliştiren İlkay Güngör Satılmış'tan ölçeğin kullanılabilmesi için izin alınmıştır (EK-6). Çalışmaya katılan kadınlara

araştırmacının kimliği, araştırmanın amacı, alınan bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, istemedikleri sorulara cevap vermeme haklarının saklı olduğu bilgisi ayrıntılı olarak verilerek; kendilerinin neden seçildiği ve istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri anlatılmış, sözlü ve yazılı izinleri "Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu" alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır.

3.9. Verilerin analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında analiz edilmiştir. Araştırmada değişkenlerin tanımlanmasında ortalama (minimum- maksimum), standart sapma, yüzde, birim sayısı, ortanca kullanılmıştır.

Tablo 3. Kullanılan analiz yöntemleri

İncelenen özellik	İstatistiksel yöntem
Deney ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda T testi ve ki kare
Deney ve kontrol grubunun ağrı şiddetinin karşılaştırılmasında	Tek faktörlü varyans analizi, tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi
Deney ve kontrol grubunun Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları ve Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme ölçek puanlarının karşılaştırılması	Kolmogrov Smirnov testi ile normal dağılmadığı belirlendiği için non parametrik testlerden Man-Whitney U ile karşılaştırılmıştır.

3.10. Çalışmanın sınırlılıkları

Bu çalışma yalnızca Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğumunu yapan kadınlar üzerinde yapılması nedeni ile tüm gebelere genellenemez.

Çalışmanın yürütüldüğü sırada deney grubundan iki, kontrol grubundan üç gebe doğumlarının takibi sırasında gelişen riskli durumlar nedeni ile çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışmadan çıkarılan gebelerin dördü sezaryen olması ve biri de vakum ile doğum sürecinin sonlanması nedeni ile çalışma dışına çıkarılmıştır. Çalışmadan çıkarılan gebelerin yerlerine koşulları sağlayan yeni gebeler eklenmiştir.

3.11. Çalışma Takvimi

Tablo 4: Çalışma takvimi

Görevler	2017							2018												2019					
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Literatür inceleme ve konu seçimi																									
Tez önerisi																									
Etik kurul ve resmi izinlerin alınması																									
Bireysel görüşmelerin yapılması ve anketlerin doldurulması																									
Verilerin dökümü																									
Verilerin analizi																									
Ek veri ihtiyacını değerlendirme																									
Analize odaklanma																									
Tez taslağı hazırlama																									
Tez taslağı düzeltme																									
Tez Savunma																									

4. BULGULAR

Bu bölümde elde edilen bulgular 6 başlık altında sunulmuştur.

1. Gebelerin Demografik özelliklerinin ve sağlık durumlarının deney ve kontrol grubunda karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,
2. Bilgi desteğinin travayda ve doğum sonu ağrıya etkisine ilişkin bulgular,
3. Bilgi desteğinin gebenin travay boyunca vital bulgularına, servikal değişimlerine, kontraksiyon sıklığına, fetal kalp atımına etkisine ilişkin bulgular,
4. Bilgi desteğinin travay süresi, ekspulsiyon dönemi ve yenidoğan sağlığına etkisine ilişkin bulgular,
5. Bilgi desteğinin Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algılarına etkisine ilişkin bulgular,
6. Bilgi desteğinin Normal Doğumda Anne Memnuniyetine etkisine ilişkin bulgular.

Tablo 5. Deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Deney Grubu (n:55)		**Kontrol Grubu (n:55)**			
Özellikler	**Ort ± SS**		**Ort ± SS**		t	p
Yaş (yıl)	24.13 ± 4.83		23.73 ± 4.33		0,457	0,648
Eş Yaşı (yıl)	26.91±5.02		27.42 ±4.87		-0,540	0,590
	n	**%**	**n**	**%**	χ^2	p
Öğrenim Durumu						
İlköğretim	21	38.2	29	52.7		
Lise	21	38,2	20	36.4	3,883	0,143
Üniversite	13	23.6	6	10.9		
Eş eğitimi						
İlköğretim	15	27.3	22	40.0		
Lise	26	47.3	23	41.8	2,175	0,337
Üniversite	14	25.5	10	18.2		
Meslek						
Çalışmıyor	35	63.6	39	70.9		
İşçi	11	20.0	10	18.2	0,864	0,649
Memur	9	16.4	6	10.9		
Eş meslek						
Çalışmıyor	1	1.8	2	3.6		
İşçi	34	61.8	36	65.5	0,720	0,869
Memur	12	21.8	11	20.0		
Serbest	8	14.5	6	10.9		
Sosyal güvence durumu						
Sosyal güvence yok	4	7.3	4	7.3		
SGK	40	72.7	43	78.2	0,582	0,747
Emekli sandığı	11	20.0	8	14.5		
Ekonomik durum						
Geliri giderinden az	26	47.3	38	69.1		
Geliri giderine denk	26	47.3	15	27.3	5,401	0,067
Geliri giderinden fazla	3	5.4	2	3.6		
Yaşadığınız yer						
İl merkezi	1	1.8	5	9.1	2,821	0.103
İlçe merkezi	54	98.2	50	90.9		
Aile tipiniz						
Geniş aile	13	23.6	17	30.9	0,733	0.261
Çekirdek	42	76.4	38	69.1		

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 5'de yer almaktadır. KG'unda yer alan kadınların yaş ortalaması 23.73 ± 4.33, eşlerinin yaşları ortalaması 27.42 ± 4.87 yıldır. Kadınların %36.4'ü lise mezunu ve %70.9'u ev hanımı, %65.5'inin eşi işçi, %92.7'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu, %69.1'inin gelirinin giderinden az olduğu %69.1'inin çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir. DG'unda yer alan kadınların yaş ortalaması 24.13 ± 4.83, eşlerinin yaşları ortalaması 26.91±5.02 yıldır. Kadınların %38,2'si lise mezunu ve %63.9'u ev hanımı, %61.8'inin eşi işçi, %92.7'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu, %47.3'ünün gelirinin giderinden az olduğu %76.4'ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında yaş, eşlerinin yaş ortalaması, gebelerin çalışma durumu, eğitimi, eş eğitim ve çalışma durumu, sosyal güvence, ekonomik durum ve aile tipi gibi özellikleri yönünden benzer özelliklere sahip oldukları istatistiksel açıdan aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 5; $p > 0.05$).

Tablo 6. Deney ve Kontrol gruplarındaki gebelerin sağlık durumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n:55)		Kontrol Grubu (n:55)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Sağlık sorununa sahip olma durumu						
Yok	50	90.9	53	96,4	1,373	0,219
Tiroid	5	9.1	2	3,6		
Sürekli kullanılan ilaç varlığı						
Evet	5	9.1	3	5.5	0,539	0,358
Hayır	50	90.9	52	94.5		
Kullanılan ilaç						
Sürekli kullanılan ilaç yok	50	90.9	52	94.5		
Mide ilacı	2	3,6	1	1.8	3,239	0,356
Tiroid	3	5.5	2	3.6		

Tablo 6'de Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin sağlık durumlarına ilişkin verilerin karşılaştırılması incelendiğinde; herhangi bir sağlık sorununa sahip olma, sürekli kullanılan bir ilaç varlığı ve kullanılan ilaç türü açısından her iki grubun benzer olduğu, istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6; $p<0.05$).

Tablo 7. Deney ve Kontrol grubundaki gebelerin doğum ağrısı şiddeti ile ilgili Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

Doğum ağrısı şiddeti	Ölçüm zamanı	Deney Grubu (n:55) Ort ± SS	Kontrol Grubu (n:55) Ort ± SS	t	p
GKÖ 1	Aktif faz başı	5,02 ± 1,39	5,59 ±1,65	-1,955	0,053
GKÖ 2	Aktif faz sonu	7,34±1,24	8,48±1,35	-4,621	0,000*
GKÖ 3	Geçiş fazı	9,18±0,88	9,71±0,70	-3,451	0,001*
GKÖ 4	Doğum sonu 2. saatte	0,82±0,84	1,71± 1,25	-4,388	0,000*

Tablo 7'de deney ve kontrol grubundaki gebelerin aktif faz başı, aktif faz sonu, geçiş fazı ve doğum sonu dönemde GKÖ ile ağrı şiddeti ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması yer almıştır. Gebelerin aktif faz başı yani doğumhaneye kabul edildiklerinde ilk ağrı şiddeti ortalamalarını incelediğinde; KG'unun 5,59 ±1,65, DG'nun 5,02 ± 1,39 olarak saptanmıştır. İki grubunda aktif faz başında ağrı şiddeti ortalamalarının benzer olduğu istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 7; $p>0.05$).

DG ve KG'unun doğumhaneye kabulü sağlandıktan sonra DG'una bilgilendirme desteği başlamış, KG'undaki gebelere rutin travay bakımı verilmeye devam edilmiş ve aktif faz sonu ağrı şiddeti DG'unun 7,34±1,24, KG'unun 8,48±1,35 olarak belirlenmiştir. KG'nun, DG'undan (1,14 ± 0,11) daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur(Tablo 7; $p<0.001$).

Geçiş fazında ağrı şiddeti ortalamaları DG'unun 9,18±0,88, KG'unun 9,71±0,70 olduğu belirlenmiş KG'unun DG'undan (0,53 ± 0,18) daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 7; p<0.001). Doğum sonu erken dönemde doğum sonu servisine transfer edilmeden ağrı şiddeti ortalamaları değerlendirildiğinde DG'unun 0,82±0,84, KG'unun 1,71± 1,25olduğu belirlenmiş KG'unun DG'undan (0,89 ± 0,41) daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 7; p<0.001).

Tablo 8: Doğum Ağrısı Şiddetinin Görsel Kıyaslama Ölçeğine göre (GKÖ) puan ortalamalarının grup içi, grup, zaman ve grup*zamana göre karşılaştırılması

Gruplar	**Aktif faz başı (GKÖ1) Ort ± SS**	**Aktif faz sonu (GKÖ2) Ort ± SS**	**Geçiş fazı (GKÖ3) Ort ± SS**	**Doğum sonu 2. Saatte (GKÖ4) Ort ± SS**	F	p	**İleri analiz**
Deney Grubu (n:55)	5,02 ± 1,39	7,34±1,24	9,18±0,88	0,82±0,84	762,19	0.001*	3>2>1>4
Kontrol Grubu (n:55)	5,59 ±1,65	8,48±1,35	9,71±0,70	1,71± 1,25	623,26	0.001*	3>2>1>4
				Grup	24,811	0,000*	
				Zaman	1371,279	0,000*	
				Grup*zaman	2,284	0,079*	

F=Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi *bağımlı gruplarda t testi

GKÖ'ne göre Doğum ağrısı şiddeti puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması, grup, zaman ve grup*zamana göre karşılaştırılması Tablo 8'te verilmiştir.

GKÖ ortalamasına göre ağrı şiddetleri aktif faz başı-sonu, geçiş fazı ve doğum sonu toplam dört kez ölçülmüş olup bu ölçümlerin grup içi karşılaştırılmaları incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Hem DG hem de KG ağrı şiddetlerinin ortalaması en yüksek geçiş fazında olup, bunu aktif faz sonu ve aktif faz başı ortalamaları takip etmektedir.

Doğum sonu elde edilen ortalama her iki grupta da en küçüktür. Ağrı şiddetlerinin ortalamaları grup, zaman grup*zaman etkileşimi açısından incelendiğinde ise zaman etkisinden bağımsız olarak gruba göre (F=24,811;p<0,001) ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır. Aynı şekilde grup etkisinden bağımsız olarak zamana göre (F=1371,279;p<0,001) ileri derecede anlamlı fark saptanmıştır. Ancak grup*zaman etkileşimi açısından değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (F=2,284;p>0,05).

Tablo 9: Gebelerin Servikal Dilatasyon ve Efasman Ortalamalarının Karşılaştırılması

Servikal Değişimler	**Deney Grubu (n:55)** Ort ± SS	**Kontrol Grubu (n:55)** Ort ± SS	F	P
Hastaneye Kabul				
Dilatasyon (cm)	4,62 ± 0,85	4,98 ± 0,85	-2,244	0,027*
Efasman (%)	64,55 ± 9,78	68,91 ± 8,54	-2,493	0,014*
Aktif faz başı				
Dilatasyon (cm)	5,84 ± 1,05	6,31 ± 0,86	-2,586	0,011*
Efasman (%)	72,36 ± 11,38	77,09 ± 9,36	-2,379	0,019*
Aktif faz sonu				
Dilatasyon (cm)	7,51 ± 1,10	7,93 ± 0,96	-2,121	0,036*
Efasman (%)	81,27 ± 7,47	84,00 ± 6,83	-1,999	0,048*
Geçiş fazı				
Dilatasyon (cm)	9,62 ± 0,49	9,73 ± 0,45	-1,216	0,227
Efasman (%)	95,82 ± 4,98	97,64 ± 4,29	-2,052	0,043*

Doğumun dilatasyon evresinin deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye kabul, aktif faz başı-sonu ve geçiş fazındaki servikal değişimlerinin (dilatasyon cm, efasman % olarak) karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. Gebelerin hastaneye kabulünde DG'unun servikal dilatasyonu 4,62 ± 0,85, KG'unun ise 4,98 ± 0,85 cm, DG'unun efasmanı 64,55 ± 9,78, KG'unun ise 68,91 ± 8,54 olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun hastaneye kabulünde ki servikal değişiklikler açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubundaki gebelerin hastaneye kabulünde servikal değişimleri daha ileridedir (Tablo 9; $p<0.05$).

Gebelerin aktif faz başı DG'unun servikal dilatasyonu 5,84 ± 1,05, KG'unun ise 6,31 ± 0,86 cm, DG'unun efasmanı 72,36 ± 11,38, KG'un ise 77,09 ± 9,36 olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun aktif faz başındaki servikal değişiklikler açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. KG'undaki gebelerin aktif faz başı servikal değişimleri daha ileridedir.

Gebelerin aktif faz sonu DG'undaki servikal dilatasyonu 7,51 ± 1,10, KG'unun ise 7,93 ± 0,96 cm, deney grubunun efasmanı 81,27 ± 7,47, kontrol grubun ise 84,00 ± 6,83 olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun aktif faz sonunda ki servikal değişiklikler açısından aralarında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. KG'undaki gebelerin aktif faz sonu servikal değişimleri daha ileridedir.

Gebelerin geçiş fazında DG'unun servikal dilatasyonu 9,62 ± 0,49, KG'unun ise 9,73 ± 0,45 cm olarak bulunmuştur. Doğumun dilatasyon evresinin geçiş fazında her iki grubun servikal dilatasyonu istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (Tablo 9; $p>0.05$). DG'un efasmanı 95,82 ± 4,98, kontrol grubun ise 97,64 ± 4,29 olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun geçiş fazında efasman açısından değerlendirildiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. KG'undaki gebelerin servikal efasmanı daha ileridedir.

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Hastaneye Kabul Amnion Keselerinin Durumlarının Karşılaştırılması

Amnion Kese	Deney Grubu (n:55)		Kontrol Grubu (n:55)			
	n	%	n	%	χ^2	p
Kapalı	38	69,1	36	65,5	1,165	0,420
Açılmış Berrak	17	30,9	19	34,6		

Tablo 10'da araştırmaya katılan gebelerin hastaneye kabulde amnion kesesinin durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. DG'unun %69,1'ninin, KG'unun %65,5'inin hastaneye kabullerinde aminon kesesinin açılmamış yani kapalı olduğu belirlenmiş olup istatistiksel olarak aralarında fark bulunmamıştır (Tablo 10; p>0,05).

Tablo 11. Gebelerin Travay Sürecindeki Vital Bulgularının Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğumun Dilatasyon Evresinde Gebelerin Vital bulguları	**Deney Grubu (n:55)** Ort ± SS	**Kontrol Grubu (n:55)** Ort ± SS	**t**	**P**
Hastaneye kabul				
SKB (mm/Hg)	109,82±11,14	109,55 ±11,87	0,124	0,901
DKB (mm/Hg)	68,73± 7,95	69,18 ±8,91	-0,282	0,778
Nabız sayısı (dk)	79,93±7,04	82,40 ± 8,01	-1,719	0,089
Solunum sayısı (dk)	19,56±2,17	19,27±1,78	0,770	0,443
Vücut ısısı (^{0}C)	36,44±0,31	36,36±0,31	1,278	0,204
Aktif faz				
SKB (mm/Hg)	110,36 ± 9,99	109,27 ±12,00	0,518	0,605
DKB (mm/Hg)	69,27±7,90	69,82 ± 7,82	-0,364	0,717
Nabız sayısı (dk)	83,85± 6,74	85,53± 6,93	-1,283	0,202
Solunum sayısı (dk)	20,04±1,98	20,69±1,73	-1,845	0,068
Vücut ısısı (^{0}C)	36,55±0,31	36,55±0,31	1,065	0,289
Geçiş fazı				
SKB (mm/Hg)	111,27 ± 11,56	110,18 ±12,25	0,480	0,632
DKB (mm/Hg)	72,18 ±7,38	71,27± 8,18	0,612	0,542
Nabız sayısı (dk)	89,35± 7,71	89,78± 8,39	-0,284	0,777
Solunum sayısı (dk)	20,95±1,92	21,16±1,66	-0,637	0,525
Vücut ısısı (^{0}C)	36,67±0,30	36,57±0,29	1,636	0,105

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye kabul, aktif faz ve geçiş fazında vital bulgularının ortalamalarının (SKB (mm/Hg), DKB (mm/Hg), Nabız sayısı dk, solunum sayısı dk, vücut ısısı ^{0}C) karşılaştırılmasına Tablo 11'de yer verilmiştir.

Deney ve kontrol grubunun vital bulgularının ortalamaları (SKB (mm/Hg), DKB (mm/Hg), Nabız sayısı dk, solunum sayısı dk, vücut ısısı ^{0}C) hastaneye kabul, aktif ve geçiş fazında benzer olduğu aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 11; $p>0.05$).

Tablo 12. Gebelerin Kontraksiyon Sıklığı Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kontraksiyon sıklığı	Deney Grubu (n:55) Ort ± SS	Kontrol Grubu (n:55) Ort ± SS	Z	P*
Hastaneye kabul	2,16±0,71	2,33±0,79	-1,109	0,267
Aktif faz başı	2,45±0,66	2,56±0,86	-0,641	0,456
Aktif faz sonu	2,89±0,66	3,16±0,83	-1,776	0,076
Geçiş fazı	2,89±1,51	2,38±1,79	1,215	0,224

*Man Whitney U ile değerlendirilmiştir.

Tablo 12'de Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye kabul, aktif faz başı-sonu ve geçiş fazında 10 dakikada oluşan kontraksiyon sıklıkları ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Gebelerin hastaneye kabul (DG 2,16±0,71; KG 2,33±0,79), aktif faz başı (DG 2,45±0,66; KG 2,56±0,86), aktif faz sonu (DG 2,89±0,66; KG 3,16±0,83) geçiş fazı (DG 2,89±1,51; 2,38±1,79) kontraksiyon açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bu yönü ile deney ve kontrol grubunun birbirine benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 12; $p>0.05$).

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubundaki Fetal Kalp Atım Ortalamalarının Gruplar arası Karşılaştırılması

Fetal kalp Atım /dk	Deney Grubu (n:55) Ort ± SS	Kontrol Grubu (n:55) Ort ± SS	t	P
Hastaneye kabul	139,78±9,67	135,87±10,48	2,033	0,044*
Aktif faz başı	137,60±10,91	135,96±10,69	0,794	0,429
Aktif faz sonu	136,33±11,61	133,78±11,54	1,153	0,251
Geçiş fazı	133,24±10,76	131,56±10,17	0,838	0,404

Deney ve Kontrol Grubundaki gebelerin hastaneye kabul, aktif faz başı-sonu ve geçiş fazındaki FKA ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; hastaneye kabulde DG 139,78±9,67, KG'unun 135,87±10,48 olarak saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 13; $p<0.05$). Aktif faz başı (DG 137,60±10,91; KG 135,96±10,69), aktif faz sonu (DG 136,33±11,61; KG

133,78±11,54) ve geçiş fazı (DG 133,24±10,76; KG 131,56±10,17) FKA hızı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 13; p>0.05).

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travay Süresi ve Ekspulsiyon Fazı Ortalamalarının Gruplar arası Karşılaştırılması

	Deney Grubu (n:55) Ort ± SS	**Kontrol Grubu (n:55)** Ort ± SS	t	P
Travay süresi (dk)	215±72,09	196±64,42	-1,591	0,112
Travay süresi (saat)	3,58±1,20	3,26±1,14	-1,591	0,112
Ekspulsiyon Fazı	30,7±9,8	37,0±10,7	-3,239	0,002*

Tablo 14'da Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye kabulü ile doğum masasına alınması arasında geçen travay süresi ile ekspulsiyon fazı ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasına yer verilmiştir. DG'unun travayının 215±72,09 dk/ 3,58±1,20 saat, KG'unun ise 196±64,42 dk / 3,26±1,14 saat sürdüğü, her iki grubunda travay süresi açısından incelendiğinde istatistiksel olarak benzer olduğu görülmüştür (Tablo 14; p>0.05)

Eylem süreleri açısından incelendiğinde; DG 30,7±9,8 dk, KG'unun ise 37,0±10,7 dk sürdüğü bu sonuca göre DG'unda ki gebelerin eylemlerinin ekspulsiyon fazlarının 7 dakika daha kısa sürdüğü belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 14; p<0.005).

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınlara Yapılan Uygulamaların Karşılaştırılması

Uygulama	Deney Grubu (n:55)		Kontrol Grubu (n:55)			
	n	%	n	%	χ^2	p
Epizyotomi						
Var	49	89,1	43	78,2	2,391	0,098
Yok	6	10,9	12	21,8		

Deney ve kontrol grubundaki kadınlara epizyotomi açılma durumları incelendiğinde DG'unun %89,1'ine, KG'unun ise %78,2'sinde epizyotomi açıldığı belirlenmiş olup, her iki gruba epizyotomi açılma oranlarının benzer olduğu ve istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 15; p>0.05). Deney ve kontrol grubundaki hiçbir gebeye lavman ve indüksiyon uygulanmamıştır.

Tablo 16. Yenidoğana ilişkin özelliklerin karşılaştırılması

Yenidoğana ilişkin özellikler	Deney Grubu (n:55) Ort ± SS	Kontrol Grubu (n:55) Ort ± SS	t	P
APGAR 1. dk	8,5±0,6	8,0±0,9	3,354	0,001*
APGAR 5. dk	9,7±0,5	9,4±0,6	3,135	0,002*
Doğum ağırlığı gr	3206,3±393,8	3164,5±338,1	0,598	0,551
Boy uzunluğu cm	50,1±1,5	49,9±1,2	0,650	0,517
Cinsiyet	n %	n %	χ^2	p
Kız	29 52,7	30 54,5	0,037	0,500
Erkek	26 47,3	25 45,5		

Deney ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğan sağlıklarına ilişkin 1. ve 5. Dakika APGAR, vücut ağırlığı (gr), boy uzunluğu (cm) ortalamaları ve cinsiyetlerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 16'de yer almaktadır. DG'undaki annelerin yeni doğanlarının 1. Dakika APGAR ortalamaları 8,5±0,6 iken, KG'undaki annelerin

yenidoğanlarının 8,0±0,9 olarak belirlenmiş olup istatistiksel olarak aralarındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 16; p<0.001). 5. Dakika APGAR ortalamaları değerlendirildiğinde ise DG'undaki annelerin yenidoğanlarının 9,7±0,5 iken KG'undaki annelerin yenidoğanlarının 9,4±0,6 olduğu belirlenmiş olup istatistiksel olarak aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 16; p<0.005).

KG'undaki tüm bebeklerin ortalama doğum ağırlığı ortalaması 3164,5±338,1 gr. iken DG'unda bu ortalama 3206,3±393,8'dır. Boy uzunluğu açısından incelendiğinde ise KG'unda ki annelerden doğan bebeklerin 49,9±1,2 cm iken DG'unda ki annelerden doğan bebeklerin 50,1±1,5 cm'dir. Yenidoğanların doğum kilosu ve boy uzunluğu açısından her iki grup homojen olduğu ve istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 16; p>0.05). KG'undaki kadınlardan doğan bebeklerin %54.5'inin cinsiyeti kız iken DG'unda bu oran %52.7 olarak belirlenmiş olup, yapılan karşılaştırma sonucunda iki grubunda bebeklerinin cinsiyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 16; p>0.05).

Tablo 17. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları Ölçeği puan ortancalarının Gruplar arası Karşılaştırılması

DVDBİKAÖ alt Boyutları	Deney Grubu (n:55)			Kontrol Grubu (n: 55)			z	p
	Min-Max	Ort ± SS	Ortanca (1.ve3.Çeyrek)	Min-Max	Ort ± SS	Ortanca (1.ve 3.Çeyrek)		
Rahatlatıcı Davranış	48-60	58,33±2,2	59(57-60)	42-60	50,67±4,66	50(47-54)	-7,616	0,000*
Eğitim	26-30	28,82±0,64	29(29-29)	23-30	26,76±1,78	27(25-28)	-6,613	0,000*
Rahatsız Edici	36-40	38,03±1,23	38(37-39)	33-40	39,29±1,39	40(39-40)	-5,520	0,000*
DVDBİKAÖ	114-129	125,18±2,72	129 (124-127)	103-129	116,72±5,77	116(112-120)	-6,938	0,000*

Kontrol ve deney grubunda yer alan kadınların doğum sırasında kendilerine bakım veren hemşirelerin desteğine yönelik bakım algılarını ölçen "Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği" puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17'de verilmiştir.

Rahatlatıcı davranış, eğitim, rahatsız edici alt boyutları ile Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney (125,1±3,2) ve kontrol (116,6±6,5) grupları arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bu ölçekten alınan yüksek puanlar, destekleyici bakım algısının da yüksek olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak iki grup arasında destekleyici bakım algısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 17; $p<0.001$).

Doğumda Bilgilendirme desteği alan annelerin, travayda rutin hemşirelik bakımı alan kadınlardan daha fazla doğum desteği algılamaktadır. İki grup arasındaki Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında her üç alt boyut açısından da girişim grubunda yer alan kadınların puan ortalamalarının, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. İki grup arasındaki bu puan farkı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (Tablo 17; $p<0.001$). Bu sonuç bilgilendirme desteği uygulanan kadınların doğum eyleminde daha fazla rahatlatıcı davranışlar algıladıklarını, doğum eylemi sırasında ihtiyaç duydukları bilgiler konusunda daha fazla eğitildiklerini ve rahatsız edici davranışlara daha az maruz kaldıklarını göstermektedir.

Tablo 18. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme ölçeği puan ortancalarının Gruplar arası Karşılaştırılması

Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği	Deney Grubu (n:55)			Kontrol Grubu (n: 55)			z	p
	Min-Max	Ort ± SS	Ortanca (1.ve3.Çeyrek)	Min- Max	Ort ± SS	Ortanca (1.ve 3.Çeyrek)		
Sağlık Ekibini Algılayışı	13-20	18,7±1,7	20 (17-20)	13-20	16,3±1,7	16(15-18)	-6,421	0,000*
Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı	8-10	9,9±0,4	10(10-10)	2-10	6,3±2,1	6(4-8)	-8,660	0,000*
Rahatlama	12-20	17,4±2,4	17 (16-20)	4-17	10,5±2,8	11 (8-12)	-8,366	0,000*
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	28-40	33,0±2,9	32 (32-35)	18-39	26,6±4,6	26 (24-29)	-7,097	0,000*
Bebekle Tanışma	3-15	11,1±2,7	11 (11-12)	3-15	9,9±4,1	11 (6-14)	-1,513	0,130
Postpartum Bakım	20-30	28,0±2,9	30 (26-30)	14-30	24,2±3,8	25 (22-27)	-5,549	0,000*
Hastane Odası	12-20	18,7±2,0	20 (18-20)	12-20	17,9±2,5	19 (16-20)	-1,843	0,065
Hastane Olanakları	6-15	11,7±2,3	11 (11-14)	6-15	10,7±3,0	11(8-13)	-1,764	0,078
Mahremiyet Saygı	13-20	19,4±1,3	20(20-20)	12-20	19,1±1,5	20(19-20)	-1,998	0,046*
Beklentilerin Karşılanması	16-25	23,3±2,3	25(22-25)	10-25	20,1±3,5	20(17-23)	-5,355	0,000*
NDAMDÖ	162-207	191,4±10,6	195(186-198)	129-204	161,6±14,7	161(149-171)	-7,945	0,000*

Kontrol ve deney grubunda yer alan kadınların doğum sırasında kendilerine bakım veren hemşirelerin desteğine yönelik bakım algılarını ölçen "Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" puan ortancalarının karşılaştırılması Tablo 18'de verilmiştir. Ölçeğin Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlama, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Postpartum Bakım ve Beklentilerin Karşılanması alt boyutları deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Mahremiyete saygı alt botunda ise kontrol ve deney grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), bebekle tanışma, hastane odası ve hastane olanakları alt boyutlarının her iki grubun puan ortancalarının benzer olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney (191,4±10,6) ve kontrol (161,6±14,7) grubu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Buna göre DG'undaki annelerin Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlama, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Postpartum Bakım, Beklentilerin Karşılanması, Mahremiyete saygı ve ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu ve normal doğumdan memnuniyetlerinin KG'undan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 19. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme ölçeğine göre memnuniyet düzeylerinin ile Gruplar arası Karşılaştırılması

NDAMDÖ	Deney Grubu (n:55)		Kontrol Grubu (n: 55)				
	n	%	n	%	n	%	χ^2P
Memnuniyet düzeyi düşük	0	0.0	15	27.3	15	13.6	**17.36**
Memnuniyet düzeyi yüksek	55	100.0	40	72.7	95	86.4	(0.00)

Deney ve kontrol grubundaki annelerin Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğine göre memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 19'da verilmiştir. Ölçek puanlarına göre deney grubunun tamamı (%100) memnuniyetleri yüksek iken kontrol grubundaki annelerin %27.3'ünün memnuniyetleri düşük bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Bu sonuca göre bilgilendirme desteği normal doğumda memnuniyet arttıran bir girişim olarak değerlendirile bilinir.

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Travay sürecinde gebeye verilen aralıklı bilgilendirme desteğinin doğum sürecine, ağrısına, annenin doğumda verilen hemşirelik desteğini algılamasına ve memnuniyete etkisini belirlemek amacı ile yapılan araştırmada verilen bilgilendirme desteğini "Travayda bilgilendirme desteği kontrol formu" ile araştırmacının hem kendini hem de gebeye bilgilendirme desteğini sağlanıp sağlanamadığının da değerlendirildiği araştırmadan elde edilen bulgular yedi başlık altında tartışılmıştır.

1. Sosyodemografik Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması
2. Vital Bulguların ve Kontraksiyon Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Doğum Eyleminde Travayda Verilen Düzenli Bilgilendirme Desteğinin Doğum Ve Doğum Sonu Birinci Saatteki Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması
4. Doğum Eyleminde Travayda Verilen Düzenli Bilgilendirme Desteğinin Doğum Sürecinde Eylemin Süresi İlgili Bulguların Tartışılması
5. Bilgi Desteğinin Yenidoğan Sağlığına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması
6. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algılarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması
7. Bilgi Desteğinin Normal Doğumda Anne Memnuniyetine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Bulguların Tartışılması

Gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde; her iki gruptaki katılımcıların da yaş ortalaması, eğitim durumları, çalışma durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, yaşadıkları yer ve aile tipi gibi özellikleri yönünden benzer özelliklere sahip oldukları

belirlenmiştir (Tablo 5; p > 0, 05). Bu durum çalışma sonuçlarının güvenilir olacağını göstermesi açısından önemlidir.

TNSA-2013'de, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlemlenmiştir. Ayrıca 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşının 22.9 olduğunu göstermektedir. Bulgularımız TNSA 2013 bulguları ve Şaşmaz (2015)'in doğumda destekleyici bakımın doğum korkusuna etkisini incelediği tanımlayıcı çalışmasında yaş grubu açısından benzerlik göstermektedir (TNSA, 2013; Şaşmaz, 2015).

TNSA 2013 verilerinde kadınların eğitim durumlarına baktığımız da ise; %12'si eğitimsiz, %35 ilkokul, %22 ortaokul mezunu, %31'i lise ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2013). Çalışmamızda ilköğretim mezunu DG' da %38,2, KG'da %52,7 olduğu, lise mezunu DG'da %38,2 iken KG'da %36,4 olduğu ve üniversite mezunu olanlar ise DG'da %23,6 , KG'da %10,6 olduğu belirlenmiş olup çalışmamız eğitim durumu verilerinin TNSA 2013 verileri ile benzer olduğu görülmüştür.

Karaman (2017)'ın doğum eyleminde hareket serbestliğini değerlendirdiği deneysel çalışmasında KG'undaki gebelerin %34,3'ü, DG'ndaki gebelerin ise %5,7'si ilkokul mezunu olduğunu belirtmiştir (Karaman, 2017). Ayrıca Coşar (2012)'ın Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisine baktığı çalışmasında da KG'nda bulunan gebelerin %51,4'ü, DG'nda bulunanların ise %0'nın ilkokul mezunu olduğunu belirtmiştir (Coşar, 2012).

Ülkemizde primipar gebelerin eğitim düzeylerinin değerlendirildiği; Şahin ve arkadaşlarının (2007), Coşar (2012), Aslan (2016) ve Karaman (2017)'nin yaptıkları çalışmalara göre çalışma gruplarında bulununan gebelerin lise/üniversite mezunu oranının daha fazla olduğu bildirilmiş ve İstanbul'da yapılan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Bu veriler de bizim çalışma verilerimizle uyumludur ve eğitim düzeyinde lise/üniversite mezunlarının yüksek çıkmasının çalışmanın yapıldığı hastanenin bulunduğu ilden kaynaklandığı da düşünülebilir.

5.1.2. Vital Bulguların ve Kontraksiyon Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan her iki grupta ki gebelerin vital bulguları (Tansiyon arteriyel, vücut ısı nabız ve solunum sayısı) hastaneye kabulde yani aktif faz başı, aktif faz sonu ve geçiş fazında olmak üzere 3 kez değerlendirilmiştir. DG ve KG'undaki gebelerin Vital bulguların her ölçümü benzer bulunmuştur (p>0, 05; Tablo 11). Çalışmamızda travay süresince verilen bilgilendirme desteğinin gebelerin vital bulgularında değişikliğe neden olmadığı belirlenmiş olup, verilen desteğin gebelerin vital bulgularına etki etmemesi bu uygulamanın güvenle kullanılabileceğini göstermesi açısından önemli ve çalışmamızı güçlendiren bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan temel güç uterus kontraksiyonlarıdır. Aktif fazda kontraksiyonlar yaklaşık olarak 3-5 dakikada bir gelip 40-60 saniye sürmekte iken geçiş fazın ise kontraksiyonlar yaklaşık olarak 2-3 dakikada bir gelip 60-90 saniye sürmektedir. İkinci evrede kontraksiyonlar yaklaşık olarak 1.5-2 dakikada bir gelip 60- 90 saniye sürmektedir (Taşkın 2012).

Çalışmamızda kontraksiyon sayı, süre ve şiddeti literatürde doğumun fazlarına göre bildirilen şekilde ilerlediği görülmektedir. Deney ve Kontrol grubundaki gebelerin hastaneye kabul, aktif faz başı-sonu ve geçiş fazında 10 dakikada oluşan kontraksiyon sıklıkları ortalamalarının karşılaştırıldığında, araştırmaya katılan gebelerin kontraksiyon sıklıkları da benzer olup, uygulanan bilgilendirme desteği gebelerin kontraksiyonlarını etkilemediği sonucuna varılmıştır (p>0,05; Tablo 12).

5.1.3. Doğum Eyleminde Travayda Verilen Bilgilendirme Desteğinin Doğum ve Doğum Sonu Birinci Saatteki Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Doğumda ağrı fizyolojik bir olaydır (Gönenç ve Terzioğlu, 2012). Doğumda yaşanan ağrı fizyolojik olmasına rağmen kontrol edilemeyen doğum ağrısının anne ve fetüs sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) doğum ağrısını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmiştir (Mamuk ve Davas, 2010).

Çiçek (2016)' nın kalitatif olarak yürüttüğü çalışmasında kadınlar; doğum ağrısının kötü, ilaçlarla azaltılması ve kurtulmak için çareler aradıkları bir durum olduğunu belirtmişlerdir (Çiçek, 2016).

Çalışmamıza doğum eyleminin aktif fazında bulunan gebeler kabul edilmiş olup blok randomizasyon yöntemi ile DG ve KG'larına ayrılmışlardır. Deney Grubuna Travayda Bilgilendirme Desteğine başlanmış ve doğum sonu birinci saatin sonuna kadar devam etmiştir. Kontrol grubuna ise kurumun belirlediği travay bakım standartları uygulanmış doğum sonu 1. saatin sonuna kadar doğumhanede rutin bakımı sürdürülmüştür. Her iki gruptan aktif faz sonunda GKÖ2, geçiş fazında GKÖ3 ve doğum sonu birinci saatin sonunda GKÖ4 ölçümleri yapılmıştır. Çalışmamızda DG ve KG aktif faz başında (GKÖ1) ağrı şiddeti ortalamalarının benzer olduğu istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 7; $p>0.05$) belirlenmiştir. Bu sonuç, araştırmanın DG ve KG'da yer alan kadınların benzer doğum ağrısı puanları ile araştırmaya dahil edildiğini ve grupların homojen olduğunu göstermektedir ve çalışmanın güçlü bir yönü olarak değerlendirilmiştir.

DG ve KG'unun doğumhaneye kabulü sağlandıktan sonra DG'una bilgilendirme desteği başlamış, Aktif faz sonunda (GKÖ2), geçiş fazında (GKÖ3) ve doğum sonu 1. Saatte (GKÖ4) KG'nun, DG'undan daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiş ve aralarında ki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 6; $p<0,001$). Travayda düzenli bilgi desteği alan kadınların doğum ağrılarıyla daha iyi

baş ettiklerini göstermiştir. Bu sonuçlara göre " **H_2: Travayda bilgilendirme desteği verilen gebelerin travay sürecinde yapılan bilgilendirme desteği sonrası görsel kıyaslama ölçek puanları kontrol grubuna göre düşüktür"** hipotezi kabul edilmiştir.

İntrapartum dönemde ebe/hemşireler tarafından verilen destekleyici bakımın analjezi ihtiyacını azalttığı (McGrath ve Kennell 2008; Hodnett 2012; Bohren ve ark., 2017) ve ağrı skorlarının destekleyici bakım verilmeyen gebelere oranla anlamlı derecede düşük (Akbarzadeh ve ark., 2014; İşbir ve Serçekuş, 2017) olduğunu belirtilmektedir. Literatürde doğumda hemşire/ebenin uyguladığı destekleyici bakımın ağrı şiddetleri üzerine etkisinin olumlu olduğunu gösteren sonuçlar, çalışmadan elde edilen bulguları desteklemektedir.

Kadınlara doğum eyleminde ağrı yaşanmasının doğal bir süreç olduğu açıklandığında doğum ağrısını kabul ettikleri ve doğum ağrısına olumlu tepki verdikleri belirtilmektedir (Whitburn ve ark. 2014). Çalışmamızda DG'nda ki kadınlara doğum kasılmalarının normal fizyolojik bir süreç olduğu, doğum süreci boyunca nasıl değişeceği ve kasılmaların neden olduğu bilgisi kontraksiyon ölçümleri sırasında verilmiştir. Nöromatriks Ağrı Teorisi'ne göre algılar ve duygular vücudun ürettiği duyguları etkilemektedir (Melzack, 2001). Mongan (2012) olumlu düşünmenin stres hormonlarını azaltarak, ağrının daha az algılanmasını ve doğum sürecinin olumlu bir deneyim olarak yaşanmasını sağladığını belirtilmektedir (Mongan 2012). Çalışmamız da bilgilendirme desteği süresince gebe ile kurulan iletişimde sade, anlaşılır ve olumlu bir dil kullanılmış, olumsuz duygu oluşturabilecek kelimelerin kullanımından kaçınılmıştır. Latent ve aktif fazda nefes egzersizlerinin (Yıldırım ve Şahin 2004) gevşeme tekniklerinin (Smith ve ark., 2012) ve hareket serbestliğinin (Karaman, 2017) ağrıyı azalttığı belirtilmektedir.

Ayrıca Çiçek (2016)'nın kalitatif olarak yürüttüğü çalışmasında görüşme yaptığı kadınlar; "Bilgi vermeleri, güzel sözler söylemeleri, derin derin nefes alın demeleri doğum ağrılarımı azalttı.", "Yürümemi söylediler serum kolumdayken yürümemi söylediler. Hem daha az hissedersin hem de açıklığın daha kolay olur diye yürümemi

söylediler.” gibi ifadeler ile doğum ağrıları olduğu zaman hemşirelerin kendileriyle ilgilenmelerinin, yönlendirmelerinin ve yalnız bırakmamalarının ağrılarını azalttığını ifade etmişlerdir (Çiçek, 2016).

Çalışmamızda solunum/ gevşeme egzersizleri ve hareket etmenin önemi/ dikey doğum pozisyonları hakkında bilgi desteği saatlik olarak verilmiş olup kadının rahatlaması, ağrısının azalması ve doğum sürecine uyumlarını sağlanmıştır. Bunun sonucunda travayda bilgilendirme desteği alan kadınların aktif faz sonu, geçiş fazı ve doğum sonu birinci saatte ki doğum ağrılarını da azalttığı istatistiksel olarak belirlenmiştir.

5.1.4. Doğum Eyleminde Travayda Verilen Düzenli Bilgilendirme Desteğinin Doğum Sürecinde Eylemin Süresi İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmanın yapıldığı doğum salonunda, gebelerin doğum için yatış kararı ve tıbbi bakım hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi doğrultusunda gerçekleştirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2010). Bu nedenle riskli gebelikler ve özel durumlar haricinde doğumhane yatışı için gebelerin doğumun aktif fazına girmiş olması (servikal dilatasyon 4-5cm) beklenmektedir.

Çalışmamızda travay sürecinde aktif faz sürecinde bulunan DG’daki gebelere düzenli olarak saatlik aralıklar ile doğum süreci (efasman ve dilatasyon bulguları), yapılan tedavi ve işlemler, nefes ve gevşeme teknikleri, dikey pozisyonlar, ıkınma teknikleri hakkında bilgi desteği sağlanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye kabulü ile doğum masasına alınması arasında geçen travay süresi ve eylem sürelerinin her iki grubunda travay süresi açısından incelendiğinde istatistiksel olarak benzer olduğu görülmüştür (Tablo 14; $p>0,05$)

Ekspulsiyon fazı süreleri açısından incelendiğinde; DG 30,7±9,8 dk, KG'unun ise 37,0±10,7 dk DG'undaki gebelerin eylemlerinin 7 dakika daha kısa sürdüğü belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 14; $p<0,05$). Travayda düzenli bilgi desteğinin eylem süresi üzerine etkili olduğu ve doğum süresini kısalttığı görülmüştür. Bunun sonucunda **"H_1: Travayda bilgilendirme desteği verilen gebelerin travay sürecinde yapılan bilgilendirme desteği sonrası ekspulsiyon fazı süresi kontrol grubuna göre daha kısadır"** hipotezi kabul edilmiştir.

İsbir ve Serçekuş (2017)'nin sürekli doğum desteğinin doğum korkusuna etkisini inceledikleri çalışmalarında eylem sürelerinin sürekli desteklenen grupta daha kısa olduğunu belirtmişlerdir (İsbir ve Serçekuş, 2017).

Bolbol-Haghighi ve ark.(2016)' ın intrapartum dönemde destekleyici bakımla ilgili randomize kontrolü çalışmalarında deney grubunun eylem süresinin kontrol grubuna göre ileri derecede anlamlı bulduklarını belirtmişlerdir.

Kashanian ve ark. (2010) İran'da yaptıkları çalışmalarında, doğum sırasında kadınlara verilen sürekli hemşirelik desteğinin, doğumun birinci evresinin aktif fazını ve ekspulsiyon evresini kısalttığı ve sezaryen doğum oranını düşürdüğü belirlemişlerdir (Kashanian ve ark., 2010).

Unutkan (2018) yaptığı çalışmada antenatal dönemde verilen doğuma hazırlık eğitimi alan girişim grubundaki kadınların doğumlarının latent ve aktif fazının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kısa olduğu belirtmiştir (Unutkan, 2018).

Yüksel (2016)'in latent fazda verilen nefes egzersizi eğitiminin travay sonuçlarına etkisini değerlendirdiği çalışmasında, eğitim alan grubun doğumun ikinci fazının kontrol grubuna oranla daha kısa sürdüğünü belirtmiştir (Yüksel, 2016). Benzer şekilde çalışmamızda bilgilendirme desteği alan grupta eylem süresinin kısaldığı bulunmuştur. Çalışmamızda verilen bilgi desteğinin, DG'nda yer alan kadınların eylem sürelerini kısalttığı istaistiksel olarak belirlenmiştir.

Anne ve yenidoğan sağlığına etkilerini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmalarda doğumda rutin uygulanan lavmanın, doğum süresi ve kadınların memnuniyeti açısından anlamlı fark bulunmamış ayrıca gebede ağrıya neden olabilen ve hoş olmayan bir uygulama olup rutinde önerilmemesine karar verilmiştir (Kanıt düzeyi: D) (Başgöl ve Beji, 2015).. Benzer bir şekilde DSÖ 2018 yılında ki pozitif doğum önerilerinde de travayı hızlandırmak ve doğal indüksiyonu sağlamak amacı ile travayda lavman uygulamasını önermemektedir (WHO, 2018; Yıldız, 2019). Araştırmamızda hem deney hem de kontrol grubundaki gebelere lavman uygulanmamıştır.

Travayda diğer bir müdahale olan indüksiyon ile ilgili olarak DSÖ 2018 yılında ki pozitif doğum önerilerinde travay süresini kısaltmak amacı ile indüksiyon uygulamasını önermemektedir. Araştırmamızda hem deney hem de kontrol grubundaki gebelere indüksiyon uygulanmamıştır. Doğuma müdahale olarak görülen ve uygulanması önerilmeyen lavman ve indüksiyon araştırmamızdaki tüm gebelere uygulanmaması araştırmamızın güçlü bir yönü olarak değerlendirilmiştir

DSÖ 2018 doğumun ikinci evresinde ki pozitif doğum önerilerinde epizyotomiyi önermemektdir. Ancak araştırmamızda ki DG'unun %89,1'ine, KG'unun ise %78,2'sinde epizyotomi açılmış ve her iki gruba da epizyotomi açılma oranlarının benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 15; $p>0.05$). Bu durum araştırmaya alınma kriterlerinden olan ilk gebeliği olan anne adaylarının örneklemimiz oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda örnekleme toplam 115 gebe alınmış olup, 5 gebe araştırma dışı kalmıştır. Araştırma dışı kalan gebeler müdahaleli doğum yöntemlerinden sezaryen ve vakumla (DG'undaki gebelerden 1'i vakum diğeri sezaryen, KG'undaki 3 gebe sezaryen) doğum yapmaları nedeni ile araştırma dışı kalmışlardır. Bu durumda bilgilendirme desteğinin sezaryen doğuma ihtiyacı azaltan bir uygulama olarak değerlendirilmiştir.

5.1.5. Bilgi Desteğinin Yenidoğan Sağlığına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğumun aktif faz sonu ve geçiş fazında fetal kalp atım hızı her iki grupta da benzer olarak normal sınırlarda ölçülmüş ve fetal kalp atım hızı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (P>0,05; Tablo 13). Bu sonuç verilen bilgilendirme desteğinin fetal kalp hızını etkilemediğini göstermiş ve uygulamanın fetal sağlık açısından da güvenle uygulanabileceğini ortaya koymuştur**.**

Deney ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğan vücut ağırlığı (gr), boy uzunluğu (cm) ortalamaları ve cinsiyetlerinin gruplar arası karşılaştırılmasında grupların benzer oldukları ve aralarında istatiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05; Tablo 16).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğan birinci ve beşinci dakika Apgar puan ortalamalarınalarına bakıldığında; DG yer alan annelerin bebeklerinin birinci ve beşinci dakika Apgar puan ortalamalarının KG yer alanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farkın DG unun doğum eyleminin 7 dakika kısa sürmesinden kaynaklamış olabileceği düşünülmüştür.

Birinci dakika Apgar puan ortalamalarında DG'unda yer alan annelerin bebeklerinyle KG bebeklerin arasında istatiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu (p<0,001; Tablo 16) ve beşinci dakika Apgar puan ortalamalarında da istatiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05;Tablo 16).

Bolbol-Haghighi ve ark. (2016)'nın intrapartum dönemde ebelik öğrencileri tarafından verilen destekleyici bakımın sonuçlarını değerlendirdikleri randomize kontrollü çalımalarında, destek alan grubun Apgar birinci ve beşinci dakika puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu belirtmiştirler. Bolbol-Haghighi ve ark. (2016)'nın çalışması çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Ayrıca Gençalp (1998)'in doğum eyleminin aktif fazında verilen hemşirelik bakım desteği ile ilgili çalışmasında da çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlardan bahsetmektir (Gençalp, 1998). Benzer şekilde çalışam sonuçlarımızla

uyumlu olarak Gönenç (2013)'ün çalışmasında uyguladığı masaj ve aküpressürün Apgar puanlarını etkilemediği gruplar arası farklılığın bulumadığını belirtmiştir (Gönenç, 2013).

5.1.6. Bilgi Desteğinin Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algılarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek ile kadında kontrolün kendinde olduğu duygusu hissettirilebilinir ve doğum ağrısı ile baş etmesi sağlanabilir. Böylece olumsuz doğum deneyimi yaşaması önlenebilir ve doğumu olumlu bir yaşama deneyimi olarak algılayabilir (Chen ve ark., 2001; Adams ve Bianchi, 2008). Bilgilendirme desteği ile gebeye fetüs (FKA, NST sonuçları) ve kendi sağlığı (vital bulgular, kontraksiyonlar, ağrı ile baş etme vb) ile ilgili, doğum süreci (servikal değişimler), yapılan girişimler (NST, damar yolu açılması vb) ve doğuma yönelik prosedürler (servise çıkış ve taburculuk zamanı) hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanmıştır.

Bilgilendirme desteği uygulanan DG'undaki annelerin destekleyici bakım algıları KG'na göre yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur (Tablo 17). Bu sonuca göre travayda aralıklı bilgi desteği sağlanan kadınların kendilerini daha fazla destek algılarının yüsek olduğu görülmüştür. Bunun sonucunda **"H4: Travayda bilgilendirme desteği alan gebelerin doğumda destek algılama ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksektir"** hipotezi kabul edilmiştir. Mukamiro ve ark.(2017)'ın doğum sonu birinci yılında olan 921 kadınla yaptığı çalışmada doğum esnasında görevli ebe/hemşirenin psikolojik destek sağlaması, güven ortamı oluşturması anneyi durumla ilgili bilgilendirmesi ve ten tene temasın annenin doğumu ve bakımı algılayışını olumlu etkilediğini belirlemiştir (Mukamurigo ve ark., 2017). Çiçek (2016) doğum eylemi

sırasında Roy Adaptasyon Modeli rehberliğinde uyguladığı hemşirelik bakım grubundaki gebelerin, kontrol grubundaki gebelere göre doğum eylemi süresince verilen destekleyici bakımı daha olumlu algıladıklarını belirtmiştir (Çiçek, 2016). Coşar ve Demirci (2012)'in çalışmasında da antenatal dönemde Lamaze felsefesine dayalı doğum hazırlık eğitimine katılan ve doğumda destek verilen gebelerin doğuma uyumlarının daha iyi olduğunu ve olumlu doğum algısının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Coşar, 2012). Bu sonuçlar çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir.

DVDBİAÖ rahatlatıcı davranışlar, eğitim ve rahatsız edici davranışlar olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. DVDBİAÖ'nin rahatlatıcı davranışlar alt boyutu; ebe/ hemşirelerin kibar, güler yüzlü, saygılı, güven verici ve cesaretlendirici bir dil kullanarak, gebenin değerli olduğunu hissettiren, rahat etmesini sağlayan, mahremiyetine önem veren, gebenin kararlarına saygılı, hijyenine önem veren, gebenin soru sormasına fırsat veren ve kendinden emin yönlerini içermektedir (Çiçek, 2016). Kadınların doğum eylemi ile baş etmeleri ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları için destek almaya ve önemsendiğini hissetmeye gereksinimleri vardır. Bu araştırma da bilgi desteği sağlanırken araştırmacı tarafından cesretlendirici, olumlu ve saygılı davranışlar sergilenmiş, soru sormaları desteklenmiştir. Bu uygulamaların gebeleri doğum sürecinde rahatlamasını sağladığı, ayrıca araştırmacının da gebeleri rahatlamada oldukça başarılı olduğunu gösteren bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Çiçek (2016)'nın kalitatif olarak yürüttüğü çalışmasında katılımcılar; "Bilgi vermeleri, güzel sözler söylemeleri, derin derin nefes alın demeleri doğum ağrılarımı azalttı.", "Bir şey yapıldığı zaman söylüyorlardı, şimdi bunu yapacağız, sen bacağını sıkma, canını acıtmayacağız. Onlar öyle deyince rahatladım, korkmadım.", "Nasıl nefes alıp verirsek daha rahatlatıcı olur, doğum esnasında ne yapmamız gerektiğini, bebek gelecek artık, nasıl ıkınmamız gerektiğini tarif ettiler." gibi ifadeleri ile doğum eylemi sürecinde ebe/hemşirelerden ihtiyaç duydukları ve aldıkları olumlu doğum desteğini belirtmişlerdir (Çiçek, 2016).

Literatürde doğum sürecinde gebeye bilgi verilmesi hem gebenin kendi kontrolünü sağlamasına hem de enerjisinin korunmasına yardımcı olduğu (Dağlar ve

Güler, 2004), doğum eylemindeki bakım sunan hemşire/ebelerin sözlü ve sözsüz iletişimi ve bu iletişim şekilleri arasındaki uyumu gebenin verilen bilgiyi anlayabilmesi açısından önem taşıdığı (Adams ve Bianchi 2008), bilgilendirme yapılırken kullanılan dilin; gebenin kültürü ve bilgiyi nasıl anladığı dikkate alınarak belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. (Adams ve Bianchi 2008).

Şaşmaz araştırmasında doğum eyleminin her aşamasında bilgi desteği sağlamak kadar verilen bilginin niteliğininde önemli olduğunu belirtmiştir (Şaşmaz, 2015).

DVDBİAÖ'nin eğitim alt boyutunda; ağrıyı azaltıcı tekniklerin, doğum eylemi süresince ve doğum anında yapılan tedavi ve girişimlerin anlaşılır, sade bir dille açıklanmasını içermektedir (Uludağ ve Mete, 2014).

DVDBİKAÖ eğitim alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında DG'undaki kadınların puan ortalamalarının, KG'undaki kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve aralarında ki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 17). Bu sonuca göre de bilgilendirme desteği verilen kadınların eğitim algılarının yüksek olduğu, bilgilendirme desteğinin başarılı ve nitelikli bir şekilde gerçekleştirildiği sonucuna varılmıştır.

DSÖ 2018 yılı Pozitif Doğum Önerileri Rehberinde; doğum eylemi sürecinde ki tüm gebelerin saygınlıklarını, mahremiyetlerini koruyacak şekilde düzenlenmiş, zarar ve kötü muamele görmelerini engelleyen, travay ve doğum sırasında bilinçli seçim yapmalarını ve sürekli destek almalarını sağlayan saygılı anne bakımı önermektedir (DSÖ, 2018; Yıldız, 2019).

DVDBİAÖ'nin son alt boyutu olan rahatsız edici davranışlar, rahatlatıcı davranışlar alt boyutunun tersi davranış ve uygulamaları kapsamaktadır. Yani ebe/ hemşirelerin doğum sürcindeki gebeye kendini yetersiz, yargılayıcı ve suçlu hissettirici davranışlarını, kaba ve ilgisiz oldukları, soru sormasına izin vermedikleri hemşirelik bakımı için uygun olmayan davranışları kapsamaktadır (Çiçek, 2016). Araştırmamızda Rahatsız edici davranışlar alt boyutu puan ortalaması KG'undaki kadınların puan ortalamaları DG'undan daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark

istatiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p<0,001$) bir fark bulunmuştur (Tablo 17). Gebelere verilen doğum desteğinin rahatsız edici davranışları içermemesi pozitif bir doğum deneyimi ve algısı anlamına gelmektedir. Bu bulgu DG'nda yer alan kadınlara bilgilendirme desteği ile doğum eyleminde rahatlamalarını sağlayacak girişimleri uygulamaları (pozisyon, nefes, gevşeme vb) sağlandığı ve kadınları rahatsız edici davranışlardan kaçınıldığının göstergesidir.

5.1.7. Bilgi Desteğinin Normal Doğumda Anne Memnuniyetine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Pozitif bir doğum deneyimi kadının başarı ve özgüven duygularının gelişmesine katkıda bulunurken, bir sonra ki doğumu ile ilgili olarakta olumlu düşüncelere sahip olmasını sağlayabilmektedir. Bunun yanında olumsuz ve tatmin edici olmayan doğum deneyimi kadının doğumunu acı, öfke, üzüntü, korku verici olarak hatırlamasına neden olabilmektedir (Goodman ve ark., 2004; Bozkurt, 2013).

Doğum deneyiminden memnuniyet, karmaşık ve psikolojik bir cevap olarak tanımlanmakta ve doğum ağrısını azaltığı, etkin analjezi sağladığı belirtilmektedir (Kömürcü ve Ergin, 2008).

NDAMDÖ'nin Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlama, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Postpartum Bakım ve Beklentilerin Karşılanması alt boyutları DG ve KG karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiş, Mahremiyete saygı alt botunda ise KG ve DG arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), bebekle tanışma, hastane odası ve hastane olanakları alt boyutlarının her iki grubun puan ortancalarının benzer olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 18). NDAMDÖ'i toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p<0.001$) belirlenmiştir (Tablo 18). Travayda düzenli bilgi desteği sağlanan kadınların doğum deneyimlerinin daha olumlu geçtiği ve doğum memnuniyetlerinin

daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sonucunda, **"H3: Travayda bilgilendirme desteği verilen gebelerin memnuniyet ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksektir"** hipotezi kabul edilmiştir.

Literatürda destekleyici hemşirelik bakımı ile ilgili çalışmaların sonucunda; doğum sürecinde verilen profesyonel desteğin kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamasında (Waldenström ark., 2004; Larsson ve ark., 2011) ve doğum deneyiminden memnuniyeti arttırmada önemli olduğu belirtilmektedir (Simkin ve Bolding 2004; Hodnett ark., 2013). Çalışmamızda aralıklı bilgilendirme desteği alan deney grubu annelerin NDAMDÖ toplam ölçek puan ortalamalarının ve Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlama, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Postpartum Bakım ve Beklentilerin Karşılanması alt boyutlarının ortalamalarının KG göre daha yüksek olmasını açıklamaktadır.

Doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakımı sonucunda doğum ağrısı azaltmakta ve doğum süresi kısaltmaktadır. Bu durum kadınların doğumdan memnuniyetini artmasını sağlamaktadır (Kashanian ve ark., 2010). Çalışmamızda deney grubundaki kadınların aldıkları bilgi desteği sonrasında doğum ağrısı şiddetlerinin ve süresinin azaldığı belirlenmiştir. Bu durum deney grubundaki kadınların doğum deneyiminden memnuniyetlerinin yüksek olmasını açıklamaktadır.

Erenoğlu (2013)'nun doğum eyleminin geçiş fazında uyguladığı ekspressif dokunma ile ilgili çalışmasında; duygusal destek ve dokunmanın doğum memnuniyeti ölçek puanlarını arttırdığını belirtmektedir (Erenoğlu, 2013). Bu araştırmadan elde edilen bulgular bizim çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Literatürde doğum eylemi sırasında mesane sondası, lavman, indüksiyon, amniotomi gibi girişimlerin de doğum deneyiminden memnuniyeti azalttığını gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır (Hodnett, 2002; Brown ve Lumley, 1998). Bizim çalışmamızda doğum eylemi girişimlerinden olan oksitosin uygulaması, lavman ve rutin amniyotimi uygulanmaması da her iki grupta memnuniyet ölçek puanlarını arttırdığı kanaatindeyiz.

NDAMDÖ ölçeğinin bebekle tanışma, hastane odası ve hastane olanakları alt boyutlarının her iki grubun puan ortancalarının benzer olduğu çalışma sonucunda belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı hastanenin bebek dostu hastane olması nedeniyle bebekle erken temas ve 24 saat ayrılmama politikasının kurum içinde etkin uygulanması sonucunda NDAMDÖ bebekle tanışma alt boyutu her iki gruptada benzer çıkmıştır. Bu benzerlik her iki gruba da fizik, koşullar konusunda eşit imkanların sağlandığını göstermektedir bu da çalışmamızın güçlü bir yanını oluşturduğu kanatindeyiz.

5.2. Sonuç

- ✓ Sosyo demografik verilerde; her iki gruptaki katılımcıların da yaş ortalaması, eğitim ve çalışma durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, yaşadıkları yer ve aile tipi gibi özellikleri yönünden benzer özelliklere sahip oldukları (Tablo 5; $p > 0.05$).
- ✓ DG ve KG'undaki gebelerin aktif faz başı yani doğumhaneye kabul edildiklerinde ilk ağrı şiddeti ortalamalarını benzer olduğu (Tablo 7; $p>0.05$), aktif faz sonu, geçiş fazı ve doğum sonu ilk bir saat için de ki değerlendirmede DG'un ağrı şiddeti ortalarının KG'unda göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu (Tablo 7; $p<0.001$),
- ✓ GKÖ ortalamasına göre ağrı şiddetleri grup içi karşılaştırılmaları incelendiğinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. heriki grupta da ağrı şiddetlerinin ortalaması en yüksek geçiş fazında olup, bunu aktif faz sonu ve aktif faz başı ortalamaları takip etmektedir (Tablo 8; DG ($F=762,19$ $p<0.001$), KG ($F=623,26$ $p<0.001$).
- ✓ Verilen bilgilendirme desteğinin doğumun aktif faz sonu, geçiş fazında gebelerin vital bulguları, kontraksiyon sıklığı ve fetal kalp atım hızına herhangi bir etkisinin olmadığı (Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13; $p>0.05$),
- ✓ Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların travay sürelerinin benzer olduğu (Tablo 14; $p>0.05$),
- ✓ DG'unda ki gebelerin eylemlerinin KG'undaki gebelere göre daha kısa sürdüğü belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Tablo 14; $p<0.005$).
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki annelerin yenidoğan sağlıklarına ilişkin 1. ve 5. Dakika APGAR, vücut ağırlığı (gr), boy uzunluğu (cm) ortalamaları ve cinsiyetlerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 16'de yer almaktadır. DG'undaki annelerin yenidoğanlarının 1. ve 5. Dakika APGAR ortalamaları

KG'undaki annelerin yenidoğanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiş aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (Tablo 16; $p<0.005$).

- ✓ DG ve KG'undaki annelerin yenidoğanlarının doğum kilosu ve boy uzunluğu açısından her iki grup homojen olduğu ve istatistiksel olarak fark bulunmadığı (Tablo 16; $p>0.05$).
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki annelerin Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğine göre memnuniyet düzeylerinin karşılaştırıldığında göre deney grubunun tamamı (%100) memnuniyetleri yüksek iken kontrol grubundaki annelerin %27.3' ünün memnuniyetleri düşük bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 17; $p<0.001$).
- ✓ Deney grubunda yer alan kadınların Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme ölçeği toplam puan kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş arakarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 18;$p<0.001$).
- ✓ Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında DG ve KG'ları grupları arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 19 ;$p<0.001$).
- ✓ Doğum eylemi girişimlerinden olan lavman ve indüksiyon uygulaması her iki grupta da uygulanmamıştır.
- ✓ Epizyotomi; DG'unun %89,1'ine, KG'unun ise %78,2'sinde epizyotomi açılmış ve her iki gruba da epizyotomi açılma oranlarının benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 15; $p>0.05$).
- ✓ Çalışmamıza toplam 115 primipar gebe dahil edilmiş olup, sezaryen olan dört gebemiz (DG 1 gebe, KG 3 gebe) fetal distres endikasyonu ile acil sezaryene alınmıştır. Ayrıca DG'dan bir gebemize de vakum uygulandığı için çalışma dışı kalmışlardır. 115 kişilik örneklem grubundan sadece dört gebenin sezaryene alınması bilgilendirme desteğinin annenin doğuma etkin katılımının sağlanarak doğum sürecinde isteğe ve doğum korkusuna bağlı sezaryen oranlarını azaltmada etkili olmuştur.

5.2.1. Öneriler

Travayda bilgilendirme desteği kadınların doğum ağrısını ve süresini azaltarak olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarını sağlamış aynı zamanda bilgilendirme desteği verilen katılımcıların Doğumda verilen destekleyici bakıma ilişkin algılarının ve doğum memnuniyetleri yüksek olduğu belirlenen çalışma sonuçları doğurultusunda;

- ✓ Bu Travayda Bilgilendirme Desteği Formu standardize edilerek doğum sürecindeki tüm gebelere uygulanması,
- ✓ Doğum ünitelerinde çalışan ebe/hemşirelere araştırma sonuçlarının sunulduğu hizmet için eğitimler düzenleyerek bilgilendirme desteğinin yaygınlaştırılması,
- ✓ Ebelik ve hemşirelik lisans eğitim müfredatlarına doğuma destek konusuna eklenmesi ya da konu ile ilgili ders saatlerinin arttırılması,
- ✓ Ebelik ve hemşirelik lisans öğrencilerinin klinik uygulamalarında Travayda bilgilendirme desteği kontrol formunun kullanılarak yaygınlaştırılması uzun vade de olumlu doğum deneyimlerinin artması, kadınların normal doğuma ilgisinin artarak anne isteğine bağlı sezaren oranlarında azalmaya sebep olacağını,
- ✓ Rutin travay bakım hizmetleri kapsamında olan ancak iş yoğunluğu nedeni ile istendik düzeyde (tek bir ebe/hemşire) yapılamayan bilgilendirme desteğinin sistematik ve formal olarak ebe/ hemşire tarafından verilmesi gebenin, doğum eylemine bilinçli katılımını sağlayacağını, doğumda endikasyonsuz lavman indüksiyon ve müdehaleli doğumların azalmasına katkıda bulunacağını,
- ✓ Ayrıca doğuma müdehaleye bağlı anne ve bebekte gelişebilecek komplikasyonları azaltarak, anne bebek etkileşiminin daha sağlıklı gelişmesine neden olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKÇA

ACOG, A. C. Number :209 Obstetric Analgesia and Anesthesia. ACOG Practıce Bulletıne. 2017

Adams E., Bianchi A. A practical approach to labor support. Journal Of Obstetric, Gynecologic And Neonatal Nursing 2008; 37(1), 106-115.

Akbarzadeh M., Masoudi Z., Hadianfard M., Kasraeian M., Zare N. Comparison of the effects of maternal supportive care and acupressure (BL32 Acupoint) on pregnant women's pain intensity and delivery outcome. J Pregnancy 2014; 2014: 1-7

Akın B., Çeber Turfan E. Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin doğumdan memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2016; 1-16.

Akın B., Soğukpınar N., Akman L.,Yavuzşen HT. Doğum eyleminin birinci evresindeki maternal möbilizasyonun doğum şekli ve yenidoğan sağlığı üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(2), 33-41.

Aktaş S. Ebelere Verilen Empati Eğitiminin Doğumda Anne Memnuniyetine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Prof.Dr. Türkan Pasinlioğlu).

Alkan E., Aslantekin Özçoban F. Yoganın gebelik, doğum ve doğum sonuçları üzerine etkisi. Smyrna Tıp Dergisi 2017, 64-71.

Arslan Özkan H., Bilgin Z. Kanıta Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi. Ankara; 2019.

Aslan FE. Ağrı değerlendirme yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 9-16.

Atan Ünsal Ş., Duran Taşçı E., Kavlak O., Dönmez S., Sevil Ü. Spontaneous vaginal delivery or caesarean section? What do turkish women think?. International Journal of Nursing Practice 2013; 19: 1–7.

Avcıbay B., Alan S. Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. Mersin Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 4(3), 18-24.

Barrett S., Stark MA. Factors associated with labor support. The Journal Of Perinatal Education 2010; 19(1), 12-18.

Başgöl Ş., Beji Kızılkaya N. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 5 (2): 32-39.

Beji NK. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul; 2015.

Bilgiç Ş. Hemşirelikte holistik bir uygulama; aromaterapi. Namık Kemal Tıp Dergisi 2017; 5(3) , 134-141.

Bohren M., Hormeyr G., Sakala C., Fukuzawa R., Cuthbert A. Continuous Support For Women During Childbirth. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2017,Issue 7, Art. No.: CD003766.DOI: 10.1002/14651858.CD003766.Pub6.

Bozkurt Ş. Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç.Dr. Ergül Aslan)

Borders N., Wendland C., Haozous E., Leeman L., Rogers R. Midwives' verbal support of nulliparous women in second-stage labor. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN 2013; 42(3), 311–320. doi:10.1111/1552-6909.12028

Brown S, Lumley J. Changing childbirth: lessons from an australian survey of 1336 women. Br J Obstet Gynaecol 1998;105: 143-155.

Bruggemann O., Parpinelli M., Osis M., Cecatti J., Neto A. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. Reproductive Health 2007; 4 (5): 1-7.

Campero L, Cecilia G, Carmen D, Olivia O ve ark. ``Alone, I wouldn't have known what to do":A qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. Social Science Medical 1998; 47(3): 395-403.

Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massege on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. Journal of Advanced Nursing 2002; 38 (1): 68-73.

Chen CH, Wang SY, Chang MY. Women's Perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. BIRTH 2001; 28 (3): 180-185.

Chuntharapat S., Petpichetchian W., Hatthakit U. Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. Complementary Therapies İn Clinical Practice 2008; 14, 105–115.

Coşar F. Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı, Doktora Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nurdan Demirci).

Coşar F., Demirci N. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi . S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi 2012; 3(1): 18-30.

Cunningham FG., Leveno KJ., Bloom SL., Hauth JC., Rouse DJ., Spong CY. Williams Obstetrik. Çeviren: Ceylan Y., Yıldırım G., Gedikbaşı A., Aslan H., Gül A. Vajinal Doğum. 2. Basım, İstanbul Tıp Kitabevi. İstanbul; 2016.

Çalık Yeşilçiçek K. Doğum Eyleminde Sp6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. Nuran Kömürcü).

Çalık Yeşilçiçek K., Kömürcü N. Sp6 noktasına akupresür uygulanan gebelerin doğum eylemine ve akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4(1): 29-37.

Çankaya S., Ak A., Polat Y., Filiz F., Künduro F., Mızrak F., Han E. Doğum için başvuran gebelerin empatik iletişim beklentilerinin ebeler tarafından karşılanma durumu. Genel Tıp Dergisi 2014; 7-14.

Çatalgöl, Ş. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecine Etkisi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Rabia Ekti Genç).

Çiçek Ö. Doğum Eyleminde Uygulanan Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Ağrısı, Doğum Süresi Ve Memnuniyete Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2016, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Samiye Mete).

Dağlar G., Güler H. Ebelerin doğum anında anneler verdiği bakım hizmeti: annelerin değerlendirmesi ve beklentileri. Artemis 2004; 5(1): 42- 47.

Dahlberg U., Aune I. The woman's birth experience-The effect of interpersonal relationships and continuity of care. Midwifery 2013; 29(4): pp. 407- 415.

Esencan Yılmaz T., Karabulut Ö., Yıldırım A., Abbasoğlu D., ark. Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018; 26(1): 31-43.

Erenel Ş. A., Çiçek S. Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2018.

Erenoğlu R. Ekspressif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi. Erciyes Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı, Doktora Tezi, 2013, Kayseri (Danışman: Doç. Dr. Mürrvet Başer).

Ergöl Ş., Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 1: 26-34.

Essa RM., Ismail N., Ismail AA. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. Journal Of Nursing Education And Practice 2015; 5 (4): 98-107.

Hacker NF., Moore JG., Gambone JC. Obstetrik Ve jinekolojinin Temelleri. Çeviren: Üstün C., Koçak İ. 4. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul; 2009.

Gençalp, NS. Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, 1998, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Gülümser Kubilay).

Genç Koyucu R., Demirci N. Doğumun ikinci evresinde kullanılan ıkınma tipleri: literatür gözden geçirme çalışması. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2016; 2(1): 33-39.

Genç Koyucu R., Demirci N., Yumru A., Salman S., Ayanoğlu YT., Tosun Y., Tayfur C. Effects of ıntradermal sterile water ınjections in women with low back pain in labor: a randomized, controlled, clinical trial. Balkan Med J 2018; 35: 148-54.

Genç Moralar D., Aygen Türkmen Ü., Altan A. Doğum analjezisi. Okmeydanı Tıp Dergisi 2011; 5-11.

Goodman, P., Mackey, M.C., Tavakoli, A.S. Factors related to childbirth satisfaction. Issues and Innovations In Nursing Practice 2004; 46 (2): 212-219.

Göncü Serhatlıoğlu S., Karahan N. Doğum memnuniyeti ve etkileyen faktörler. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2018; 75-91.

Gönenç İ. Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressürün Algılanan Dopum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine Ve Maliyete Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Fisun Terzioğlu)

Gönenç İM., Terzioğlu F. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1(3): 129-143.

Güngör İ. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).

Gürel SA., Gürel H., Balcan E., Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. Perinetoloji Dergisi, 2006; 14 (2): 90-95.

Hamidzadeh A., Shahpourian F., Orak RJ., Montazeri AS., Khosravi A. Effects of lı4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. Journal Of Midwifery & Women's Health 2012; 57(2):133-138.

Hamlacı Y. Lı4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Saadet Yazıcı)

Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstetr Gynecol 2002;186(5): 160-72.
Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ. Continous support for women during child- birth. The Cochrane Collaboration 2007; 4 (3):1-68.

İpek A. Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Gülşen Eryılmaz).

İsbir GG., Okumuş H. Doğum ağrısı ile baş etmede güvenli yaklaşım hipnoz. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2011; 8(2): 7-10.

İsbir GG., Serçekuş P. The effects of ıntrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: a single-blind randomized controlled trial. The Journal of Nursing Research 2017; 25(2): 112-119.

Jahdi F., Sheikhan F., Haghani H., Sharifi B., Ghaseminejad A., Khodarahmian M., Rouhana, N. Yoga during pregnancy: the effects on labor pain and delivery outcomes (a randomized controlled trial). Complement Ther Clin Pract 201; 27: 1-4.

Kabakian – Khasholian T, El- Nemer A, Bashour H. Perceptions about labour companionship at public teaching hospitals ın three arab countries. İnternational Journal Of Gynaecol And Obstetrics 2015; 129 (3): 223-6.

Kanık EA., Taşdelen B., Erdoğan S. Klinik denemelerde randomizasyon. Marmara Medical Journal 2011;24:149-55.

Karaçam Z. Doğum sırasında kullanılan pozisyonların anne bebek sağlığına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2001; 5(2): 56-62.

Karaçam Z., Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe / hemşirenin rolü. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi 2011; 19(1): 45-53.

Karaman ÖE. Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Eylem Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç.Dr.Hatice Yıldız).

Karaman ÖE., Yıldız, H. Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: nasıl? Ne sağlar? Kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? Turkiye Klinikleri J Nurs Sci 2018; 10(1); 78-87.

Kashanıan M., Shahalı S. Effects of acupressure at the sanyinjiao point (sp6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. The Journal Of Maternal-Fetal And Neonatal Medicine 2010; 23(7): 638–641.

Kashanian M., Javadi F., Haghighi M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. International Journal Of Gynecology And Obstetrics 2010; 109 (3): 198-200.

Khadem-Rezaiyan M., Saeidi R., Ghazanfarpour M., Mashhadi ME., Najafi MN. Relationship between hypnosis for pain management inlabor and adverse neonatal outcomes: a systematic review. Iranian Journal Of Neonatology 2018; 70-75.

Kızılkaya N. Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. Perinatoloji Dergisi 1997; 5(3-4): 110-116.

Kızılkaya T., Yılmaz T. Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evresindeki uygulamalarda güncel durum. Türkiye Klinikleri J Health Sci 2018.

Köksal Ö., Taşçı Duran E. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. DEUHYO ED 2013; 6(3): 144-148.

Kömürcü N., Ergin Berkiten A. Doğum ağrısında farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009; 6(2): 29-35.

Kömürcü N. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul; 2014.

Langer A., Campero L., Garcia C., Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a mexican public hospital: a randomised clinical trial. British Journal Of Obstetrics And Gynaecology 1998; 105: 1056-1063.

Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I ve ark. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. Sex Reprod Healthc 2011;2(2): 83–9.

Lee M., Chang S., Kang DH. Effects of sp6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. The Journal Of Alternatıve And Complementary Medıcıne 2004; 10(6): 959-965.

Lee N., Kildea S., Stapleton H. 'Tough love': the experiences of midwives giving women sterile water injections for the relief of back pain in labour. Midwifery 2017; 53: 80-86.

Lunda P., Minnie C. S., Benadé P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. BMC pregnancy and childbirth 2018; 18(1): 167. doi:10.1186/s12884-018-1755-8

Lundgren I, Karlsdottir SI, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context- a secondary analysis. Int J Qual Studies Health Well-being. 2009;4(2): 115-28.

Mamuk R., Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman:Prof.Dr. Nimet Sevgi Gençalp).

Mamuk R., Lumbosakral Bölgeye Uygulanan İntradermel Steril Su Enjeksiyonunun Doğumda Ağrı Algısına Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2017, İstanbul (Danışman:Prof.Dr. Nevin Şahin Hotun).

Mamuk R., Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma teknikleri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2010; 137-144.

Mamuk R., Gençalp, NS. Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi. International Journal Of Human Sciences 2013; 48-66.

Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. Journal of Dental Education 2001; 65(12): 1378-1382.

Mete S. Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6(2): 93-98.

Miltner RS. Identifying labor support actions of intrapartum nurses. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2000; 29 (5): 491-499.

Mucuk S., Başer M. Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(3): 61-66.

.

Mukamurigo J., Berg M., Ntaganira J., Nyirazinyoye L., Dencker A. Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in rwanda. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 181.

Najafi F., Jaafarpour M., Sayehmiri K., Khajavikhan J. An evaluation of acupressure on the sanyinjiao (sp6) and hugo (lı4) points on the pain severity and length of labor: a systematic review and meta-analysis study. Iran J Nurs Midwifery 2018; 23(1): 1–7.

National Institute for Health and Care Excellence, Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. 2007.

Nurses A.O., AWHONN. Nursing support of laboring women. Journal Of Obstetric, Gynecologic And Neonatal Nursing 2011; 40 (5): 665-666.

Okumuş F., Aslan Ş. Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2017; 4(1): 32-40.

Okumuş H., Yenal K., Ozan YD, Öztürk E. Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: literatür derlemesi. Türkiye'deki gelişimi, Türkiye Kinikleri Journal of Obstetric Womens Health Disease Nursing Special Topics 2015; 1(1): 16-24.

Ondeck M. Healthy birth practice 2: walk, move around, and change positions throughout labor. J Perinat Educ. 2014 ; 23(4): 188-193.

Orgun, F. Sağlık Eğitimi ve Sağlığın İyileştirilmesi. Karadakovan, A., Aslan, F.E. (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevi, Özyurt Matbaacılık, Adana, 2010; 41-55.

Ölçer Z., Bozkurt G. Uyku kalitesinin doğuma ve doğum ağrısına etkisi. HSP 2015; 2(3): 334-344.

Özbaşaran F., Yanıkkerem E. Doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarının değerlendirilmesi. STED 2004; 16 (1): 50-56.

Özcan Ş., Arslan, E. Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetin belirlenmesi. F.N. Hem. Derg 2015; 23(1): 41-48.

Öztürk T. Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilemesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi. Marmara Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Nurdan Demirci).

Payant L, Davies B, Graham ID, Peterson WE ve ark. Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37(4): 405-14.

Pascali-Bonaro D. Childbirth education and doula care during times of trauma, stress, and grieving. J Perinat Edu. 2003;12(4):1–7.

Phumdoung S, Good M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain, Pain Management Nursing; 4 (2), 54-61.

Potur Coşkuner D., Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlacı Y. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. International Nursing Review 2017; 64(4):576–583.

Rahimparva S., Nasehi G., Khakbazan Z., Kazemnejad A. Effects of professional labor support education to ıranian midwifery students on mothers' satisfaction. Client-Centered Nursing Care 2018; 4 (3): 123-130.

Rathfisch, G. Gebelikten Anneliğe Yoga. 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul; 2015.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni, 2017.

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı 2014; Yayın No: 925.

Scott KD, Klaus PH, Klaus MH. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. J Womens Health Gend Based Med 1999;8(10): 1257-64.

Serçekuş P., Yenal K. Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye'deki gelişimi, Türkiye Kinikleri Journal of Obstetric Womens Health Disease Nursing Special Topics 2015; 1(1): 33- 35.

Sevil Ü., Ertem G. Perinetoloji ve Bakım. 1. Basım, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. İzmir; 2016.

Sevil, Ü., Ertem, G. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 8(2): 117-123.

Sigurdardotti VL., Gamble J., Gudmundsdottir B., Kristjansdottir H., Sveinsdottir H., Gottfredsdottir, H. The predictive role of support in the birth experience: a longitudinal cohort study. Women And Birth 2017; 30: 450–459.

Simavli S., Kaygusuz I., Gümüş İ., Usluoğulları B., Yıldırım M., Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. Journal Of Affective Disorders 2014; 156: 194-199.

Simkin P., Ancheta R., Doğum Süreci El Kitabı. Çevirven: Mete, S. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul; 2016.

Sleutel MR. İntrapartum nursing: integra- ting Rubin’s framawork with social support theory. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2003; 32 (1): 76-82.

Smith C., Collins C., Cyna A., Crowther C. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 18;(4):CD003521.

Stark MA, Remynse M, Zwelling E. Importance of the birth environment to support physiologic birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs : JOGNN / NAACOG. 2016;45(2):285–94.

Şaşmaz G. Kadının Doğum Eylemindeki Destekleyici Bakım Algısı ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Samiye Mete).

Taşçı E., Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi 2007; 181-186.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Özyurt Matbaacılık.. Ankara; 2016.

Taşocak, G. Hasta Eğitimi. 3. Basım. FNHYO Yayını, İ.Ü. Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul, 2012; 9-93.

TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2013.

Tohumat Ş.Ö. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelerin Hasta Eğitimi ve Bilgilendirme İşlevini Yapma Durumu. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman Prof. Dr. Nevin Kanan).

Topçu İ., Dişsiz M. Doğum eyleminde kullanılan manipülatif ve beden temelli tamamlayıcı-alternatif yöntemler. Hemşirelik Bilimi Dergisi 2018; 1(2): 33-37.

Tournaire M., Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. Ecam 2007; 4(4): 409–417.

Tumblin A, Simkin P. Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. Birth 2001; 28 (1): 52-55.

Tuncay S., Kaplan S., Moralıoğlu Tekin Ö. An assessment of the effects of hydrotherapy during the active phase of labor on the labor process and parenting behavior. Clinical Nursing Research 2017; 28(3): 298-320.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. 2010.

Türkmen H. Masaj Ve Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Konfora Etkisi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2017, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Nazan Tuna Oran).

Uludağ E., Mete S. Doğum eyleminde destekleyici bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2014; 3(2): 22-29.

Uludağ E. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği. Dokuz Eylül Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Samiye Mete).

Ulusoy Gökkoca FZ. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. Sted 2001; 10 (10): 371-374.

Unutkan, A. Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2018, Antalya (Danışman: Doç. Dr. Hatice Yangın).

Ünal İ. (2017). Annelerin Doğumdan Memnuniyetine ve Doğum Eyleminde Destekleyici Bakımına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Programı, Yükseklisans Tezi, 2017, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Hafize Öztürk Can).

Vaijayanthimala M., Judie , A. Mobility is an adjuvant approach for ıntrapartum care - a clinical randomized ınterventional study. International Journal Of Pharmaceutical And Clinical Research 2014; 6(4): 356-362.

Vulkan LH., Yıldız S. Hipnoz ve doğum. İntegratif Tıp Dergisi 2016; 8-12.

Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. BIRTH 2004;31(1): 17–27.

Wan H., Hu S., Thobaben M., Hou Y., Yin T. Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. Journal Contemporary Nurse 2011; 37(2): 149-159.

Wang M., Song Q., Xu J., Hu Z., Gong Y., Lee AC., Chen Q. Continuous support during labour in childbirth: a Cross-Sectional study in a university teaching hospital in Shanghai, China. BMC pregnancy and childbirth 2018, 18(1): 480. doi:10.1186/s12884-018-2119-0.

Weeks F., Pantoja L., Ortiz J., Foster J., Cavada GB. Labor and birth care satisfaction associated with medical ınterventions and accompaniment during labor among chilean women. J Midwifery Womens Health 2017; 62(2): 196-203.

Whitburna L., Jones L., Davey MA., Mcdonald S. The nature of labour pain: an updated review of the literature. Women And Birth 2019; 28-38.

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

Yazgan E. Doğumhane Ortam ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Doğumdan Memnuniyet ve Anne- Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi . Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Anayit Margirit Çoşkun).

Yıldırım E. Doğumun Birinci Evresinde Elde Bulunan Kalın Bağırsak 4 Bölgesine Uygulanan Buz Basısının Doğum Ağrısı ve Sürecine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2014, Adana (Danışman: Yard. Doç. Dr. Sultan Alan).

Yıldırım G. Doğum Eyleminde Uygulanan Ikınma Tekniğinin Anne Fetüs Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı, Doktora Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).

Yıldırım G., Şahin Hotun N. Doğum ağrısının değerlendirilmesi ve kontrolü. İ.Ü.F.N.H.Y.O Dergisi 2003; 51(13): 101-113.

Yıldız H. Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya sağlık örgütü önerileri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019; 5(2): 98-105.

Yıldız NK. İlaçsız Ağrı Kontrol Yöntemlerinden TENS'in Doğum Ağrısını Algılamaya Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2003, İstanbul (Danışman: Doç.Dr. Nimet Sevgi Gençalp).

Yıllar Erkek Z., Pasinlioğlu T. Doğum ağrısında kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 19(1): 71-77.

Yıllar Z. Doğum eyleminde bel ağrısının hafifletilmesinde intradermal steril su enjeksiyonu. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17(3): 179-186.

Yılmaz Alp F., Başer M. Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi. ACU Sağlık Bil Derg 2017; (1): 24-28

Yılmaz E., Nazik F. Annelerin doğumu algılayışı ile hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişki. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2018; 15 (2): 52-56.

Yüksel H. Normal Doğumda Nefes Egzersizlerinin Doğum Travayına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2016, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Yasemin Çayır).

Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M ve ark. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: A meta-analysis. Obstet Gynecol, 1996;88(4): 739-44.

EKLER

1. Gebe Tanılama Formu
2. Görsel Kıyaslama Ölçeği
3. Travay Bilgilendirme Desteği Formu
4. Doğum İzlem Formu
5. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları Ölçeği
6. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği
7. Yakacık Doğum Ve Çoçuk Hastalıkları Hastanesi İzni
8. Marmara Tıp Fakültesi Etik Kurul İzni
9. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları Ölçeği Kullanım İzni
10. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni
11. Gönüllü Onamı
12. Sözel Bildiri Kabul Yazısı
13. Kongre Sözel Bildiri Ödül Belgesi

1. GEBE TANILAMA FORMU **EK:1**

ANKET **Vaka No:**

1. Yaşınız: …….

2. Eşinizin yaşı: ……..

3. Öğrenim Durumunuz:
1) Okur-yazar değil 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu 4) Lise mezunu 5) Üniversite mezunu

4. Eşinizin öğrenim durumu
1) Okur-yazar değil 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu 4) Lise mezunu 5) Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz:

6. Eşinizin mesleği:

7. Sosyal güvence durumunuz:

8. Ailenizin ekonomik durumu:
1) Çok kötü 2) Kötü 3) Orta 4) İyi 5) Çok iyi

9. Yaşadığınız yer :
1) İl Merkezi 2) İlçe Merkezi 3) Köy-kasaba

10. Aile tipiniz:
1) Geniş aile 2) Çekirdek aile 3) Parçalanmış aile

11. Önemli bir hastalığınız var mı?
1) Evet (……..) 2) Hayır

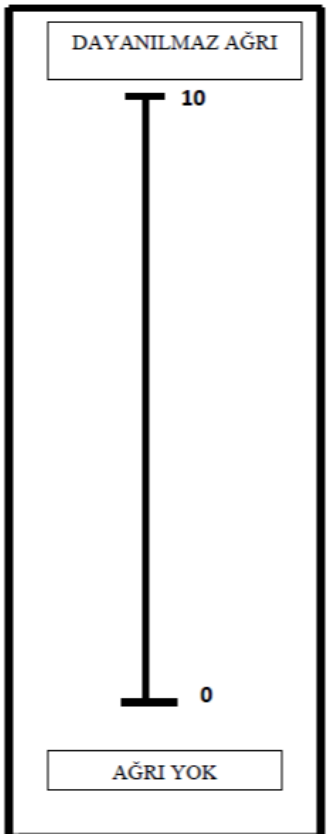
12. Devamlı olarak kullandığınız ilaç / ilaçlar var mı?
1) Evet (……..) 2) Hayır

13. Doğum öncesi dönemde herhangi bir sağlık kuruluşunda bakım/eğitim aldınız mı?
1) Evet 2) Hayır

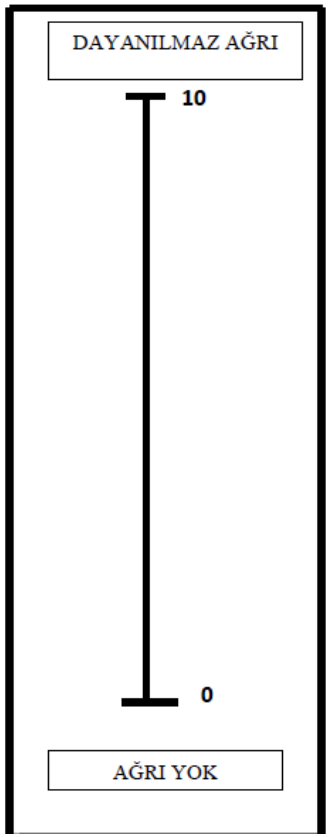
14. Doğum öncesi kaç kez bakım aldınız?
.....

2. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ **EK:2**

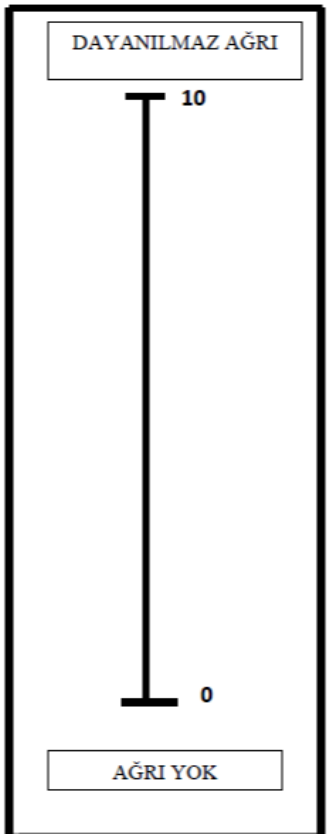
AKTİF FAZ BAŞI
Dilatasyon 4cm



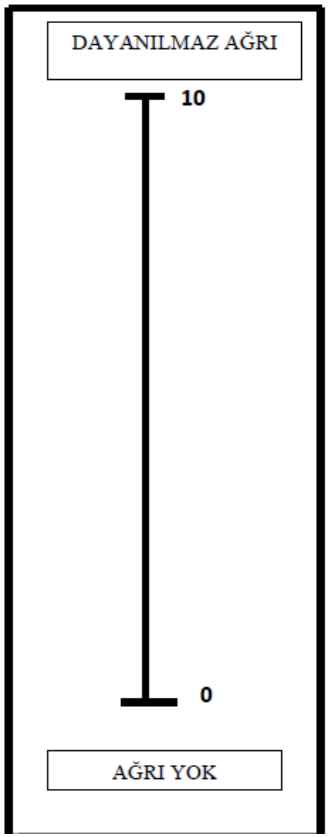
AKTİF FAZ SONU
Dilatasyon 7cm



GEÇİŞ FAZI
Dilatasyon 8cm



DOĞUM SONU
1 Saat Sonu



3. TRAVAYDA BİLGİLENDİRME DESTEĞİ KONTROL FORMU EK:3

TRAVAYDA BİLGİLENDİRME DESTEĞİ KONTROL FORMU										
Hasta Kabul	Kendini Tanıt	☐	Ekibi Tanıt	☐	Travayı Tanıt	☐	Doğumhaneyi Tanıt	☐		
Konu Başlıkları	**1. Saat**		**2. Saat**		**3. Saat**		**4. Saat**		**5. Saat**	
Yapılacak İşlem/ tedaviyi Açıklama	İlaçları Açıklama*	☐	İlaçları Açıklama*	☐	İlaçları Açıklama*	☐	İlaçları Açıklama*	☐	İlaçları Açıklama*	☐
	Damaryolu Açma	☐	Damaryolu Açma	☐	Damaryolu Açma	☐	Damaryolu Açma	☐	Damaryolu açma	☐
	Mesaneye Sonda Uygulama*	☐	Mesaneye Sonda Uygulama*	☐	Mesaneye Sonda Uygulama*	☐	Mesaneye Sonda Uygulama*	☐	Mesaneye Sonda Uygulama*	☐
	Amniyotomi*	☐	Amniyotomi*	☐	Amniyotomi*	☐	Amniyotomi*	☐	Amniyotomi*	☐
	Epizyotomi*	☐	Epizyotomi*	☐	Epizyotomi*	☐	Epizyotomi*	☐	Epizyotomi*	☐
Hangi Pozisyonları Almalı?	Dikey Pozisyonlar	☐	Dikey Pozisyonlar	☐	Dikey Pozisyonlar	☐	Dikey Pozisyonlar	☐	Dikey Pozisyonlar	☐
	Diz- Dirsek	☐	Diz- Dirsek	☐	Diz- Dirsek	☐	Diz- Dirsek	☐	Diz- Dirsek	☐
	Secde	☐	Secde	☐	Secde	☐	Secde	☐	Secde	☐
	Çömelme	☐	Çömelme	☐	Çömelme	☐	Çömelme	☐	Çömelme	☐
	Litotomi	☐	Litotomi	☐	Litotomi	☐	Litotomi	☐	Litotomi	☐
Ağrı Kontrolü	Nefes	☐	Nefes	☐	Nefes	☐	Nefes	☐	Nefes	☐
	Odaklanma	☐	Odaklanma	☐	Odaklanma	☐	Odaklanma	☐	Odaklanma	☐
Gevşeme/Esneme Egzersizleri	Hayal Kurma	☐	Hayal Kurma	☐	Hayal Kurma	☐	Hayal Kurma	☐	Hayal Kurma	☐
Ikınma Teknikleri	Spontan	☐	Spontan	☐	Spontan	☐	Spontan	☐	Spontan	☐
	Valsava	☐	Valsava	☐	Valsava	☐	Valsava	☐	Valsava	☐
Süreç Hakkında Bilgi Verme	Servikal Açıklık	☐	Servikal Açıklık	☐	Servikal Açıklık	☐	Servikal Açıklık	☐	Servikal Açıklık	☐
	Bebeğin Durumu	☐	Bebeğin Durumu	☐	Bebeğin Durumu	☐	Bebeğin Durumu	☐	Bebeğin Durumu	☐
	Doğum Zamanı	☐	Doğum Zamanı	☐	Doğum Zamanı	☐	Doğum Zamanı	☐	Doğum Zamanı	☐
	Servise Çıkış Zamanı	☐	Servise Çıkış Zamanı	☐	Servise Çıkış Zamanı	☐	Servise Çıkış Zamanı	☐	Servise Çıkış Zamanı	☐
NST Hakkında Bilgi Verme	Uygulama Amacı	☐	Uygulama Amacı	☐	Uygulama Amacı	☐	Uygulama Amacı	☐	Uygulama Amacı	☐
	Neye Bakılır?	☐	Neye Bakılır?	☐	Neye Bakılır?	☐	Neye Bakılır?	☐	Neye Bakılır?	☐
	Ne Kadar Sürer?	☐	Ne Kadar Sürer?	☐	Ne Kadar Sürer?	☐	Ne Kadar Sürer?	☐	Ne Kadar Sürer?	☐
Soruları Yanıtlama										
Bilgilendirme Sonrası Değerlendirme	Doğru Hitap	☐	Doğru Nefes/Gevşeme	☐	Doğru Pozisyon	☐	Doğru Ikınma	☐	Sürece Uyum	☐
Notlar										

(*) : Uygulamanın yapılması durumunda bilgilendirme yapıldı.

4.DOĞUM EYLEMİ İZLEM FORMU EK:4

1. **Doğum ağrılarının başladığı tarih ve saat:**
2. **Hastaneye geldiği saat:**
3. **Oksitosin Uygulaması :**
4. **Gebe muayene bulguları**

Bulgular		**DH kabulde**	**1. saat**	**2. saat**	**3. saat**	**4. saat**	**5. saat**
Dilastayon							
Efasman							
Başın Seviyesi							
Amnios Kesesi							
Fetal kalp atım hızı							
Konraksiyon Sıklığı, Şiddeti							
Uygulama önce	**Ağrı (GKÖ)**						

5. **Gebe Vital bulguları**

Vital bulguları	**DH Kabulde**	**Aktif**	**Geçiş fazında**
Kan basıncı			
Nabız			
Ateş			
Solunum			

Doğum eylemi

Doğumun başlama saati	
Doğum saati	
Plesantanın ayrıldığı saat	
Epizyotomi / Deşur	

Bebek cinsiyeti: **Tartısı:** **Boyu:**

Apgar **1 dk……..** **5. Dk……**

Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algıları Ölçeği EK:5

DOĞUMHANEYE GELDİĞİM ANDAN DOĞUMUM BİTENE KADAR OLAN SÜREDE EBE YA DA HEMŞİRE;	Puanınız			
	1:Hiçbir zaman	2: Bazen	3: Genellikle	4 :Her zaman
1. Nazikti				
2. Saygılıydı				
3. Kabaydı				
4. Kendimi ve bebeğimi güvende hissetirdi				
5. Sabırsızdı				
6. Cesaretlendiriciydi				
7. Yargılayıcı ve suçlayıcıydı				
8. Kendimi önemli ve değerli hissetirdi				
9. Güler yüzlüydü				
10. İsteklerimi karşılamaya çalıştı				
11. Beni sakinleştirdi				
12. İlgisizdi				
13. Rahat etmemi sağladı				
14. Ağrımı daha az hissetmem için yöntemler öğretti				
15. Gizliliğimi/mahremiyetimi korudu				
16. Kendimi aşağılanmış hissetirdi				
17. Kendimi çaresiz hissettirdi				
18. Bana dokunarak beni rahatlattı				
19. Kendimi yalnız hissettirdi				
20. Bana yaptığı her uygulamayı açıkladı				
21. Kararlarıma saygı gösterdi				
22. Doğumda neler yapmam gerektiğini öğretti				
23. Doğum anında yapmam gerekenlere yardımcı oldu				
24. Konuşmaları cesaret kırıcıydı				
25. Açıklamaları anlaşılırdı				
26. Ortamın temiz olmasına özen gösterdi				
27. Doğum anında nasıl ıkınacağımı öğretti				
28. Doğum anında nasıl nefes alacağımı öğretti				
29. Kendimi yetersiz hissettirdi				
30. Her aşamada bilgi verdi				
31. Sakin ve kendinden emindi				
32. Sorularımı duymazdan geldi				
33. Soru sormam için beni cesaretlendirdi				

EK:6

DOĞUMDA ANNE MEMNUNİYETİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (NORMAL DOĞUM)

Yönerge: Bu ankette annelerin doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyetlerini değerlendiren sorular bulunmaktadır. Lütfen, aşağıda verilen ifadelerle katılıp katılmadığınıza karar veriniz ve her sorunun yanındaki *Katılmıyorum, Kısmen Katılıyorum, Kararsızım, Katılıyorum ve Kesinlikle katılıyorum* seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Boş soru bırakmamaya özen gösteriniz. Kimliğiniz ve cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

1. Hastanede kaldığım sürece benimle ilgilenen doktor ve hemşirelerin sayısı yeterliydi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
2. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler bana iyi davrandılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
3. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler aileme iyi davrandılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
4. Doktorların doğumum sırasında gerekli olan tüm tıbbi müdahaleleri yaptığına inanıyorum.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
5. Sancılarla baş etmeme yardımcı olmak için hemşireler bana yeterince zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
6. Hemşireler doğumdaki ihtiyaçlarımı karşılamak için bana yeterince zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
7. Doğumda herkes bana sadece ne yapmam gerektiğini söylüyordu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
8. Doğum sancılarımı azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, masaj vb) yapılmasını isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
9. Doğumdaki stresimi azaltmak için benimle daha fazla ilgilenilmesini isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
10. Doğumda ailemin yaşadığı stresi azaltmak için onlarla daha fazla ilgilenilmesini isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
11. Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında bana bilgi verildi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

12. Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında eşime / aileme bilgi verildi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
13. Doğumda doktorlar ve ebe/hemşireler onlara söylediğim her şeyi dikkate aldılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
14. Doğumda hangi doktor ve ebe/hemşirenin benimle ilgileneceğini biliyordum.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
15. Doktorlar ve hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu bana açıkladılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
16. Doktorlar ve hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu aileme açıkladılar.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
17. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde benim onayım alındı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
18. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde eşimin/ailemi onayı alındı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
19. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken kucağıma alabilmeyi isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
20. Doğumdan sonra ailemin bebeğimizi daha erken görebilmesini isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
21. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken emzirmeyi isterdim.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
22. Doğumdan sonra yaşadığım ağrı ve rahatsızlıkları azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, soğuk uygulama vb) yapılabilirdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
23. Doğumdan sonraki dönemde hemşireler ihtiyaçlarımı yeterince karşıladı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
24. Hemşireler bana loğusalıkta kendi bakımım konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
25. Hemşireler bana bebek bakımı konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
26. Hemşireler bebeği emzirmeme / beslememe yardım etmek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

					☐
27. Loğusalık ve bebek bakımı ile ilgili konularda farklı doktor/hemşirelerin verdikleri bilgiler tutarlıydı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
28. Doğum sancıları sırasında kaldığım oda ihtiyaçlarımın karşılanması için uygun ve temiz bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
29. Doğum yaptığım oda doğum için uygun ve temiz bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
30. Doğumdan sonra kaldığım oda ihtiyaçlarıma uygun ve rahat bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
31. Doğumdan sonra kaldığım oda ailemin ve yakınlarımın ziyareti için uygun ve rahat bir yerdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
32. Ben doğumdayken ailemin hastanede rahatça bekleyebileceği uygun bir yer vardı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
33. Hastanede ihtiyacımız olan her şeyi kolaylıkla bulabildik.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
34. Hastanede verilen yemek hizmeti iyiydi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
35. Doğum sancılarım sırasında gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
36. Doğumdan sonra gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
37. Sağlık personeli yaptıkları uygulamalarda mahremiyetime gerekli özeni gösterdi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
38. Doğumda ve doğumdan sonra ailemle yaşadığım özel anlar sağlık personelinin ertelenebilir müdahaleleri ile engellendi.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
39. Hastanede aldığım bakım bundan daha iyi olamazdı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
40. Doğum tamamen beklediğim gibi geçti.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

41. Doğumun süresi beklediğimden daha uzun sürdü.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
42. Doğumda hiç beklemediğim tıbbi müdahaleler yapıldı.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
43. Bu doğum benim için hayatımdaki en güzel deneyimlerden biri oldu.	Katılmıyorum ☐	Kısmen Katılıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

EK:7

İSTANBUL YAKACIK DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ - İSTANBUL YAKACIK DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
30/06/2017 10:06 - 53349220 - 799 - E.1944
00048094151

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Sayı : 53349220-799
Konu : Araştırma İzni

Ebe Zekiye ALTAY
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

"Travayda bilgilendirme desteğinin doğum sürecine, ağrısına, annenin doğumda desteği algılamasına ve memnuniyetine etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızı etik kurulu kararı alındıktan sonra kurumumuzda gerçekleştirmeniz için uygulama izni tarafımızdan verilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr. Murat Cengiz AŞICIOĞLU
Hastane Yöneticisi

Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Selma YILMAZ
Veri Giriş Elemanı
Güvenli Elektronik İmza Aslı ile Aynıdır
30/06/2017

Yakakent caddesi No: 19 Yakacık KARTAL/İSTANBUL
Faks No:02163772330
e-Posta:mehmet.coban2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://yakacik.iagb.gov.tr/
Bilgi için:Mehmet ÇOBAN
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:(0216) 3772396-(1154)
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 5f54a4c9-1bf9-4e23-b72b-e3552c41805d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK: 8

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2017.494**
	PROJE ADI	Travayada Bilgilendirme Desteğinin Doğum Sürecine, Ağrısına, Annenin Doğumda Desteği Algılamasına Ve Memnuniyete Etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr.Dilek Coşkuner POTUR

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 14.07.2017 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Nilüfer KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

EK: 9

Gmail Zekiye Altay <zekiye.altay@gmail.com>

Ölçek İzin

2 ileti

Elif Uludag <elif.uludag36@gmail.com> 4 Temmuz 2017 20:31
Alıcı: zekiye.altay@gmail.com

Sayın Zekiye Bahar Altay,
" Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği' mizi kullanabilirsiniz. Çalışmanızı bitirdikten sonra sonuçlarınızı bizimle paylaşmanız bizi mutlu eder.

Ekte ölçeğin tanıtımı ve ölçek maddeleri bulunmaktadır.

İyi günler dilerim.

Yard. Doç. Dr. Elif ULUDAĞ

Ölçeğin Tanıtımı.docx
19K

zekiye.altay@gmail.com <zekiye.altay@gmail.com> 4 Temmuz 2017 21:08
Alıcı: Elif Uludag <elif.uludag36@gmail.com>

Desteğiniz için çok teşekkür ederim.
İyi akşamlar

iPhone'umdan gönderildi

Elif Uludag <elif.uludag36@gmail.com> şunları yazdı (4 Tem 2017 20:31):

[Alıntılanan metin gizlendi]

<Ölçeğin Tanıtımı.docx>

EK: 10

Gmail Zekiye Altay <zekiye.altay@gmail.com>

Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

3 ileti

Zekiye Bahar Altay <zekiye.altay@gmail.com> 3 Temmuz 2017 17:19
Alıcı: ilkay1979@yahoo.com

Merhaba İlkay Hocam;
Ben Zekiye Altay , Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım.Yüksek lisans tez çalışması olarak danışmanım Yard. Doç. Dilek Çoşkuner Potur ile belirlediğimiz ' Travayda verilen bilgilendirme desteğinin Anne memnuniyetine etkisini' değerlendirmek için izniniz olursa sizin geliştirdiğiniz Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinizi (Normal Doğum) kullanmak istiyorum.

İyi Akşamlar, Sevgiler.

Hemşire Zekiye Altay

ilkay1979@yahoo.com <ilkay1979@yahoo.com> 3 Temmuz 2017 18:39
Alıcı: Zekiye Bahar Altay <zekiye.altay@gmail.com>

Merhabalar Zekiye hanım,
Geliştirmiş olduğum Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği'ni Yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Başarılar dilerim

Doç. Dr. İlkay Güngör

Zekiye Bahar Altay <zekiye.altay@gmail.com> şunları yazdı (3 Tem 2017 17:19):
[Alıntılanan metin gizlendi]

zekiye.altay@gmail.com <zekiye.altay@gmail.com> 3 Temmuz 2017 18:46
Alıcı: ilkay1979@yahoo.com

Çok teşekkür ederim hocam.
İyi Akşamlar

iPhone'umdan gönderildi

ilkay1979@yahoo.com şunları yazdı (3 Tem 2017 18:39):
[Alıntılanan metin gizlendi]

EK: 11

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: 'Travayda Bilgilendirme Desteğinin, Doğum Sürecine, Ağrısına, Annenin Doğumda Desteği algılamasına ve Memnuniyetine Etkisi' ni ölçmek amacı ile planlanmış randomize kontrollü bir çalışmadır.

Araştırmacı: Zekiye Altay (Marmara Üniversitesi)
Danışman: Yard. Doç. Dr. Dilek Potur (Marmara Üniversitesi)

Amaç: Bu çalışmanın amacı travayda bilgilendirme desteğinin, doğum sürecine, ağrısına, annenin doğumda desteği algılamasına ve memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmayı kabul ettiğiniz takdirde; öncelikle sizden bireysel özellikleriniz ve gebelikle ilişkili bilgileri içeren bilgi formundaki soruları yanıtlamanız istenecektir.

Araştırmacı Hemşire Zekiye Altay tarafından Yakacık Kadın Doğumevi Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam bakımımı üstlenen sağlık profesyonelleri ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı izin vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmada yer aldığınız için size her hangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Zekiye Altay 05369359647 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde ''katılımcı'' olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜNÜN; **ARAŞTIRMACININ;**

Adı- Soyadı: Tarih:…../...…../…….

İmzası: Adı- Soyadı:

Telefon Numarası: İmzası:

2. ULUSLARARASI İSTANBUL EBELİK GÜNLERİ

SERTİFİKA

MEDİPOL UNV İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAYIN

ZEKİYE ALTAY, DİLEK ÇOŞKUNER POTUR

2. ULUSLARARASI İSTANBUL EBELİK GÜNLERİ KONGRESİ'NDE YER ALAN
SÖZLÜ BİLDİLER ARASINDA YAPILAN ÇOKLU DEĞERLENDİRMELER SONUCUNDA

TRAVAYDA BİLGİLENDİRME DESTEĞİNİN DOĞUM SÜRECİNE, AĞRISINA ANNENİN DOĞUMDA DESTEĞİ ALGILAMASINA VE MEMNUNİYETE ETKİSİ

BAŞLIKLI BİLDİRİNİZ SÖZLÜ BİLDİRİ BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ ALMAYA HAK KAZANMIŞTIR.
BAŞARILARINIZIN DEVAMINI DİLERİZ.

DR. ÖĞR. ÜYESİ NURAN AYDIN

DR. ÖĞR. ÜYESİ ASİYE KOCATÜRK

Sayin Zekiye Altay,

25-27 Nisan 2019 tarihleri arasinda Medipol Universitesi, Kavacik Guney Kampusu, Istanbul'da duzenlenecek olan **2. Uluslararasi, 3. Ulusal Istanbul Ebelik Gunleri Kongresi**'ne gosterdiginiz ilgi icin tesekkur ederiz.

Kongre bildiri sistemine gondermis oldugunuz "**Travayda Bilgilendirme Desteginin, Dogum Surecine, Agrisina, Annenin Dogumda Destegi Algilamasina Ve Memnuniyete Etkisi - The Effect Of Information Support During Delivery On The Labor Process, Labor Pain, Mothers' Perception Of Support Received During Labor, And Satisfaction**" baslikli "0253" numarali bildiri ozetiniz, bildiri degerlendirme kurulu tarafindan degerlendirilerek **Sozlu Sunum** olarak kabul edilmistir.

Bildirinize ait sunum bilgileri asagida dikkatinize sunulmustur.

Sunum Numarasi: SS-003

Sunum Detaylari: Sozel Oturum 1
Tarih/Date: 27.4.2019, 09:20 - 09:30
Salon/Hall: 203 NOLU SINIF

Sunum surenizi **8** dakika konusma, **2** dakika tartisma olarak ayarlamanizi rica ederiz.

Not: Ayrica gondermis oldugunuz bildirinizin Kongre Bildiri Kitabi disinda tam metin kitabinda olabilmesi icin bildirinize ait tam metninizi **17.04.2019** tarihine kadar ieg@opteamist.com adresine gondermenizi rica ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Zekiye	**Soyadı**	Altay
Doğum Yeri	Şumnu	**Doğum Tarihi**	27/03/1988
Uyruğu	Türk	**Tel**	05369359647
E-mail	zekiye.altay@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık	-	-
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı	
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	2011
Lise	Üsküdar Zeynep Kamil S.M.L Ebelik Bölümü	2006

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Ebe	Ataşehir Eren Cerrahi Tıp Merkezi	2006-2007
Ebe	Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2007-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta

Program	**Kullanma becerisi**
Office Programları (Word/Excel/Poverpoint)	İyi Derecede

Kongre Sunumu: 2. Uluslararası, 3. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri; Travayda Bilgilendirme Desteğinin, Doğum Sürecine, Ağrısına, Annenin Doğumda Desteği Algılamasına Ve Memnuniyetine Etkisi İsimli Sözel Bildiri Sunumu

.

Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiri: 2. Uluslararası, 3. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri; Travayda Bilgilendirme Desteğinin, Doğum Sürecine, Ağrısına, Annenin Doğumda Desteği Algılamasına Ve Memnuniyetine Etkisi İsimli Sözel Bildiri Sunumu