TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUMDA KESİNTİSİZ EBE DESTEĞİNİN DOĞUM SÜRECİNE ETKİLERİ

GÜLSEMİN BOSTANOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

2019-İSTANBUL

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUMDA KESİNTİSİZ EBE DESTEĞİNİN DOĞUM SÜRECİNE ETKİLERİ

GÜLSEMİN BOSTANOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

2019-İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum	: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi	: Yüksek Lisans
Anabilim Dalı	: Ebelik
Tez Sahibi	: Gülsemin BOSTANOĞLU
Tez Başlığı	: Doğumda kesintisiz ebe desteğinin doğum sürecine etkileri
Sınav Yeri	: SBF Ebelik Toplantı Salonu
Sınav Tarihi	: 26.06.2019

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

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	**Kurumu**	**İmza**
Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL	Marmara Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Ebelik Bölümü	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ	Marmara Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü	
Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN	İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 03.07.2019 tarih ve 65 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

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 olmadığını beyan ederim.

GÜLSEMİN BOSTANOĞLU
İmza

TEŞEKKÜR

Bir Türk kadını olarak bu tezi yazmamı sağlayan Türk Milletinin banisi, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu ebedi Başkomutanımız Gazi Mustafa Kemal Atatürk'e,

Tez çalışmamın her aşamasında sıcaklığını ve desteğini hissettiğim, sabır, bilgi, özveri ve yardımı ile yanımda olan, kişisel ve mesleki gelişimimde varlığı ile bana ışık tutan, yol gösteren, daima cesaretlendiren çok değerli Danışman Hocam Sayın Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL'a,

Yetişmemde emeği geçen tüm hocalarıma,

Verdikleri destek ve gösterdikleri anlayıştan dolayı ebe, hekim ve tüm sağlık personeli çalışma arkadaşlarıma ve sevgili meslektaşlarım Ebe Tuba YAYLAK, Ebe Dilek ÖZKUL SARGIN ve Ebe Senem ŞEKER' e,

Çalışmaya gönüllü olarak katılma nezaketini ve güvenini gösteren tüm gebelere,

Hayatımın her aşamasında beni sonsuz sevgileri ile destekleyen ve hiç yalnız bırakmayan canım aileme

Teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI
BEYAN
TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
Kısaltmalar ve Simgeler Listesi iv
Şekiller Listesi v
Tablolar Listesi vi
Ekler Listesi vii
1. TÜRKÇE ÖZET 1
2. İNGİLİZCE ÖZET 2
3. GİRİŞ ve AMAÇ 4
4. GENEL BİLGİLER 6
4.1. Doğum Eyleminin Tanımı 6
4.2. Doğum Eylemi Evreleri ve Özellikleri 7
4.2.1. I. Evre 7
4.2.2. II. Evre 9
4.2.3. III. Evre 11
4.2.4. IV. Evre 13
4.3. Doğum Ağrısı 13
4.4. Doğum Ağrısı İle Baş etme 14
4.5. Kesintisiz Doğum Desteği 17
4.5.1. Duygusal Destek 23
4.5.2. Fiziksel Destek 24
4.5.3. Bilgi Desteği 25
4.5.4. Savunuculuk 26
5. GEREÇ ve YÖNTEM 32
5.1. Araştırmanın Tipi 32
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 32
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 32
5.4. Araştırmanın Değişkenleri 36

5.5. Verilerin Toplanması ……..……... 38
5.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi ...…… 43
6. BULGULAR …….……..……..… 45
7. TARTIŞMA ve SONUÇ ……...……..… 59
8. KAYNAKLAR …… 69
9. ÖZGEÇMİŞ ……...……. 95

Kısaltmalar ve Simgeler Listesi

BKI: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EFM: Elektronik Fetal Monitörizasyon

IASP: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı

ICM: Uluslararası Ebeler Derneği

MASF: McGill Melzack Ağrı Anketi

NST: Non- Stress Test

SOGC: Kanada Obstetri ve Jinekologlar Birliği

TENS: Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VAS: Visual Analog Skalası

Şekiller Listesi

Şekil 1: Consort Akış Şeması

Şekil 2: Araştırma Akış Şeması

Tablolar Listesi

TABLO 6-1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

TABLO 6.-2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

TABLO 6-3. Katılımcıların Durumluluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

TABLO 6-4. Katılımcıların Doğum Ağrısı İle Başa Çıkma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

TABLO 6-5. Fetal Kalp Atım Bozulması Değerlerinin Karşılaştırılması

TABLO 6-6. Katılımcıların Doğumda Yapılan Girişimler Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6-7. Katılımcıların Doğum Süresileri Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6-8. Katılımcıların Postpartum Kanama Miktarı Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6-9. Katılımcıların Postpartum Perineal Travma Durumları Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6-10. Yenidoğan Apgar Bulgularının Karşılaştırılması

TABLO 6-11. Yenidoğanların Komplikasyon Açısından Karşılaştırılması

TABLO 6-12. Katılımcıların İlk Emzirmeyi Başlatma Zamanlarının Karşılaştırılması

TABLO 6-13. Katılımcıların Anne Bebek Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

TABLO 6-14. Katılımcıların Doğum Algılarının Karşılaştırılması

TABLO 6-15. Katılımcıların Kesintisiz Ebe Desteği Tercihleri

Ekler Listesi

Ek – 1: Marmara Üniversitesi Etik Kurul Onayı ……..……..…….. 82
Ek – 2: Kurum İzin Onayı ……...……...……..……. 84
Ek – 3: Gebe Tanılama Formu ..…….... 85
Ek – 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu……..…… 91

Doğumda Kesintisiz Ebe Desteğinin Doğum Sürecine Etkileri

Öğrencinin Adı: Gülsemin BOSTANOĞLU
Danışmanı: Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL
Anabilim Dalı: Ebelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Araştırma doğumda kesintisiz ebe desteğinin doğum sürecine etkilerini belirlemek amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Aralık 2017- Aralık 2018 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran kadınlarla yapılmış randomize kontrollü deneysel niteliktedir. Güç analizi sonucuna göre alınma kriterlerine uygun 70 kadın (35 deney ve 35 kontrol) çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu ve VAS kullanılmıştır. Deney grubundaki gebelere doğum eylemi boyunca kesintisiz ebe desteği verilmiş, kontrol grubundaki gebelere çalışmanın yapıldığı klinikteki rutin bakım uygulanmıştır. Kesintisiz doğum desteği bilgi desteği, fiziksel rahatlatma, duygusal destek ve savunuculuk bileşenlerini kapsamıştır.

Bulgular: Çalışmada aktif fazdan itibaren toplam doğum süresi deney grubunda kontrol grubuna göre 2 saat 21 dakika daha kısa sürmüştür ($p<0,05$). Doğumun geçiş fazında deney grubunda kontrol grubuna göre; ağrı ile başetme düzeyi (8,69±0,83) artarken; anksiyete puanı (2.00±0,84) düşmüştür ($p<0,05$). Kontrol grubunda deney grubuna göre indüksiyon girişimi (%97,1) ve perineal travma oranı (%42,9) artmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubundaki kadınlar emzirmeye deney grubuna göre 29,24±17,06 dakika daha geç başlamışlardır ($p<0,05$). Kadınların yarısı (%54,1) savunuculuk desteğinin çok önemli olduğunu belirtmiştir.

Sonuçlar: Her kadının doğumunda kesintisiz ebe desteği alması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Kesintisiz Doğum Desteği, Doğum Süreci, Doğum Süresi, Anksiyete, Girişim, Ağrı İle Başetme.

The Effects of Continuous Midwife Support on Labor Process During Labor

Student's Name: Gülsemin BOSTANOĞLU

Consultant: Assoc. Prof. Meltem DEMİRGÖZ BAL

Department: Midwifery

2. SUMMARY

Objective: This study was planned to determine the effects of continuous midwife support during labor.

Materials and Methods: The study was randomized and controlled with women who applied to Gynecology and Obstetrics Clinic of Göztepe Training and Research Hospital between December 2017 and December 2018. According to the results of power analysis, 70 women (35 experiments and 35 controls) were included in the study. The data were collected the using the VAS and pregnant diagnosis form developed by the researcher in accordance with the literature review. While continuous midwife support was given to the pregnant women during the delivery in the experimental group, the control group was given routine care in the clinic where the study was performed. Continuous birth support contained the information support, physical relief, emotional support and advocacy components.

Findings: In the study, the total labor time from the active phase was 2:21 minutes shorter in the experimental group than the control group ($p < 0,05$). According to the control group in the experimental group in the transition phase of labor; the level of coping with pain (8.69 ± 0.83) increased; anxiety score (2.00 ± 0.84) decreased ($p < 0.05$). In the control group, induction (97.1%) and perineal trauma (42.9%) increased compared to the experimental group ($p < 0.05$). Women in the control group started breastfeeding $29,24 \pm 17,06$ minutes later than the experimental group ($p < 0,05$). Half of the women (54.1%) stated that advocacy support was very important.

Conclusions: It should be ensured that every woman receives uninterrupted midwife support at birth.

Key Words: Midwife, Constinuous Labor Support, Labor Process, Labor Time, Anxiety, Intervention, Coping With Pain.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihinin en gizemli olayı olan "doğum" edinilen her bilgi ve deneyimle gelecek kuşaklara aktarılmıştır. Bilgi, beceri ve deneyimlere teknolojik gelişmelerin de eklenmesi normal doğum eylemini değiştirmiştir. Gebelik ve doğum takibinin düzenli yapılması, düzenli ultrasonografi ve non-strest testin rutine girmesi, doğum korkusunun artması, doğum ağrısı ile etkin baş edilememesi, girişimli doğum eylemi, girişimli doğum oranlarının artması sezaryen oranlarında artmayı beraberinde getirmiştir. Bütün bu gelişmeler sonucunda Uluslararası Ebeler Derneği (ICM) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "kesintisiz ebe desteği" kavramı ortaya atılmıştır (Simkin ve Bolding, 2004; Rathfisch, 2012; Hodnet ve ark., 2014; Buckley, 2015).

Doğumda kesintisiz ebe desteği; travay ve doğum sürecinde gebe kadına fiziksel destek, duygusal destek, bilgi desteği ve savunuculuk ana başlıkları altında kesintisiz destek sağlamak olarak tanımlanabilir. Fiziksel destek, doğrudan fiziksel açıdan kadına yardım etme (farmakolojik olmayan ağrıyla baş etme yöntemlerini kullanma, ayağa kalkmasına yardım etme vb) eylemidir. Duygusal destek sevgi ve saygı ifadelerini kullanma, tüm süreçte yanında olduğunu hissettirme, duygularını ifade etmesini sağlama ve kadına güçlendirici, övücü, motive edici cümleler kurulmasını içermektedir. Bilgilendirme desteği; tavsiyelerde bulunma (nefes egzersizi gibi), doğrudan bilgi verme (doğumun süresi, efasman, dilatasyon, fetal başın seviyesi gibi) ve olumlu geri bildirimde bulunarak kadının motivasyonunu artırmaya yönelik girişimleri içermektedir. Savunuculuk desteği ise kadın adına kadının haklarının savunulmasını içermektedir. Hastane kuralları gereği eşi ile iletişim kurulmasına izin verilmediği durumlarda kadının iletişiminin ebe tarafından sağlanması, risk olmadığı müddetçe ayağa kalkmasına izin verilmesi, oral alımına destek olunması gibi girişimleri kapsamaktadır. Desteğin kesintisiz olabilmesi için doğumun en az %80-85' ini kapsaması ve mümkün olduğunca aynı kişi/kişiler tarafından verilmesi gerekmektedir (Hodnett ve ark., 2011; Khunpradit ve ark., 2011; Rathfisch, 2012; Buckley, 2015; Beji Kızılkaya, 2015; Bal ve Yılmaz, 2017).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ve meta analizlerde doğumda ebe tarafından dört boyutlu kesintisiz desteğin verilmesi önerilmektedir. Travay ve doğum

süresince gebe kadına verilen kesintisiz desteğin çok yönlü faydaları olduğu iddia edilmektedir. Tüm bu zorlu süreçte desteğin; doğum doyumunu artırdığı, doğumda girişim sayısını ve sezaryen oranlarını azalttığı, doğum maliyetini düşürdüğü ve anne, bebek ve aile açısından çok önemli katkıları olduğu savunulmaktadır. Ancak konuya ilişkin ülkemizde yeterince veri olmadığından kültürel farklılıkların nasıl bir etkisinin olduğunu bilinmemektedir (Simkin ve Bolding., 2004; Rathfisch, 2012; Hodnett ve ark., 2014; Buckley, 2015).

Ülkemizde özellikle Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Tıp Fakültelerinin çok büyük bir bölümünde (örn. İstanbul) ebeler doğumda pasif görevler üstlenmektedirler. Doğumu yaptıran hekimlerin de sayısal olarak azlığı travay ve doğum süresince kesintisiz her bir kadına destek vermelerini engellemektedir. Bu nedenle ülkemizde doğum desteği hem kesintili şekilde ve hem de çok farklı kişiler tarafından verilmektedir. Sadece ebelerin doğum yaptırdığı kliniklerde de aynı durum söz konusu olup kesintili doğum bakımı sağlanmaktadır. Gebeyi tek bir görevli takip etmemekte ve sadece muayeneler (dilatasyon, efasman vb) esnasında kadın ile çok kısa süreli iletişim kurulmaktadır.

Ülkemiz için önemli durum tespitlerini de yapacağı öngörülen bu çalışma ebe tarafından verilen kesintisiz doğum desteğinin doğum sürecine olan etkilerini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmanın öncelikle ebelerin doğum sürecine dahil edildiklerinde doğum sürecinde ne tür değişiklikler olduğunu belirleyebilme potansiyeli olması açısından özgündür. İlaveten ülkemizde daha öncesinde kesintisiz desteğin doğum sürecine etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu özelliği taşıması da çalışmaya özgünlük kazandırmaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Doğum Eyleminin Tanımı

Doğum insan yaşamında kadının ve ailesinin karşılaştığı en önemli olaylardan biridir. Normal doğum etkili, sancılı-rahatsız edici istemsiz ve düzenli olarak gelip giden uterus kasılmaları sonucunda servikste efasman ve dilatasyonun oluşması ile gebenin istemli çabasıyla gebelik materyali olan fetüsün dışarı atıldığı fizyolojik bir süreçtir (Kennedy ve ark., 2009; Taşkın, 2011; Simpson ve Creehan, 2014; Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Doğum eylemi; son menstrüel periyottan ortalama 40 hafta veya 280 gün sonra uterusun içinde büyüme ve gelişmesini tamamlayan ve daha fazla büyüyemeyen fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiğinde, uterus kontraksiyonları ve diğer güçlerin etkisi ile doğum kanalından geçerek dışarı atılması ile başlayıp, doğum sonu plasenta çıktıktan iki saat sonra son bulur (Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Normal doğumun Ulusal ve Uluslararası kurumlar tarafından farklı tanımları yapılmıştır. DSÖ, 1980'li yıllarda normal doğumu "spontan başlayan ve düşük riskli olan, doğum süresince ve sonunda da bu şekilde seyreden bir olay olarak" tanımlamıştır. 2000'li yıllarda bu tanımı "verteks pozisyonda, 37-42 hafta tamamlandıktan sonra spontan şekilde infantın doğumu" olarak genişletmiştir. En son şekliyle DSÖ' ne göre doğumun normal olarak ifade edilebilmesi için aşağıdaki kriterlere uygun olması gerekmektedir (Simkin ve Ancheta, 2016).

- Spontan başlayan 37-42 gebelik haftalarında gerçekleşen,
- Düşük risk düzeyinde başlayan ve doğum eylemi süresince ve doğumun sonuna kadar düşük riskle devam eden,
- Yenidoğanın kendiliğinden olarak verteks pozisyonda doğduğu,
- Doğum sonrasında anne ile bebek sağlığının iyi olduğu doğumdur (Kömürcü, 2014; Simkin ve Ancheta, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) ise; normal doğumu, fetüs ve annenin fizyolojik ve psikososyal etkileşime girdiği (anne ve bebeğin iyi olduğu) dinamik ve eşsiz bir yaşam deneyimi olarak tanımlamıştır. Derneğe göre normal doğum, kadının herhangi bir cerrahi, tıbbi veya farmasötik girişim olmaksızın, fetüsün sefalik şekilde ve spontan geldiği, devam ettirdiği ve sonlandırdığı durumdur ve ancak gerektiğinde girişimde bulunulmalıdır şeklinde tanımlamaktadır (ICM, 2008).

Kanada Obstetri ve Jinekologlar Birliği (SOGC) de normal doğumu DSÖ' nün tanımına ilavaten "normal doğum, doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirmeyi ve ten tene temas etmeyi kapsar" ifadesini eklemiştir (Simkin ve Ancheta, 2016; Karaman, 2017).

4.2. Doğum Eylemi Evreleri ve Özellikleri

Gebelik boyunca anne hem fiziksel hem de duygusal değişiklikler yaşayarak doğum ve anneliğe hazırlanırken fetüste büyüyerek ekstra uterin hayata hazırlanır. Normal şartlar altında anne ve fetüs tam olarak doğuma hazırlandığında doğum eylemi başlar.

Doğum eylemi 4 evreden oluşmaktadır. Bunlar:

Birinci evre; doğumun başlangıcı ile başlayarak servikal dilatasyon 10 cm' ye ulaştığında sona eren evredir. İkinci evre; tam dilatasyon ile başlar ve bebeğin doğumuna kadar geçen evredir. Üçüncü evre; bebeğin doğumu ile başlayıp plasentanın doğumuyla sona eren evredir. Dördüncü evre ise; plasentanın doğumundan itibaren 1-4 saat süren evredir (Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

4.2.1. I. Evre

Doğum eyleminin birinci evresi; düzenli ve ritmik uterus kasılmalarının başlamasıyla ortaya çıkan serviksin dilatasyon ve efasmanının tamamlanmasına kadar olan dönemidir. Nullipar kadınlarda 6-18 saat sürerken, multipar kadınlarda 2-10 saat sürer. Gebe popülasyonlarına ve klinik uygulamalara göre büyük ve farklı değişiklikler

gösterse de doğumun en uzun evresidir. Latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üç faza ayrılır.

Latent faz; gebenin genellikle orta şiddette olan düzenli ve güçlü uterus kontraksiyonları ile başlar ve açıklık 4 cm' ye ulaştığında sona erer. Uterin kontraksiyonlar bu fazda oluşmaya başlayıp sıklığı, süresi ve şiddeti giderek artar. Kontraksiyonlar 10-20 dakika sıklıkta ve 15-20 saniyede meydana gelen orta derecede kontraksiyonlar şeklinde başlayıp daha sonra 5-7 dakika sıklıkta ve 30-40 sn sürede meydana gelir. Serviksin dilatasyonu başladığı için, fetüs aşağıya doğru az ya da hiç inmese bile silinme gerçekleşir. Latent faz nulliparlarda ortalama 6 saat, multiparlarda ise 4 saattir ve nulliparlarda 20 saati, multiparlarda ise 14 saati aşmaz. Kahverengi, açık pembe az miktarda bir akıntı ya da mukus tıkaç gelebilir (Kömürcü, 2014; Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Bazı kadınlar bu dönemi hissetmeyebilirler. Bu fazda kontraksiyonların şiddeti hafif olduğu için kadın ağrı ile baş edebilir, endişeli olmasına rağmen bu duygularını tanımlayabilir ve ifade edebilir. İletişime açıktır ve ağrı kontrolünde oldukça iyidir. Doğumun başlamış olması onu rahatlatabilir. Kadın; genelde gülümser ve konuşkandır, kendisi hakkında konuşmak ve kendisine sorulan soruları cevaplamak için isteklidir. Ebenin ya da doğumda yardım edecek kişinin bu dönemde desteği çok önemlidir. Anneyi desteklemeli, cesaretlendirmeli ve bu dönemi rahat bir şekilde geçirmesini sağlamalıdır (Kömürcü, 2014; Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Aktif faz; servikal açıklık 4 cm' den 8 cm olana kadar geçen süreçtir. Fetüsün doğum yolunda inişi bu fazda ilerleyicidir ve servikal dilatasyon nulliparlarda 1,2 cm/saat, multiparlarda 1.5 cm/saat' dir. Efasman nulliparlarda %80-100, multiparlarda ise %30-80 arasındadır. Prezante olan kısmın ilerleyişi nulliparlarda +1 ile +2, multiparlarda ise +1 ile -2 düzlemi arasında bulunur. Membranlar kapalı ya da açılmış olabilir ve pembemsi kanlı vücut mukusu az veya orta miktarda geldiği izlenir. Kontraksiyonlar orta şiddette, sık ve uzun süreli (30-60 saniye) ortaya çıkarlar. Bu faz nulliparlarda ortalama 5,8 saat, multiparlarda ise 2,5 saat sürer ve normal aktif faz

süreci nulliparlarda 12 saati, multiparlarda ise 6 saati aşmamalıdır (Kömürcü, 2014; Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Ağrılar şiddetlenmeye başladığı için bu faza erken girildiğinde kadının endişesi artmaya başlar. Ağrı kontrolünde daha az güvenli, daha endişeli olduğu için baş etme mekanizmalarını kullanmak konusunda desteğe ihtiyacı vardır. Bazen iletişim kurmak zorlaşabilir (Kömürcü, 2014; Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Geçiş fazı; servikal dilatasyonun 8cm' den 10 cm' ye ulaştığı dönemdir. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelip 60-90 saniye sürer. Rektuma basınç artar, membranlar açılır ve ıkınma kontrolsüz gerçekleşir. Efasman %100' dür. Fetüs doğum kanalında ilerler ve iniş artar. Prezenta olan kısmın ilerleyişi nullipar ve multiparlarda +2 ile +3 düzlemi arasındadır. Bu fazda kanlı mukus bol miktarda gelir. Bu faz nulliparlarda üç saatten, multiparlarda bir saatten fazla olmaması beklenir. Doğum eyleminin en kısa süren fazıdır.

Kadın bu fazda ağrıyı çok ciddi tanımlar, yorgun, endişeli ve huzursuzdur. İletişime kapalı olma ya da söylenenleri anlayamama durumu olabilir. Enerjisinin tamamını eylemle baş etmeye harcar. Kontraksiyonların yoğunluğu ve gücünde oluşan akut artışların farkındadır. Bu kontraksiyonlarla beraber bulantı ve kusma, özellikle hiperventilasyon görülür. Solgunluk, terleme, baş basısına bağlı olarak defekasyon ve anüste bası hissi en sık rastlanan belirtilerdir. Bu fazda anne yalnız kalmaktan korkacağı için annenin yalnız bırakılmaması önemlidir. (Kömürcü, 2014; Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

4.2.2. II. Evre

Doğum eyleminin ikinci evresi serviksin dilatasyonu ile başlayıp fetüsün doğumu ile sona erer. Bu evreye geçiş; dilatasyon kanamasında artış olması, defekasyon yapma isteği, ıkınma isteğinde artış meydana gelmesi, ıkınırken ses çıkarma ve perineal bölgede kabarma (taçlanma) gibi belirtilerle tanımlanır. Bu evre

genellikle serviksin dilatasyonundan sonra primiparlarda iki saat, multiparlarda ise 5-20 dakika içinde gerçekleşir. Yoğun, iki dakikada bir gelen ve ortalama 60-90 saniye kadar uzun süren kontraksiyonlar bulunmaktadır (Kömürcü, 2014; Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Kocatürk, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017).

Fetal baş aşağıya doğru ilerlerken; fetüs başının obturator ve sakral sinirlere bası yapması sebebiyle anne sıkışma hissi duyar. Anne fetüsü iterken abdominal kas kontraksiyonu intraabdominal basıncı arttırır ve bu arada diyafragma kasları da devreye girer. Anne bu itici güçleri ıkınarak kuvvetlendirir ve destekler (Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Ikınmaya başlama, ıkınma dürtüsünün hissedilmesi ile beraber kendiliğinden ortaya çıkan bir süreçtir. Ikınma ile birlikte önden gelen fetüs kısmının servikse baskısı sonucu fergüson refleksini uyararak oksitosin salınımını ve dolayısıyla kontraksiyonların şiddetini arttırır. Fetüsun başı iskial spinaları geçerek aşağıya indikçe pelvik tabandaki sinir pleksuslarının uyarılmasını sağlar ve böylelikle fergüson refleksi meydana gelir. Ikınma hissi oluşsun veya oluşmasın serviks tam dilate olduktan sonra kadının ıkınması konusunda eğitilmesi doğumun ikinci evresinin kısaltılmasında etkili olmaktadır (Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Fetal baş inmeye devam ederken, perine yassılaşmaya ve öne doğru hareket etmeye başlayarak levator ani kasının liflerinde gerilme oluşur. Her bir kontraksiyonla fetal baş vulvayı şişirdiği için perine 5 cm kalınlıktan 2,4 mm' lik bir zar şeklinde incelir. Her bir kontraksiyonla anüs gerilir ve uzar, labialar ayrılmaya başlar. Maternal itme gücü ve ilerleyici kontraksiyonlar ile fetal baş daha da aşağıya iner. Kontraksiyonlar arasında fetal başın geri çekildiği gözlemlenebilir. Baş, simfizis pubis altına doğru uzandığı anda doğum gerçekleşmiş olur. Baş doğduktan sonra önce ön omuz, sonra da arka omuz ve sonrasında da tüm vücudun doğumu tamamlanır. Bebeğin doğumuyla tıbbi bir sorun yoksa bebek annenin memesine doğru bırakılarak tensel temasın sağlanması gerekmektedir. Bu durum oksitosin salınımını artırarak hem süt salgılanması için bir uyarı oluşturur hem de uterusta kontraksiyon oluşmasını

sağlayarak doğum sonu kanama miktarının azalmasına yardımcı olmaktadır. Annenin memesine doğru yatırılan yenidoğan hipotermiden korunarak vücut ısısını daha rahat muhafaza edebilmektedir. Ayrıca tensel temas bebeğin kendini güvende hissetmesini sağlamakta ve anne bebek arasındaki bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir. Bu bebekler meme ile daha çabuk buluştukları için emmeye erken dönemde başlanmaktadır (Taşkın, 2016; Arkan ve Top, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Ikınmak için büyük çaba sarfeden kadın bebeğin doğmasıyla birlikte rahatlar. Doğum eylemine hazır olan kadın geçiş fazında hissedeceği ani ağrının yüksek olacağı inancındadır ve bu ağrıdan dolayı da doğumun yakın olduğunun farkındadır. Bu süreçte doğuma hazırlıklı olan kadınlar doğumda aktif yer aldıklarını hissederken hazır olmayanlar kokarlar. Baş etme yeteneğini kaybeden kadınlar utanabilir, kendisine yardım edilmediğini düşünebilir ve kontrolünü yeniden kazanmaya çalıştığı için sağlık personeli ve destek verenlere karşı hırçın ve sinirli bir tavır sergileyebilir (Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

4.2.3. III. Evre

Doğum eyleminin üçüncü evresi; bebeğin doğumundan sonra başlayıp plasentanın doğumu ile son bulan süreçtir. Bu dönemdeki en önemli özellik plasentanın uterin duvardan ayrılması, kılcal damarlarda kanama ve mevcut olan kontraksiyonlardır (Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Bebeğin doğumunu takiben uterusta kalan amniyon sıvısı kanla karışarak dışarı atılır. Kısa süre içinde başlayan uterin kontraksiyonlarla göbek hizasında bir küre şeklinde olan uterus, disk şeklini alarak göbeğin altına iner. Plasenta 10-15 dakika içinde uterustan ayrılır ve kordon vulvadan aşağıya doğru inmeye başlar. Plasentanın ayrılmasının belirtisi umblikal kordonun vulvadan 10-15 cm aşağıya sarkmasıdır (Ahfeld belirtisi). Plasenta ayrıldıktan sonra retroplasentar hemotom köpüklü olarak vulvadan dışarı atılır. Ortalama 5-10 dakika süren üçüncü evre 30 dakikadan uzun

sürmemelidir. Uzun süren üçüncü evre plasentanın yerleşim anomalileri, plasenta retansiyonu ve bun nedenlerden kaynaklanan enfeksiyon ve doğum sonu kanamalara sebep olabileceğinden bu süreç dikkatle izlenmelidir (Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Plasenta uterustan atıldıktan sonra uterus yeniden küre şeklinde göbek hizasına yükselir. Simfizis üzerinden uterusa elin dört parmağı ile basıldığında plasenta ayrılmamışsa kordon vaginaya doğru çekilir ve plasenta ayrılmadığı için kordonda yer değiştirme söz konusu olmaz (Küstner belirtisi) (Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017).

Plasenta ayrıldıktan sonra segment inferiora atılırsa korpus uteri boşalır. Böylelikle kuvvetli kasılmalar olması sonucunda fundus göbekten yukarı yükselmiş olarak gözlenir (Schröder belirtisi) (Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Plasenta uterin duvardan ayrılırken iki şekilde doğabilir. Ayrılma sıklıkla merkezden başlayarak çevresine yayılır. Burada oluşan hematomun etkisi ile ayrılma çevreye doğru tamamlanır. Plasenta çıkmadan önce vaginal kanama görülmez. Plasentanın fetal yüzü dışarı bakacak şekilde çıkar ve plasenta arkasında biriken hematom bunu takiben boşalır. Bu ayrılma tipi Schultze tipi ayrılma olarak adlandırılır ve en sık görülen ayrılma tipidir. Kanama miktarı daha az ve plasentanın ayrılma süresi daha kısadır. Diğer bir ayrılma tipi de plasentanın önce lateralden ayrılması sonucunda kanama lateral kısımdan dışa doğru akar. Plasentanın maternal yüzü dışarı bakacak şekilde doğmasıyla önce kanama görülür. Bu ayrılma tipi Duncan tipi ayrılma olarak adlandırılır (Taşkın, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Ayrılan plasenta kendi ağırlığına bırakılarak zorlanmadan, saat kadranı yönünde tüm zarlar çıkana kadar döndürülür. Zar ve kotiledonların kontrolü yapılarak anneye gerekli bakım verilir. Varsa epizyotomi tamiri bu süreçte gerçekleşir ve anne hayati fonksiyonlar, fundus ve kanama kontrolleri açısından değerlendirilir (Taşkın,

2016; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

4.2.4. IV. Evre

Doğum eyleminin dördüncü evresi anne vücudunun fizyolojik iyileşmesinin başladığı 1-4 saatlik dönemi içerir. Bu süreç erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır. Doğumla birlikte vücutta hemodinamik değişiklikler meydana gelir. Ortalama 250-500 cc kan kaybı görülür. Kan kaybı ve uterusun gebelik dönemindeki ağırlığını kaybetmesi ile kan, tekrar venöz dolaşıma yayılır. Bunun sonucunda da sistolik ve diyastolik basınç azalır, nabız basıncı artar ve taşikardi görülür (Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017).

Uterus fundusu genellikle simfizis pubis ve umblikus arasında orta hatta kontrakte olarak gözlemlenir. Plasentanın doğumundan hemen sonra serviks kalınlaşır ve geniş bir şekilde yayılır (Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017).

Kadın bu evrede kendini aç ve susamış hissedebilir. Fiziksel olarak yorulduğundan üşüme ve titreme görülebilir. Mesane doğum travması ve anesteziye bağlı olarak hipotonikleşebilir. İdrar retansiyonu ve buna bağlı olarak uterus atonisi gelişebilir. Uterus atonisini önlemek için oksitosin türevi ilaçlar ve fundus masajı uygulanabilir. Bu evre emzirme için mükemmel bir dönemdir (Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

4.3. Doğum Ağrısı

Vücudumuzda oluşan herhangi bir hasarda meydana gelen ve vücudun vermiş olduğu bir sinyal olan ağrı aynı zamanda uyarılar sonucunda da oluşan bir olgudur. Bu olgu doku hasarına da neden olabilmekle birlikte diğer hislerden farklıdır ve korku, endişe, kaygı gibi durumlardan etkilenmektedir (Kömürcü, 2014; Kocatürk, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017). Ağrı çok değişik tanımlamalarla ifade edilmeye çalışılmakla birlikte, günümüzde en fazla kabul gören tanımı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre "Ağrı, vücudun belli bir

alanından kaynaklanan, doku harabiyetine sonucunda gelişen ya da gelişmeyen, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan, duygusal bir duyum, davranış şeklidir (İpek, 2014; Kömürcü, 2014; Karaman, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Doğum ağrısı akut bir ağrı olmasının yanısıra bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı türlerinden biridir. Doğum ağrısı, fizyolojik, psikososyal, kültürel ve çevresel faktörlerle etkileşim içerisindedir ve kadınların yaşamındaki en ağrılı subjektif deneyim olarak tanımlanabilir (Hodnett ve ark., 2002; Kömürcü, 2014; Karaman, 2017). Literatürde kanser ağrısı, bel ağrısı, fantom ağrısı gibi kronik ağrılardan ve kırık/laserasyon gibi akut ağrılardan doğum ağrısının daha şiddetli bir ağrı olduğu ifade edilmektedir. Doğum ağrısının kontrolü çok güçtür ve şiddetli bir ağrıdır. Fakat doğal bir sürecin parçası olan doğum ağrısı, sınırlı bir zaman dilimi içerisinde gerçekleşerek ve anne adayının bebeği için isteyerek bu ağrılarla baş etmesi/katlanması ve de yaşamın en olumlu olaylarından birisi olması nedeniyle diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır. Ağrının algılanması ve ağrıya verilen yanıt kişiden kişiye değişmekle birlikte; her gebe bireysel olarak doğum ağrısı açısından değerlendirilmelidir (Gönenç, 2013; Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

4.4. Doğum Ağrısı İle Baş Etme

Doğum ağrısının algılanması bireyler arasında farklılık gösteren ağrı eşiği ve kişilerin kendilerini bu konuya hazırlamaları ile de yakın ilişkilidir (Hodnett ve ark., 2002; Taşkın, 2011; Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017). Doğum ağrısının doğallığı, her annenin bu ağrıyı çekmesi gerektiği gibi yanlış inançların aksine mutlaka kontrol altına alınması gereken bir olgudur. Böylelikle doğumda kullanılacak ağrı kontrol yöntemleri de basit, güvenilir ve fetal dengeyi bozmayan özellikleri içermelidir. Doğum ağrısı ile baş etmede farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır (Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Farmakolojik yöntemler parenteral ilaç uygulamaları, inhalasyon analjezi, rejyonel anestezi, epidural anestezi, kombine spinal epidural analjezi ve hasta kontrollü analjezi olarak sınıflandırılır. Parenteral ilaç uygulamaları uygulama kolaylığı nedeniyle en sık kullanılan yöntemler arasındadır. Anestezistin bulunmadığı kliniklerde kadın doğum uzmanı tarafından uygulanır ve trankilizanlar, sedatif ve opoidler kullanılır. İnhalasyon analjezisinde özellikle azot protoksid olmak üzere çeşitli inhalasyon ajanları kullanılmaktadır. Rejyonel anestezide ağrılı uyaranlar omurga içinde bloke edilir ve böylelikle beyne iletilmez. Epidural analjezi alt omurga seviyesinde gerçekleştirilen enjeksiyondur. Vücudun enjeksiyonun altında kalan bölgesi uyuşarak kasılmalar esnasında kadının uyanık kalmasına ve daha rahat hissetmesine izin verilir. Epidural anestezi spinal sinirlerin duradan çıkarak, intervertebral foramenlere uzanırken epidural aralıkta anestezi edilmesi sonucunda meydana gelen bir tür bölgesel anestezi yöntemidir. Doğum analjezisinde en sık kullanılan yöntemdir. Sadece doğum yapan kadınlarda değil obstetrik operasyonlarda da kullanılmaktadır. Özellikle preeklampsi, hipertansiyon, uzayan ve aşırı ağrılı doğumlar, kronik kalp hastalığı veya kronik böbrek hastalığı gibi hastalıkların mevcudiyetinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Kombine spinal epidural analjezide epidural iğne spinal iğnenin klavuzu olarak kullanılır. Dura ponksiyonu yapılarak ilaç enjeksiyonu sağlandıktan sonra spinal iğne çekilerek epidural katater yerleştirilir. Hasta kontrollü analjezi ise kadın doğum uzmanı tarafından verilen ilaçlarla ağrı yeterli miktarda kontrol altına alınamazsa, anestezistin bu ilaçları bir intravenöz yolla infüzyon pompası ile vermesi olarak tanımlanır (Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Farmakolojik olmayan yöntemler gevşeme teknikleri (kas gevşemesi, biofeedback, hipnoz, hareket ve pozisyon verme, müzik, akupunktur, akupressur, yoga), zihinsel/mental uyarılma (hayal kurma, aromaterapi), tensel uyarılma (Transkütanöz Elektriksel Sinir Stümülasyonu (TENS)), masaj ve dokunma, sıcak ve soğuk uygulama, hidroterapi/banyo, steril su enjeksiyonu) ve solunum teknikleridir (Ergin Berkiten ve Kömürcü, 2008; Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman,

2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Gevşeme teknikleri ile anksiyete ve iskelet kaslarında oluşan gerginliğin göreceli olarak giderilmesi sağlanır. Tüm farmakolojik olmayan yöntemlerin temelini oluşturan gevşeme teknikleri ile gebenin daha az ağrı hissetmesi hedeflenmekte ve daha konforlu bir doğum süreci geçirmesi sağlanmaktadır. Zihinsel/mental uyarılma ile dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanması sağlanarak doğumda gevşemenin sağlanması ve ağrının daha az hissedilmesi istenmektedir. Tensel uyarılma ile ağrının daha az hissedilmesi hedeflenmekte ve gevşemenin arttırılarak doğum sürecinin iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Solunum teknikleri de diğer yöntemler gibi kadının gevşemesine yardım ederek ağrı eşiğini yükseltir ve etkili gevşeme oluşmasını sağlar. Böylelikle kadın ağrı ile daha iyi baş etmeye başlayabilir. Annenin ihtiyacına göre belirlenen solunum teknikleri Dick-Read ve Lamaze'dir (Avcıbay, 2009; Avcıbay ve Alan, 2011; Kömürcü, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Bal ve Yılmaz, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Doğum ağrısı kültüre, zaman ve kadına göre değişiklik gösterse de; sıklıkla sağlık profesyonelleri doğum ağrısını değerlendirmede iki yöntem kullanmaktadırlar. Vizüel Analog Skala (VAS- Görsel Analog Skala) olarak adlandırılan klinikte ağrı şiddetinin ölçümünde kullanılan basit, etkin, tekrarlanabilen ve asgari araç gerektiren güvenilir ve kısa sürede uygulanarak sonuç alınan bir yöntemdir. Algılanan her türlü ağrıyı ölçmek için kullanılan VAS doğum ağrısını değerlendirmek amacıyla da kullanılmıştır. Ancak zaman içinde sadece ağrı değil, anksiyete, yaşam kalitesi ve memnuniyet belirleme gibi çok yönlü alanlarda da kullanılmaktadır. Dilimize geçerlik ve güvenirliği Aydın ve arkadaşları tarafından yapılmış bir ölçektir. 0-10 cm' lik bir cetvel şeklinde ölçeğin bir ucu 0 anksiyetesizliği/ağrısızlığı, diğer ucu ise 10 en şiddetli anksiyete/ağrı yoğunluğu derecesini belirtmektedir. Hasta kendisinin algıladığı anksiyetesini/ağrısını işaretleyerek ağrı ya da anksiyete yoğunluğunun derecesini işaretler (Huskisson 1974, Collins ve ark., 1997). VAS ile ilgili standardizasyon çalışmalarında ölçeğin yatay yerine dikey kullanılmasının daha kolay anlaşıldığı ve uygulandığı bildirilmiştir (Collins ve ark., 1997). Sözel skalaya göre görsel skalanın

korku/anksiyete/ ağrı şiddetini daha doğru ölçtüğüne dair oldukça kuvvetli kanıtlar mevcuttur. Doğum ağrısı değerlendirmede sıklıkla kullanılan bir diğer yöntem ise McGill Melzack Ağrı Anketi –MASF (MPQ- McGill Pain Questionnaire)' dir. Bu ölçek 20 gruptan oluşan ve her grupta altı adet ağrıyı tanımlayıcı kelime kümelerinden meydana gelen ve böylelikle ağrının tanımlanması için oldukça fazla kelime kullanılan bir ölçektir (Kömürcü, 2014; Karaman, 2017; Church, 2017; Macdonald ve Johnson, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

4.5. Kesintisiz Doğum Desteği

Literatüre göre; gereksiz tıbbi girişimler olmaksızın; normal doğumun kadınlar, aileleri ve dolayısıyla toplum için fayda sağladığı açık ve nettir (Kömürcü, 2014; Bal ve Yılmaz, 2017). Gelişmiş dünyada olduğu gibi bizim ülkemizde de gelişmiş bakım sistemleri normal doğum oranlarını azaltmıştır (TNSA, 2003; TNSA, 2008; TNSA, 2013; Kömürcü, 2014; Bal ve Yılmaz, 2017). Bu eğilimi tersine çevirme yaklaşımlarının belirlenmesi için yapılan araştırma ve akademik çalışmalar bu bağlamda öncelikli ve önemlidir (Hodnett ve ark., 2011; Khunpradit ve ark., 2011).

Mevcut kanıtlar gözden geçirildiğinde, tıbbi müdahalelerin azaltılmasına ve normal doğum hızlarının artmasına olumlu etki eden bir dizi öğe saptanmıştır. Bu öğeler; kanıta dayalı doğum bakım uygulamaları, (Chalmers ve ark.,1989; Flamm ve ark., 1998; NICE, 2007; Khunpradit ve ark., 2011), ebe tarafından yönetilen bakımın sağlanması (Homer ve ark., 2001; Walsh and Downe, 2004; Hatem ve ark., 2008), gebelik sırasında bakımda devamlılığın sağlanması ve doğum sırasında kesintisiz birebir bakımın verilmesidir. Kesintisiz birebir bakımın sağlanması için bakım sağlayan bireyin vaktinin %80-85' ini gebe ile travayın aktif fazından itibaren doğuma değin birlikte geçirmesi önerilmektedir (Hodnett ve ark., 2011, Khunpradit ve ark., 2011).

İnsanlık tarihinden bu yana kültürlerarası fark göstermeksizin kadınların doğum sürecinde kesintisiz bir şekilde desteklendikleri bilinmektedir. Ancak, 20. yüzyılın ortalarından itibaren, doğumlar ev yerine hastanelerde yapılmaya başlanmış ve kesintisiz doğum desteği alma rutin dışı bir uygulama olarak kalmaya başlamıştır. Kesintisiz doğum desteğinin ana bileşenleri duygusal destek (yalnız bırakmama,

başarabileceğine ilişkin güvence verme ve övgü), bilgi desteği (doğum sürecine ve baş etme tekniklerine ilişkin bilgi paylaşımı), fiziksel destek (rahatlatıcı masaj, uygun miktarda sıvı alma/çıkarma, hareket serbestisi, sıcak/soğuk uygulama) ve savunuculuk (gebenin isteklerinin paylaşımının sağlanması) öğelerinden oluşmaktadır (Rathfisch, 2012; Beji Kızılkaya, 2015; Buckley, 2015).

Kesintisiz doğum desteğinin sonuçlarına ilişkin birbirini tamamlayıcı iki ana teorik açıklama bulunmaktadır. Her iki teoride de kesintisiz doğum desteğinin doğumun fizyolojisini desteklediği, annede süreci kontrol etme ve yetkinlik hissi oluşturduğu ve tıbbi girişimleri azalttığı belirtilmektedir. İlk kuramsal açıklama klinik doğum ortamlarının kadınların kendilerini stresli, tehdit altında ve güçsüz hissedeceği yapılar olduğu belirtilmektedir. Özellikle primipar kadınlar kendilerini daha önce hiç yaşamadıkları şekilde savunmasız hissedebilirler. Bu koşullarda kesintisiz ebe desteği sayesinde doğumun fizyolojisi hakkında kadının bilgi eksikliği giderilmiş olacak ve süreç hakkında bilgi sahibi olması sağlanabilecektir. Böylelikle sürecin gidişatına dahil olmasının sağlanması gerçekleşmiş olacaktır. Özellikle rutin olarak uygulanan girişimler (indüksiyon, NST vb), daha önceden hiç tanımadıkları hizmet sunucuları, mahremiyetin göz ardı edildiği uygulamalara maruz kalma travmatize edici olabilmektedir. Bu koşulların olumsuz etkisi doğum süresinin uzamasına, annenin kontrol, yetkinlik ve güven hissini kaybetmesine yol açabilir. Uzun vadede ebeveynliğe uyum, emzirme başarısı ve postpartum depresyon riskini artırıcı rol oynayabilir. Bütün bu olumsuz koşulların kesintisiz doğum desteği sağlanarak üstesinden gelinebileceği öngörülmektedir (Simkin ve Bolding, 2004; Rathfisch, 2012; Hodnet ve ark., 2014; Buckley, 2015).

İkinci teori özellikle doğum yapılan alanın (ısı, ışık, gürültü, girişimler vb) koşullarından bağımsız bir bakış açısı sergilemektedir. Bu teoriye göre fetüs pelvis ve yumuşak doku içinden geçerken verilen kesintisiz doğum desteği, stresi azaltarak, doğumdaki girişimleri ve ardından gelişebilecek olası komplikasyonları azaltarak, kadında kontrol hissi ve doyum hissi yaratabilir. Özellikle fetopelvik ilişki ve korku/anksiyeteye odaklanan bu teoride anneye hareket serbestisi sağlanarak özel durumlara özel pozisyon alması konusunda desteklenir. Doğumda korku ve anksiyetenin etkilerine ilişkin yapılan çalışmalarda, doğum süresince stres hormonu

olan epinefrinin arttığı, fetal kalp atım paterninin değiştiği, uterin kontraktilitenin azaldığı, aktif fazın uzadığı ve düşük Apgar skoru elde edildiği belirlenmiştir. Duygusal destek, bilgi/tavsiye vermek, rahatlığını sağlamak, övgüde bulunmak anksiyete ve korkusunu azaltabilmektedir (Simkin ve Bolding, 2004; Rathfisch, 2012; Hodnet ve ark., 2014; Buckley, 2015).

Bu faktörler içinde en olumlu ve büyük etkiyi kesintisiz doğum desteği ile aralıklı doğum desteğinin karşılaştırıldığı 15 binden fazla kadını içeren 31 randomize kontrollü çalışmanın incelendiği araştırmada bulmak mümkündür. Bu çalışmanın sonunda kesintisiz ebe desteği alan grupta doğum süresi kısalmış, spontan vaginal doğum oranı artmış, analjezik kullanma oranı ve doğum deneyiminden memnuniyetsizlik belirgin şekilde düşmüştür (Hodnett ve ark., 2011). Gereksiz medikal girişimleri azaltmak ve normal doğum oranlarını artırmak için yapılan girişimler sonucunda elde edilen kanıtlar, sağlık bakım sistemlerinin tüm doğum yapacak kadınlara kesintisiz destek verildiğinden emin olunmasının altını çizmektedir. İngiltere ve Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde doğumda temel bakım hizmeti sunan meslek grubu ebelerdir (Devries, 2001; DoH, 2010). Son yıllarda İngiltere sağlık politikalarının ve mesleki derneklerin kilitlendikleri ana konu doğumda kadınlara birebir kesintisiz ebelik desteği sağlanmasıdır (SEHD, 2001; DoH, 2007; NICE, 2007; DoH, 2010).

Literatürde intrapartum doğum desteği; kadınların hayatlarının en zorlayıcı ve en unutulmaz deneyimlerinden biri olan doğumda kadınlara yardımcı olması için kullanabileceği tekniklerin bir repertuarı olarak tanımlanmaktadır. Kesintisiz doğum desteğinin amacı bir kadının doğum süresince arkadaşlık kurma, duygusal gereksinimlerine dikkat etme ve aktif yardım sunarak isteklerinin yerine getirilmesine yardımcı olmaktır (Hodnett ve ark., 1996). Destekleyici bakım, bir kadının kaygısını, rahatsızlığını, yalnızlığını ve yorgunluğunu gidermeyi amaçlayan tıbbi olmayan bakım olarak tanımlanabilir; bu yardım, kadının güçlü yanlarının açığa çıkarılmasına yardımcı olur ve isteklerinin bilinmesini ve kendisine saygı duyulmasını sağlar. Kesintisiz doğum desteği boyunca fiziksel konfor önlemleri, duygusal destek, bilgi/öneri vermek ve kadının savunuculuğunun yapılması gereklidir (Simkin, 2002). Bu tanımlamalar, 1970 ve 1980'li yıllarda Kahn ve Lazarus tarafından geliştirilen

sosyal destek teorilerine dayanmaktadır. Akademik literatürde, doğum desteğinin duygusal, fiziksel ve bilgi desteğinin üç alt kategorisinden oluştuğu konusunda fikir birliği vardır (Hodnett ve ark., 2002; Miltner, 2002; Sauls, 2002). Duygusal destek sevgi ve saygı ifadeleri olarak tanımlanır. Ebe intrapartum dönem boyunca kadınla birlikte vakit geçirir ve kadına kendisi ile ilgilendiğini hissettirir. Fiziksel destek, doğrudan kadına yardım etme (farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma, ayağa kalkmasına yardım etme vb) eylemidir. Bilgilendirme desteği ise; tavsiyelerde bulunma (nefes egzersizi gibi), doğrudan bilgi verme (doğumun süresi, efasman, dilatasyon düzeyi gibi) ve pozitif geri bildirimde bulunarak kadının motivasyonunu artırmaya yönelik eylemleri içermektedir (Lazarus, 1991). Zaman içinde bu desteğe doğum yapacak kadının savunuculuğunu yapmak ve eş desteği sağlamak da eklenmiştir (Hodnett ve ark., 2007, 2011).

İntrapartum doğum desteğini tanımlamak için 146 intrapartum hemşire/ebe ile faktör analizi kullanılarak yapılan bir araştırmada, duygusal destek kategorisini üç farklı duygusal alana daha bölmüştür. Bunlar; "kadında kontrolün kendisinde olduğu hissi oluşturma, başarabileceğine ilişkin güvence verme ve anne ve bebeğinin takibini yaparak güvende ve konforlu hissetmesini sağlama faktörleridir (Sauls, 2006).

Geniş ölçekli çok sayıda kalitatif ve kantitatif araştırmada, antenatal ve postnatal dönemde olan kadınların doğum bakımından beklentileri incelenmiştir (Tarkka ve Paunonen, 1996; Holroyd ve ark., 1997; Brown ve ark., 2000; Corbett ve Callister, 2000; Small ve ark., 2008; Sauls, 2004; Takacs ve Kodysova, 2011; Mby e ve ark., 2011). Metodolojileri, kültürleri, ülkeleri farklı olan kadınlarda çok uzun yıllardır yapılagelen çalışmalarda kadınların ne istediklerine dair tutarlı bir intrapartum dönem beklentisi saptanmıştır (Small ve ark., 2008). Randomize kontrollü çalışmaların Cochrane meta-analizi "altın standart" olarak kabul edilmektedir. Sürekli ve aralıklı desteği karşılaştıran randomize kontrollü çalışmaların meta-analizinde, intrapartum kesintisiz doğum desteği alan kadınların, doğum deneyiminden memnuniyetsizlik oranı aralıklı destek alan kadınlardan anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Bu meta-analiz 11 randomize kontrollü çalışma ve toplam 11 133 kadını kapsamaktadır (RR 0.69, % 95 CI 0.59-0.79). Ancak bu çalışmaların çok azında

kesintisiz doğum desteğinin hangi yönlerinin özellikle önem taşıdığına dair kadının duygularını içeren bir bulgu bulunmamaktadır (Hodnett ve ark., 2011).

Doğumda kesintisiz destek ile aralıklı desteğin kıyaslandığı çalışmalarda, kesintisiz destek alan kadınların;

- Spontan doğum oranları daha fazla (18 çalışma, n= 14,005, RR 1.08)
- Daha az intrapartum analjezi ve anestezi (13 çalışma, n=12,169 RR 0.90)
- Doğum deneyimine ilişkin daha az olumsuz duygu (11 çalışma, n=11,133, RR 0.69)
- Doğum süresi daha kısa (11 çalışma n=5269, ort fark -0,58 dakika)
- Girişim sayısı daha az (18 çalışma n=14004, RR=0,9)
- Sezaryen doğum daha az (21 çalışma n=15061, RR=0,79)
- Beşinci dakika düşük APGAR skorlu bebek daha az (12 çalışma n=12401 RR=0,7) olarak belirlenmiştir (Hodnett ve ark., 2012).

Yazarlar sonuç bilgisi olarak "etkili ve uzun süreli kesintisiz doğum desteğinin" doğumda en etkili bakım olabileceğini bildirmiştir (Hodnett ve ark., 2007). Kesintisiz doğum desteğinin sağlandığı ülkelerde çok önemli ve birbirinin sağlamasını yapan ortak sonuçlar elde edilmiştir. Bu nedenle kadın sağlığı ünitelerinde bakım vericilerin kesintisiz doğum desteği vermedeki rolü ve bu rolü gerçekleştirmelerinde etkili faktörler araştırılmaya başlanmıştır (Miltner, 2000; Sauls, 2006; Payant ve ark., 2008; Thorstensson ve ark., 2008). ABD' de 87 çalışmanın derlemesinin yapıldığı bir çalışmada bakım verici ebe/hemşirelerin dört destek yöntemi kullandıkları belirlenmiştir.

Bunlar;

1. Kadınla birlikte olmak
2. Kadının rahatlamasını sağlamak için liderlik yapmak
3. Kadını övmek
4. Kadına süreç ve etkili baş etme yöntemlerine ilişkin tavsiyede bulunmak şeklinde özetlenmiştir (Miltner, 2000).

Gelişmiş ülkelerde kesintisiz desteğin baba tarafından verilmesi fikri hem akademik camiada hem de sağlık sektöründe önemli bir odak noktası olmuş ve uzun yıllardır araştırılmaktadır (Heggenhougen, 1980). Yapılan bir dizi çalışmada babaların

doğumda olmaları durumunda kadınların duygusal yönden daha iyi olduğu, babaların babalığa geçiş sürecinin daha başarılı olduğu belirlenmiştir (Güngör ve Beji, 2007; Kainz ve ark., 2010). Ancak babaların veya diğer aile üyelerinin doğumda sağladıkları desteğin analjezik ihtiyacını azaltmadığı, klinik sonuçları önemli oranda değiştirmediği ve doula ve ebe/hemşire desteği gibi desteklerden etkilerinin önemli oranda düşük olduğu belirlenmiştir (Güngör ve Beji, 2007; Hodnett ve ark., 2011). Bu nedenle doğumda babaların veya diğer aile üyelerinin varlığı kadınları profesyonel bakıma ve varoluşa olan gereksinimlerini azaltmamaktadır (Bowers, 2006; Larkin ve ark., 2009). Bununla birlikte baba ve diğer aile üyelerinin doğum destekleri kabul edilebilir ve başarılı olarak nitelenebilir. Ancak babaların veya aile üyelerinin doğum desteği konusu birçok ülkede henüz çalışılmadığı ve sonuçlar evrensel olmadığı için sonuçların genellenmemesi gerekmektedir (Morhason-Bello ve ark., 2008; Banda ve ark., 2010).

Babaların doğum desteğine bakışı ve profesyonel desteğin bebeklerinin doğumu hakkındaki görüşlerine olan etkisi çok az çalışmada incelenmiştir. Çalışma sonuçlarında babaların ve kadınların intrapartum doğum desteği hakkındaki görüşleri arasında tutarlılık bulunmaktadır. Kadınlarla yapılan çalışmalarda olduğu gibi, babaların çoğunluğu olumlu bir doğum deneyimi bildirmektedir. Olumlu bir deneyimle en fazla ilişkili olan faktörler ebelik desteği, ebenin odadaki varlığı ve doğumun ilerlemesi hakkında bilgi sağlanmasıdır (Vehvilainen-Julkunen ve Liukkonen, 1998; Hildingsson, 2011).

Bu çalışmada "kesintisiz doğum desteği" terimi ile aşağıda belirtilen dört temel girişimin her kadına bireyselleştirilerek kullanılması ve aktif fazdan itibaren doğum süresince kadının en az %80-85 vaktinin ebe ile birebir ayrılmadan geçirmesi demek istenmektedir.

1. Duygusal destek (sevgi ve saygı ifadeleri kullanma, ebe intrapartum dönem boyunca kadınla birlikte vakit geçirir ve kadına kendisi ile ilgilendiğini hissettirir).
2. Fiziksel destek (doğrudan kadına yardım etme, farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma, ayağa kalkmasına yardım etme vb),

3. Bilgilendirme desteği (tavsiyelerde bulunma (nefes egzersizi gibi), doğrudan bilgi verme (doğumun süresi, efasman, dilatasyon düzeyi gibi) ve olumlu geri bildirimde bulunarak kadının motivasyonunu artırmaya yönelik eylemleri içermektedir.
4. Savunuculuk (kadının lehine olmak ve risk taşımamak kaydıyla kadının haklarını savunmak örneğin sürekli sırt üstü yatması yerine hafifçe yan dönmesine izin vermek gibi) (Hildingsson 2011).

4.5.1. Duygusal Destek

Duygusal destek, annede doğum süresince rahatlık, güvenlik, önemsendiğini hissetme ve kontrolün kendisinde olduğu hissi meydana getirmektir. Sauls (2004) doğum eylemindeki duygusal desteği, doğumdaki gebenin hislerini paylaşmak olarak tanımlamıştır. Lazarus ve Folkman (1984) ise, uygulanan duygusal desteğin önemsenme ve sevilme duygusuna katkıda bulunduğunu ifade etmişlerdir. Böylelikle duygusal destek kadının olumlu düşünmesine, anksiyete ve korku duygularında azalmaya, empati sağlama, etkin dinleme, etkili dil ve göz iletişim kurma, saygı gösterme/saygılı, arkadaşça, açık, nazik, güler yüzlü, cesaretlendirici, sıcak bir iletişim kurabilme, ilgiyi başka bir yöne çekme/yönlendirme, ulaşılabilir olma, müdahaleci olmayan bakım verme, erkenden güvenilir ilişki kurabilme, cesaretlendirme, takdir etme ve maneviyatı kabul etmeyi (spirituel bakım) sağlamayı içermektedir. Doğum yapan kadına özgür davranabilmesi ve rahatça hareket edebilmesi için şefkatli bir alan yaratılarak verilen doğum desteği bazı durumlarda zorlu olabilen/olabilecek doğum yolunda annenin kendini güvende hissetmesini ve kendisini önemli ve değerli hissettirmesini sağlayacaktır. Sağlık profesyonelleri gebe kadınların yanında bulunarak, onlara yanlarında olduklarını hissettirerek, elini tutarak, göz teması kurarak ya da destekleyici ifadeler, yumuşak, sakin ve güvenilir bir ses tonu ile geri bildirimde bulunularak duygusal destek sağlayabilirler. Gebelere doğumda süreçle alakalı başarabileceklerine dair, bunu vurgulayan olumlu cümleler kullanılarak, bebeğinin durumu ile alakalı bilgilendirilmesi ve kendini her şeyi doğru yapıyor olarak hissetmesi ile sağlanan duygusal destek, kadınların hem zamanında, hem yerinde hem de uygun biçimde kendilerini kontrol edebilmelerini sağlamaktadır. Böylelikle korku, ansiyete, hayal kırıklığı, umutsuzluk ve utanma duygularının azalması sağlanarak

doğumda kadına duygusal destek verilmiş olacaktır (Adams ve Bianchi, 2008; Kennedy ve ark., 2009; Rathfisch, 2012; Kömürcü, 2014; Simpson ve Creehan, 2014; Beji Kızılkaya, 2015; Buckley, 2015; Sevil ve Ertem, 2016; Karaman, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

4.5.2. Fiziksel Destek

Doğumun kolay ilerlemesini ve doğum memnuniyetinin arttırılmasını sağlayan fiziksel destek bir başka ifade şekli ile de rahatlık sağlamadır (Hodnet ve ark., 2007). Doğum sürecinde olumlu doğum deneyimi duygusunu arttırmaktadır. Duygusal destek gibi doğumun vazgeçilmezleri arasında bulunan fiziksel destek (rahatlık sağlama) kadının ılık bir duş yapmasını sağlamayı, su yudumlamasını, müzik dinleyebilmesini, kadına farklı pozisyonlar vermeyi, dokunmayı (masaj teknikleri, elinden tutma), soğuk ve sıcak uygulama yapmayı, odanın ısısının ve ışığının ayarlanmasını, hijyenin sağlanmasını, isteklerinin karşılanmaya çalışılmasını, rahat etmesinin sağlanmasını, ortamın temizliğinin sağlanmasını içerdiği belirtilmektedir (Adams ve Bianchi, 2008; Kennedy ve ark., 2009; Karaçam ve Akyüz, 2011; Rathfisch, 2012; Uludağ ve Mete, 2014; Kömürcü, 2014; Simpson ve Creehan, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Sevil ve Ertem, 2016; Lindsay ve ark., 2018).

Doğum yapan kadının fiziksel çevresinin rahatlamasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi, doğum odasının ısı, ses, ışık açısından uygun hale getirilmesi kadını olumlu etkilemekte ve rahatlatmaktadır. Çevresel kontrolün sağlanması rahat bir atmosfer oluşturur. Buna ilaveten doğum eylemi sürecinde uygun pozisyonların seçilmesi, masaj yapılması gibi fiziksel desteğin sağlanması kadının doğumda rahat hissetmesini sağlamakta, doğum sürecini kolaylaştırmakta ve doğumdan sağlanan memnuniyeti arttırmaktadır (Adams ve Bianchi, 2008; Karaçam ve Akyüz, 2011; Rathfisch, 2012; Uludağ ve Mete, 2014; Sevil ve Ertem, 2016).

Annelerin güvenli doğum yapabilmeleri için ebe/hemşirelerin yeterli teorik donanımın yanı sıra klinik beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Doğum eyleminde hazır bulunma, bakım verme ve eğitim yapma imkanları ile rahatlatıcı bakımda rol almalıdırlar. Bu bağlamda becerilerini ve deneyimlerini geliştirerek gebelerin yararına rol üstlenilebilir (Sevil ve Ertem, 2016).

Rahatlık sağlamanın tam anlamı ile oluşturulabilmesi için doğum sürecindeki kadınlara bilgi desteği için eğitim yapılmalı ve annenin bu süreçle baş edebilme yeteneğinin arttırılması ve bu süreci tam olarak anlaması sağlanmalıdır. Acı verici ve korku uyandıran bir olay olarak algılanan doğum eylemi sırasında annelerin dikkatinin büyük bir bölümü ağrıya odaklanmaktadır. Ağrıyı en çok şiddetlendiren faktörün korku duygusu olduğu ve korkunun gerilime, geriliminde ağrıya sebep olduğu yapılan çalışmalarla ispatlanmıştır. Korkunun ve anksiyetenin giderilmesinde kadının eğitilmesi, derin solunum ve gevşeme egzersizlerinin kullanımı etkili olmaktadır (Rathfisch, 2012; Uludağ ve Mete, 2014; Sevil ve Ertem, 2016).

Ağrıyı azaltmada etkili olan farmakolojik olmayan yöntemlerin ebe/hemşireler tarafından doğum eyleminde bulunan gebe kadına süreç boyunca ya da daha öncesinde öğretilmesi ve uygulanmasının sağlanması kadınların korku/anksiyete ve gerilim hissini düşürebilir. Eğer doğum eylemindeki kadının ağrısının azaltılması sağlanamazsa kadın tarafından bu durum ilgisizlik olarak algılanabilir ve kadında olumsuz duygu gelişmesine sebep olabilir. Ebe/hemşireler doğum sürecinin her aşamasında, kadına karşı duyarlı davranarak ve destek vererek, onların doğum eylemi ile baş etme yeteneklerini arttırabilirler (Rathfisch, 2012; Uludağ ve Mete, 2014; Simpson ve Creehan, 2014; Buckley, 2015; Sevil ve Ertem, 2016; Lindsay ve ark., 2018).

4.5.3. Bilgi Desteği

Travay ve doğum sürecinin her aşamasında gebeyi bilgilendirmek, travay ve doğum prosedürleri ve rutinleri hakkında bilgi vermek gebeye fikir yürütmesi için olanak sağlama, doğum sürecini anlama, bu süreçle baş etme ile ilgili bilgi sahibi olma ve gebeye kendi doğumuna dahil olma fırsatı verir. Bu durum/davranış gebeyi doğum deneyimine teşvik eder ve sürece dahil olmasını sağlayacaktır. Gebelere doğum sürecinde bilgilendirme de bulunulurken sözlü ve sözsüz iletişim teknikleri çok önemlidir. Adams ve Bianchi (2008) sözlü ve sözsüz iletişimin kendiliğinden geliştiği ve bu ikisi birbiri ile uyumlu ise verilen/verilecek olan mesajın çok daha etkili olduğunu vurgulamışlardır. Özellikle sözlü iletişim kültürel olarak duyarlı bir şekilde kullanılmalı ve gebe tarafından nasıl anlaşılacağına/anlaşıldığına dikkat edilmelidir.

Ayrıca göz teması ve yüz yüze konuşma tekniğine dikkat edilmelidir. Doğum sürecinin bu bölümünde, etkili ve etkin iletişim teknikleri devreye sokularak kadının içinde bulunduğu doğum süreci, farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrıyı hafifletme/giderme yöntemleri, hastanenin rutin protokolleri hakkında bilgi verme, muayene, yapılan/yapılacak işlemler ve bunların sonuçları hakkında açıklamada bulunma, yol gösterme ve problem çözümünde tarafsız öneride bulunma ve baş etmesine destek olma, solunum, gevşeme ve ıkınma egzersizlerini öğretme bulunmaktadır (Adams ve Bianchi, 2008; Kennedy ve ark., 2009; Karaçam ve Akyüz, 2011; Rathfisch, 2012; Kömürcü, 2014; Uludağ ve Mete, 2014; Simpson ve Creehan, 2014; Beji, 2015; Lindsay ve ark., 2018).

Sleutel' in (2003) yaptığı çalışmada doğum eylemindeki kadına destekleyici bakım veren ebe ve hemşireler doğum ağrısının özelliklerini (başlangıç, neden, zaman vb) anlattığında, kadının doğuma ve doğumun ilerleyişine uyum sağlayarak kadınların doğumdaki baş etme yeteneklerini arttırabildiği saptanmıştır. Chen ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada ebe ve hemşireler kadınlara ıkınmayı, alternatif doğum pozisyonlarını ve solunum tekniklerini öğreterek sürekli bakım sağlamışlar, doğum eyleminin süreci, ilerleyişi, yapılan işlemler, anne ve fetüsün sağlık durumu, fetal monitörizasyon ile ilgili bilgi vermişlerdir. Yapılan kadınların büyük bölümünün (%86) girişimleri yararlı buldukları ve doğumlarının umduklarından daha kolay olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir.

Tumbillin ve Simkin' in (2001) yaptıkları başka bir çalışmada kadınların %24' ünün doğum eylemi ve doğum süreci boyunca ebe/hemşirelerin yaptığı bilgilendirmenin faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca yine bu çalışmada kadınların doğum boyunca bilgilendirme desteği sağlayan ebe/hemşirelerin yardımını "soru sormama izin vererek cevap verdi, doğum süreci hakkında bilgi paylaştı, korkumu azalttı, sürekli bilgi verdi ve ıkınma desteği sağladı" şeklinde paylaşımda bulundukları saptanmıştır.

4.5.4. Savunuculuk

Doğum eylemi sürecinde olan gebeyi korumayı, ihtiyaçlarını anlamayı, mahremiyetine özen göstermeyi ve saygı duymayı, sağlık bakımıyla ilgili seçimleri

yapmasına yardımcı olmayı içermektedir ve bu da iyileştirici bir ilişki kurularak sağlanabilir. Ebe/hemşire kadına saygılı bir doğum süreci yaşatarak savunuculuğu başlatmaktadır. Savunma, gebenin kendini ifade edemediği durumlarda veya konuşacak durumda olmadığı zamanlarda da gebenin sesi olabilmektir. Gebenin savunucusu olan ebe/hemşire aynı zamanda kadına asaletle doğum yapma hakkı da verir. Saygılı bir doğum için ebe/hemşire kadının gizlilik ve mahremiyetini korumalı, yargılamamalı, yargılamadan bakım sağlamalı ve hasta/gebe haklarını korumalıdır. Ebe/hemşireler kadınları olumlu ve olumsuz duygularını ifade etmeleri için desteklemeli ve kadınlara ait bilgileri gizlilik esasına riayet ederek saklamalıdırlar. Kadınlar korkularını/anksiyetelerini, ihtiyaçlarını, endişelerini söylemeleri için cesaretlendirilmelidir. Kadınlara seçimlerini/tercihlerini düşünmeleri için zaman verilmeli ve yapılacak işlemlerin/girişimlerin riskleri ve faydaları açıklanarak kadının istekleri dikkate alınmalı ve doğum eylemi planı bu şartlar altında yapılmalıdır (Adams ve Bianchi, 2008; Kennedy ve ark., 2009; Rathfisch, 2012; Uludağ ve Mete, 2014; Simpson ve Creehan, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Lindsay ve ark., 2018).

Savunuculuk kadın kendisi için konuşamadığı, kendini ifade edemediği veya savunmasız kaldığı durumlarda kadınların isteklerini onların yerine ifade etmeyi içermektedir. Böylelikle kadınlar kendini güvende ve değerli hissetmekte ve doğum süreçlerine bu durum olumlu bir şekilde yansımaktadır (Kennedy ve ark., 2009; Rathfisch, 2012; Uludağ ve Mete, 2014; Simpson ve Creehan, 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Lindsay ve ark., 2018).

Kesintisiz ebe desteği ile gebeye doğumhaneyi tanıma fırsatı sunularak, gebenin yanında bulunma/destek olma, gebe ile göz teması kurma, hareket serbestliği sağlama/yatağa bağımlı olmama (NST ile fetüsün kontrolü hariç) , yürüyüş yapmasına izin verme, tuvaleti/banyoyu (imkanlar dahilinde ise) kullanabilmesi, kendini güvende hissetmesini sağlama, uygun oda sıcaklığı altında sessiz, güvenli ve loş bir ortam oluşturma, mahremiyetine önem verme/sağlama, eşi veya istediği bir yakını ile görüşebilmeyi sağlama, gebe ile kurulan iletişimde rahatlatıcı konuşmalara da yer verilmesi ve mümkün olduğunca ortamda az konuşma olmasının sağlanması gibi kriterler yerine getirilmiş olacaktır (Simkin ve Bolding, 2004; Campbell, 2006;

Lothian, 2008; Kennedy ve ark., 2009; Bergström, 2011; Rathfisch, 2012; Simpson ve Creehan, 2014; Sydsjö ve ark., 2015; Karaman, 2017; Lindsay ve ark., 2018).

Doğumda sürekli ağrının giderilmesine odaklanıldığı için kesintisiz doğum desteğinin karşısına alternatif olarak sunulan girişim epidural analjezi uygulamasıdır. Epidural analjezi hemen daima elektronik fetal monitörizasyonla eş zamanlı bir girişimle desteklenmektedir. Sonuç olarak yapılan bir girişim diğer bir girişimin alt yapısını oluşturmakta ve girişim sıklığını artırabilmektedir. Oysa kesintisiz ve birebir verilen doğum desteği geniş yelpazede çok farklı çıktıları olabilir ve girişim sıklığını azaltabilir. Örneğin kesintisiz ve birebir verilen doğum desteği epidural analjezi gereksinimini, elektronik fetal monitörizasyon kullanımına olan gereksinimi, damar yolu açma, üriner kateterizasyon, vakum/forseps girişimlerini ve buna bağlı morbidite sıklığını azaltabilir. Doğum süresince hareket özgürlüğünü artırarak doğumun spontan olmasını sağlayabilir (Lothian, 2008; Rathfisch, 2012; Asadi ve ark., 2015).

Doğum sürecinde kesintisiz destek her ülkenin uygulana gelen sağlık politikalarına göre değişiklik göstermektedir. Örneğin Uruguay hükümeti tarafından 2001 yılında doğum sürecinde kadının yanına istediği bir kişinin eşlik etmesinin kadının bir hakkı olduğuna karar verilmiştir. Düşük ve orta gelirli (Çin, Zimbabwe, Güney Afrika, Tanzanya) ülkeler anne bebek sağlığının geliştirilmesi için kesintisiz doğum desteğini teşvik etmektedir. Ancak birçok düşük gelirli ülkede doğumda kadına eşlik edecek herhangi bir kişiye izin verilmemektedir. Özellikle bu ülkelerde kesintisiz ebe desteğinin maliyeti ve onun yerine eş/arkadaş desteğinin etkinliği ikilem yaratmakta ve halen tartışmalar yapılmaya devam edilmektedir (Hodnett ve ark., 2012).

Özellikle gelişmiş ve ekonomik düzeyi iyi olan Kuzey Amerika' da doğuma yardımcı olarak "doula" hizmetleri sağlanmaktadır. Doula ünvanı alan bireyler doğum süresince kadını desteklemekte ve doğum uzmanları/ebeler ile kadının sağlıklı ilişki kurmasına yardımcı olmaktadır. Halen Amerika'da sertifikalı ve profesyonel destek sağlayabilen 50 binden fazla doula eğitimi alan birey olduğu bilinmektedir. Yapılan analizlere göre Amerika' da doğumların yaklaşık %3-5 gibi bir oranı doula desteği ile yapılmaktadır (Hodnett ve ark., 2002). Yine gelişmiş ve ekonomik düzeyi yüksek olan İngiltere' de benzer şekilde doula desteği hizmeti alınabilmektedir. Özellikle

gelişmişlik düzeyi yüksek ve orta gelir grubunda bulunan ülkelerde yeni eğilim kesintisiz doğum desteği almak için doula hizmetlerinden faydalanma yönündedir. Ülkemizde kesintisiz doğum desteği hizmeti henüz sağlanabilmiş değildir. Doğumun her geçen gün medikalize edilmiş olması, ebelerin yeterince istihdamının sağlanmaması, doğum sağlık personeli oranlarının istendik düzeyde olmaması kesintisiz doğum desteği hizmetinin sunumunda engel teşkil etmektedir. Özellikle ebe/hemşirelerin daha fazla kayıt ve teknolojik girişimlerin devamlılığının sağlanması işlemlerinde görev alması onların zamanla doğum sürecindeki yeteneklerinin azalmasına yol açmaktadır.

İntrapartum dönemde verilen kesintisiz doğum desteğinin postpartum dönemde özellikle erken dönemde bağlanma ve emzirmenin başlaması ve sürekliliği için gerekli olduğu öngörülmektedir. Annelik hormonu olarak bilinen prolaktin (son zamanlarda babalık hormonu da denmektedir), gebelik ve emzirme süresi boyunca hipofiz bezinden salgılanır. Prolaktin hormonu gebelikte memelerin gelişiminde ve postpartum dönemde de anne sütünün üretiminde görev aldığı bilinmektedir. Plasentanın doğumu ile birlikte hızla yükselmeye başlayan prolaktin hormonu emzirmeye bağımlı bir hormondur. Plasentanın doğumu ve arkasından progesteron hormonunun düşmesiyle birlikte prolaktin süt üretimini uyarmaya başlar ve postpartum iki-üç saatte pik noktasına erişir. Doğum sonu prolaktin hormonu seviyesindeki bu artış, bu süre içinde anneliğe özgü davranışların etkili olması, başarılı bir süt üretimi ve emzirmenin gerçekleştirilmesi açısından önemlidir. Tüm memelilerde, prolaktin emziren annenin beyninde yapmış olduğu etkilerden dolayı doğum sonrası anneliğe özgü davranışların oluşmasında büyük rol oynamaktadır. Prolaktinin bu geniş yelpazeye yayılan etkileri anneliğin daha çok bebek bakımına yönelik gereksinimlerinin fizyolojik olarak algılanması ile ilişki içindedir. Prolaktinin emzirme ile olan ilişkisi, annenin ve bebeğin ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmaktadır (Lindsay ve ark., 2018). Kesintisiz devam eden ebelik desteği erken ten tene temas, emzirmenin erken başlatılması ve devamlılığının sağlanmasında da etkin rol oynamaktadır. Nitekim yapılan çalışmalarda emzirmeyen kadınlarda beta endorfin seviyesinin düştüğü, strese verilen yanıtın azaldığı saptanmıştır (Rathfisch, 2012; Buckley, 2015; Turan, 2016).

Postpartum dönemde bebeğin yaşayacağı farklı deneyimler, bebeğin beynindeki farklı bölgeleri tetikler ve birbirine bağlar. Öncelikli olarak bebek ve annesi arasındaki fiziksel etkileşimi sürdürmeye dayalı olan bu deneyimler, erken ten tene temas, sıcaklık ve ten temasından kaynaklanan koku alma duyularını kapsar. Annenin teninin kokusu, bedensel destek ve kucaklama (ten tene temas), annenin bebeğini kucağına aldığındaki kalp atışları, bebek daha intrauterin dönemde tüm bunlarla hoş ve sakinleştirici hislerle bağlantı kurmuş olduğundan önemlidir (Rathfisch, 2012; Turan, 2016).

Ten teması bebeğin stres hormonlarının da kontrol altına alınmasını ve düşürülmesini sağlar. Düşük stres ve stres hormonları seviyesi, diğer yararlı etkilerine ek olarak bebeğin enerji ihtiyacının düşmesini sağlayarak kan şekeri seviyesini geliştirir ve böylelikle vücut sıcaklığını dengeleyecektir. Anne bedeninin bebeğin vücut ısısını düzenleme ve fiziksel temas halindeyken (ten tene temas) stres hormonlarını azaltma yeteneği, bebeğin gelişimi süresince desteklenir. Ayrıca özellikle ten teması bebeğin otonom sinir sistemini de aktive ettiği yapılan çalışmalarla açığa çıkmıştır (Lothian, 2008; Rathfisch, 2012; Turan, 2016; Lindsay ve ark., 2018).

Kesintisiz ebe desteği ile doğumda uygulanan girişimlerin azalması sağlanacak, sezaryen gerektiren komplikasyonlar azalacak ve annelikten alınan memnuniyetin artması sağlanacaktır. Tıp ve ebelik alanında yapılan araştırmalar sonucunda ebenin doğum sırasında gebeye verdiği birebir desteğin analjezi ihtiyacını azalttığı ve doğum deneyimini iyileştirdiği savunulmaktadır. Bu durum "Modernleştirilmiş annelik bakımı" dökümanında da onaylanmıştır (Lindsay ve ark., 2018).

Ülkemizde son yıllarda İstanbul başta olmak üzere Tıp Fakülteleri ve Eğitim Araştırma Hastanelerinin büyük bir çoğunluğunda ebeler doğum sürecinde aktif şekilde rol alamamaktadır. Ebeler genellikle doğum süreci ve yönetimi konusundaki görev, yetki ve sorumlulukları dışındaki alanlarda hizmet vermeye başlamış ve belirgin bir kimliksizleşme süreci yaşamaktadır. Bu sorun bağlamında Sağlık Bakanlığı normal doğum sayılarının artırılması ve ebelerin aktif doğum yaptırmalarının desteklenmesi gerekliliği üzerinde durmaktadır.

Ülkemizde ebeler tarafından kesintisiz doğum desteğinin verildiği ve sonuçlarının değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma ile ebelerle yaptırılan doğumların çıktıları konusunda önemli veriler elde edilecek ve bu bulgular doğrultusunda önemli planlamalar yapılabileceği öngörülmektedir. Bütün bu gerekçelerden ötürü çalışmanın mesleki anlamda bir yol haritası çizebilmemizde önemli bir kilometre taşı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma, doğum sürecinde kesintisiz ebe desteğinin doğumda uygulanan girişimlere, doğum süresine, postpartum hemorajiye, doğum konforuna, ağrı ve anksiyete durumuna, doğum doyumuna, emzirme durumuna, bağlanma düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; doğum sürecinde kesintisiz ebe desteğinin doğum süreci üzerine etkilerini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.11.2017-01.11.2018 tarihleri arasında İstanbul ili Kadıköy ilçesi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği' nde yürütüldü.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

5.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini belirlenen tarihler arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği' ne başvuran tüm primipar gebeler oluşturdu.

5.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini belirlenen tarihler arasında örneklem kriterlerine uyan kadınlar oluşturdu.

5.3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Doğum eylemi başlamış olan ve yatışı yapılan,
- İlk doğumunu gerçekleştirecek olan, (Gebeliği miadında olan)
- Canlı, tek, sağlıklı bir fetüse sahip olan,
- Spontan vaginal doğum planlanan,
- Fetüsün longitudinal ve vertex pozisyonunda olan,
- Aktif fazda olan (dilatasyon= 4cm ve üzeri) ,
- Doğum eylemini etkileyecek maternal ve fetal komplikasyonu olmayan,

- Baş-pelvis uygunsuzluğu olmayan,
- Fetal hipoksi (distress) olmayan,
- Fetal anomali riski olmayan,
- Erken Membran Rüptürü (EMR) olmayan,
- Beden Kitle İndeksi (BKİ) 30'un altında olan,
- Ultrasonografi tahmini bebek kilosu < 4 kg olan,
- En az okur-yazar olan ve dil-iletişim sorunu olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve onam alınan gebeler

5.3.4. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaktan vazgeçmeleri
- Gebe okulu/ doğuma hazırlık sınıfından eğitim almış olmaları
- Gebeye doğum indüksiyonunun başlaması
- Gebenin doğumunun sezaryen operasyonu ile sonuçlanması
- Uyum sağlayamayan
- İletişim problemi yaşamaya başlayan
- Çalışmayı yarıda bırakan, çalışmadan ayrılmak isteyen gebeler

Uzman bir istatistikçi tarafından G*Power 3.1 programı ile örneklem büyüklüğü, Hodnet ve arkadaşlarının çalışması (2011) ve araştırmanın yapıldığı sağlık kurumunda ilk gebeliğini deneyimleyenlerin sayısı (n=587) dikkate alınarak, etki genişliğine (w=0.76) ve çift kuyruklu hipotez yöntemine göre hesaplanmıştır. Güven aralığı %95 ve hata payı %5 olarak belirlenmiştir. Hesaplama sonucunda kontrol grubu için 30 ve deney grubu için 30 ve toplamda 60 kadın olması gerektiği belirlendi. Çalışma, olası veri kayıpları gözönünde bulundurularak deney grubuna 35, kontrol grubuna 36 kadın alınarak toplamda 71 kadın ile tamamlandı.

Çalışmanın akışı CONSORT 2010 klavuzu doğrultusunda oluşturulmuştur. Deney ve kontrol grubunun randomizasyonu research (https://www.randomizer.org/) programı ile sağlanmıştır **(Şekil 1)**.

Deney Grubu: 22, 19, 51, 26, 2, 63, 39, 61, 32, 11, 56, 64, 35, 37, 25, 66, 6, 8, 31, 29, 34, 42, 59, 48, 16, 58, 24, 67, 70, 18, 38, 53, 45, 13, 28. sırada olan gebeler

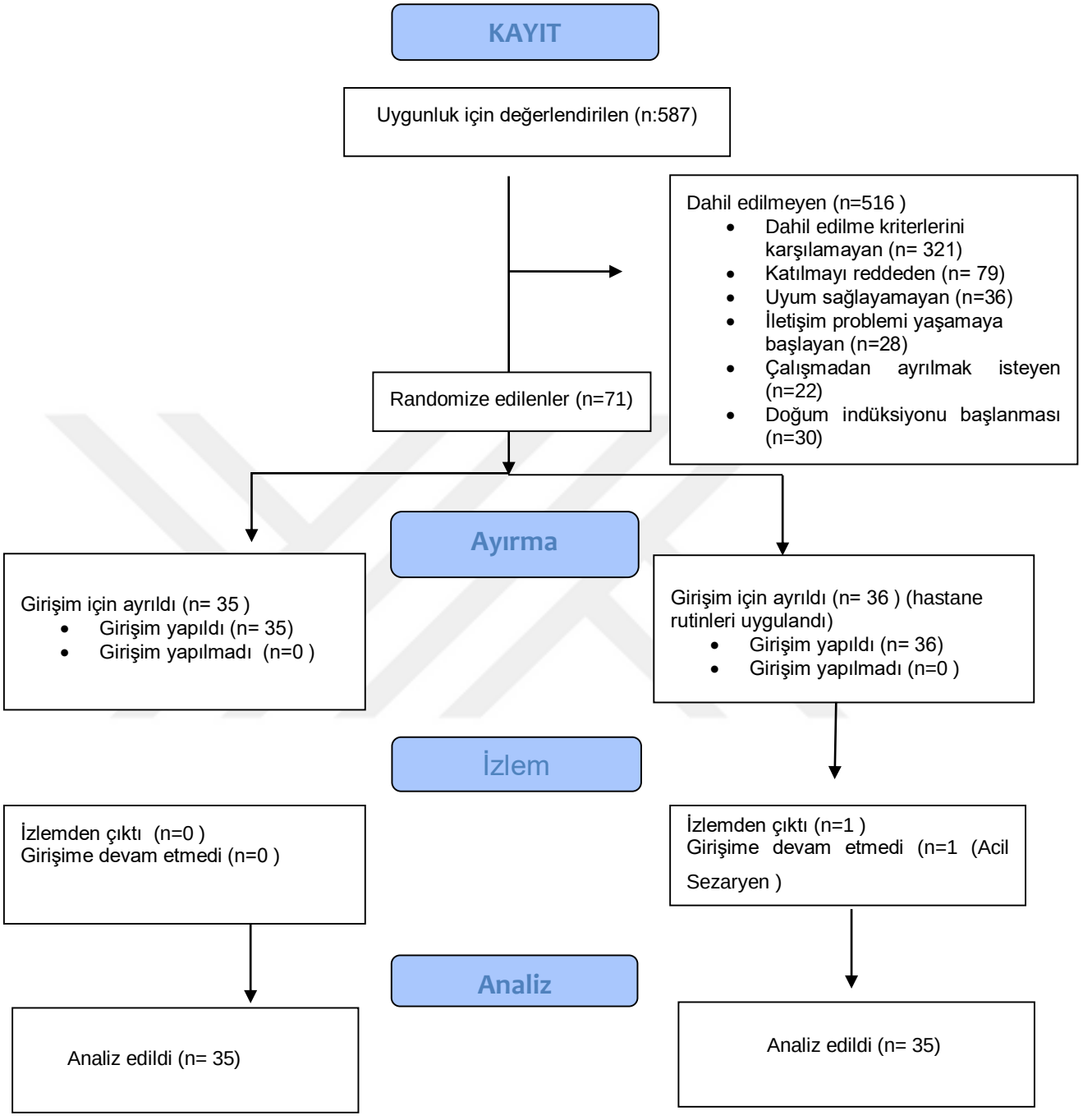
Kontrol grubu: 23, 4, 49, 54, 46, 43, 36, 62, 41, 21, 65, 30, 5, 14, 68, 50, 7, 10, 20, 44, 60, 12, 57, 3, 55, 47, 27, 15, 17, 69, 9, 71, 1, 40, 33, 52. sırada olan gebeler alınarak gruplara dahil edildi.

Araştırma grupları aşağıdaki gibidir.

Deney Grubu: Deney grubuna alınan gebelerdir. Bu gebelere doğum eylemi boyunca kesintisiz ebe desteği verildi.

a. Duygusal destek bağlamında (sevgi ve saygı ifadeleri kullanıldı, vaktinin % 85'ini gebe ile geçirdi ve kadına kendisi ile ilgilendiğini hissettirildi).
b. Fiziksel destek (doğrudan kadına yardım etme, farmakolojik olmayan yöntemleri kullanma (nefes egzersizi, sıcak ve soğuk uygulama, bel masajı) ayağa kalkmasına yardım etme, odanın ısı ve ışık açısından uygun hale getirilmesi ve ortamda az konuşma olması, ılık bir duş yapmasını sağlama, su yudumlamasını sağlama, elinden tutma, rahat etmesinin sağlanması, hijyenin sağlanması vb),
c. Bilgilendirme desteği (efasman, dilatasyon düzeyi gibi) ve olumlu geri bildirimde bulunarak kadının motivasyonunu artırmaya yönelik cümleler kullanıldı.
d. Savunuculuk (kadının lehine olmak ve risk taşımamak kaydıyla kadının haklarını savunmak örneğin sürekli sırt üstü yatması yerine hafifçe yan dönmesine izin vermek gibi, sürekli NST'ye bağlamamak gibi)

Kontrol Grubu: Kontrol grubuna alınan gebelerdir. Bu gebelere ise çalışmanın yapıldığı klinikteki rutin uygulamaların dışında farklı herhangi bir girişimde bulunulmadı.



Şekil 1: Consort Akış Şeması

5.4. Araştırmanın Değişkenleri

5.4.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Gebenin sosyo-demografik özellikleri (yaş, evlilik süresi, kilo, boy, BKİ, mesleği, çalışma durumu, aile tipi, ekonomik düzeyi), gebelik sayısı, gebelik haftası, alkol ve/veya sigara kullanımı, planlı bir gebelik yaşaması, gebelik boyunca egzersiz yapma durumu, kronik hastalık varlığı, gebelikte kontrole gitme sayısı, gebelikte kilo alımı, gebelikte sorun yaşaması, gebelik süresince sosyal destek alma durumu bağımsız değişkenlerdir.

5.4.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Gebelerin ağrısı ile baş etme puanları, doğum süresi, durumluluk anksiyete düzeyi, doğum doyumu, ilk emzirmeye başlama süresi, doğumda girişim oranları, bağlanma düzeyi, postpartum kanama miktarı, doğum doyumu, fetal kalp atım değişimleri, ilk emzirmeyi başlatma zamanı, perineal travma durumu, Apgar skoru, yenidoğan komplikasyon durumu bağımlı değişkenlerdir.

5.4.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1; Doğum eyleminde kesintisiz ebe desteği verilen deney grubu ile kontrol grubu arasında, doğum ağrısı ile baş etme açısından fark vardır.

H2; Doğum eyleminde kesintisiz ebe desteği verilen deney grubu ile kontrol grubu arasında, doğum süresi (aktif faz/geçiş fazı, ekspulsiyon, plasenta ayrılma, toplam doğum süresi) açısından fark vardır.

H3; Doğum eyleminde kesintisiz ebe desteği verilen deney grubu ile kontrol grubu arasında, durumluk anksiyete düzeyi açısından fark vardır.

H4; Doğum eyleminde kesintisiz ebe desteği verilen deney grubu ile kontrol grubu arasında, doğumda yapılan girişim açısından fark vardır.

H5; Doğum eyleminde kesintisiz ebe desteği verilen deney grubu ile kontrol grubu arasında, postpartum perineal travma açısından fark vardır.

5.4.4. Verilerin Toplandığı Kliniğin Özellikleri

Merkezi Doğumhanede 7 yataklı bir travay odası, 1 tane doğum salonu, sezaryen doğumların gerçekleştirildiği 2 tane ameliyathane ve yenidoğan bebekler için doğumhane ve ameliyathanelerde bulunan 3 tane girişim alanı bulunmaktadır. Travay odasında 5 Elektronik Fetal Monitor (EFM) bulunmaktadır. Doğum salonunda 4 doğum masası ve bir radyant ısıtıcı bulunmaktadır. Doğumhanede toplam 7 hemşire/ebe görev yapmaktadır. Çalışma sistemi 08-16 gündüz, 16-08 gece nöbeti şeklindedir.

Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce gebe polikliniklerinde veya acil kadın doğum polikliniğinde değerlendirilmekte ve yatış kararı verilen gebeler kadın doğum acil bölümünde yatış işlemleri başlatılarak daha sonra doğumhaneye alınmaktadır.

Doğumhaneye kabul edilen gebeler asistan hekimler tarafından sistem yatışı yapılmakta, anamnezi alınmakta, hemşire/ebeler tarafından da hastadan gerekli bilgiler alınarak hastanede kullanılan anamnez formu doldurulmakta, damar yolu açılmakta ve doğumhane önlüğü giydirilmektedir.

Doğumhanede ağrıyı gidermek için farmakolojik olmayan yöntemler uygulanmamaktadır. Hekim kararı ile anestezi ekibi tarafından bazı gebelere epidural anestezi uygulanmaktadır. Gebeler vaginal tuşe ile değerlendirildikten sonra hekim istemi üzerine doğum eyleminin birinci evresini kısaltmak ve doğum eylemini hızlandırmak amacıyla oksitosin indüksiyonu, prostaglandin (PGE2, propes) uygulanmaktadır.

Gebelere EFM yapıldıktan sonra yürümelerine izin verilmektedir.

Normal doğumlara asistan hekimlerle beraber 1 hemşire/ebe girmektedir. Normal doğumlar asistan hekimler tarafından yapılmakta olup hemşire/ebeler tarafından asiste edilmektedir.

Doğumdan sonra plasenta ayrıldıktan sonra kanama takibi yapılarak 500 cc serum içerisine 20 ünite synpitan IV verilmekte, gebenin yaşam bulguları alınarak tansiyonu yüksek değilse metiler 1 ampul I.M yapılmaktadır.

Doğumdan sonra yenidoğana bebek girişim alanında bakımı yenidoğan asistanları ve hemşireleri tarafından yapılmakta ve 1 hemşire/ebe tarafından ağırlık,

boy, baş çevresi ölçüleri alınarak gebe dosyasına yazılmakta, bebek ayak izi alınmaktadır.

Bebek bakımı tamamlandıktan sonra bebek anne yanına verilerek emzirmesi desteklenmektedir. Doğum sonu 2 saat takip edildikten sonra anne ve bebeği kadın doğum kliniğine alınmaktadır.

5.5. Verilerin Toplanması

Gebe tanılama formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümüne ait sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve dilatasyonun 4-5 cm olduğu süreçte uygulanmıştır. Bu forma kaydedilen bazı verilerde 70 gebenin yatış dosyasındaki verilerden yararlanılmıştır (Gebenin gestasyonel haftası (miad yaşı), tahmini doğum tarihi, ilaç tedavisi orderı vb). Dilatasyon aşamasında gebelerde herhangi bir risk olup olmadığı, komplikasyon gelişip gelişmediği araştırmacı tarafından gözlenerek ve klinik dosya notlarından da yararlanılarak değerlendirilmiş ve bu formun ikinci bölümüne kaydedildi. Her iki gruptaki gebenin dilatasyon, efasman bulguları ve fetal prezentasyon ile baş inişi araştırmacı tarafından 2 saat aralıklarla değerlendirildi (vaginal tuşe + leopold manevraları bulguları) ve Gebe Tanılama Formu ikinci bölümüne kaydedilmiştir. Literatürde doğumun aktif yönetimi ile ilgili yapılan çoğu çalışmada vaginal tuşenin iki saatte bir yapılması gerektiği ve muayene sıklığı arttıkça koryoamnionit riskinin arttığı bildirilmektedir (Berghella, Baxter and Chauhan, 2008; Rathfisch ve Güngör, 2009). Bu nedenle vaginal tuşe ile yapılan değerlendirmeler 2 saatte bir uygulanmıştır. Ayrıca her iki gruptaki gebelerin fetal durumunun değerlendirilmesi için uygulanan Elektronik Fetal Monitorizasyon (Nonstress testi-NST) klinik hekimi tarafından order edilen aralıklarda yapılmıştır. NST' ye göre elde edilen fetal kalp hızı ve uterin kontraksiyon frekansı (10 dakikada bir gelen kontraksiyon sayısı) ile ilgili veriler aynı formun yine ikinci bölümüne kaydedilmiştir. Her iki gruptaki gebelerin dilatasyon evresindeki anksiyeteleri VAS skalası ile dilatasyonun 4-5 cm, 6-7 cm ve 8-10 cm olduğu süreçlerde olmak üzere 3 kez değerlendirilmiştir. Bu süreçlerde gebelere VAS' a göre hissettikleri aksiyeteye 1' den 10' a kadar kaç puan verdikleri sorulmuş ve belirttikleri değerler araştırmacı tarafından VAS skalasına kaydedilmiştir. Gebe tanılama formunun üçüncü bölümüne

ait kayıtlar, doğum (ekspulsiyon) gerçekleştikten sonra yapılmıştır. Bu bölüme doğum saati, yenidoğanın kilo, boy, baş çevresi, 1 ve 5.dk Apgar skorları, anne ve bebeğin ilk temas zamanı, ilk emzirme zamanı ve herhangi bir komplikasyon varlığı ile yenidoğan yoğun bakım ve resüsitasyon gereksinimi değerlendirilerek kaydedilmiştir. Plasentanın ayrılmasının ardından araştırmacı tarafından serviks, vagina, perine laserasyonu, deşirür vb varlığı açısından değerlendirilmiş ve kaydedilmiştir. Her bir gruptaki gebelerin dilatasyon, ekspulsiyon evresi süreleri ve total doğum süreleri araştırmacı tarafından hesaplanarak kaydedilmiştir. Her iki gruptaki gebelerden doğumlarından sonraki ilk 2 saat içerisinde değiştirdikleri tüm pedlerini (hastane tarafından verilen ve önceden tartılan) biriktirmeleri istenilmiş ve sonrasında bu pedler gram cinsinden özel hassas tartı (CVS-2000 gr) ile tartılarak ve elde edilen sonuçlar forma kaydedilmiştir. Her iki gruptaki gebelerin yaşadıkları ağrı, kaygı, doğum desteği vb durumlara ilişkin sözel olarak kendilerine sorulmuş ve gebelerin belirttikleri ifadeler ve değerlendirmeler araştırmacı tarafından forma kaydedilmiştir. Araştırmacı tarafından doğumun gerçekleştiği ekspulsiyon sürecinde doğum masasına alınan deney ve kontrol grubundaki tüm gebelerin yanında olunarak destek sağlanmıştır (ıkınma, nefes alma teknikleri uygulatma vb). Doğum eylemi süresince anne ve bebekle ilgili tüm klinik kayıtlar değerlendirilerek ilgili formlara kaydedilmiştir.

Doğum süreci boyunca annede rahatlık, güvenlik, önemsendiğini hissetme ve kontrolün kendisinde olduğu hissi meydana getirilerek duygusal destek sağlanmıştır. Doğum yapan kadının fiziksel çevresinin rahatlamasını sağlayacak şekilde düzenlenerek, doğum odasının ısı, ışık, ses açısından uygun hale getirilerek fiziksel destek sağlanmıştır. Kesintisiz ebe desteğinin bir diğer bileşeni olarak travay ve doğum sürecinin her aşamasında gebeyi bilgilendirerek, doğum sürecini anlama ve bu süreçle baş etme ile ilgili bilgi sahibi olması sağlanarak bilgi desteği bileşeni de tamamlanmıştır. Doğum eylemi sürecinde gebeyi korumayı, ihtiyaçlarını anlamayı, mahremiyetine özen göstermeyi ve saygı duymayı, sağlık bakımı ile ilgili seçimler yapmasına yardımcı olmayı içeren savunuculuk ile kesintisiz ebe desteğinin bir diğer bileşeni de gerçekleştirilmiştir. Form üzerinde konu ile alakalı kısım gebe gözlemlenerek ve sözel olarak kendisine sorularak araştırmacı tarafından forma doldurulmuştur **(Şekil 2)**.

5.5.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan Gebe Tanılama Formu (Ek - 3) kullanıldı.

5.5.2. Gebe Tanılama Formu (Ek-3)

Gebe tanılama formu; sosyo-demografik özellikleri tanımlayan ve araştırmacı tarafından ilgili literatürlerin taranıp incelenmesi sonucu kesintisiz ebe desteğine ve doğum sürecine etki ettiği saptanan sorulardan meydana gelen 3 ana bölümün birleşmesi ile oluşturulmuştur. Bu form bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurulup gebenin onamının alınmasının ardından uygulandı.

Gebenin sosyo-demografik özellikleri, tıbbi ve obstetrik özellikleri, gebeliği ve doğuma yönelik bilgi, düşünce ve beklentileri, doğumda yapılan müdahale/girişimler ve bebek bağlanması ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sorular; gebenin yaşı, medeni durumu, evlilik süresi, öğrenim ve çalışma durumu, gelir durumu, mesleği, aile tipine ilişkin soruların yer aldığı toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

Gebenin tıbbi ve obstetrik özellikleri ile ilgili sorular; gebelik, düşük, küretaj bilgileri, gebelik haftası, gebeliğin planlı olma durumu, alkol ve sigara kullanımı, gebeliği boyunca egzersiz yapma durumu, kontrollere gitme durumu, kontrollere kaç kez gittiği, gebelik boyunca kaç kilo aldığı, gebelikte sorun yaşama durumu, kronik bir hastalığının varlığını içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Doğum eylemi izlemi içinde formda; gebelik haftası, doğum ağrılarının başladığı tarih ve saat, doğum eyleminin ikinci evresindeki muayene bulguları (servikal dilatasyon ve silinme, başın seviyesi ve membranların durumu, kontraksiyonların şiddeti ve sıklığı, fetal kalp atım hızı), servikal olgunluğun 5 cm' den 8 cm' e ve 8 cm' den 10 cm olana kadar geçen süre, annenin vital bulguları, doğum eyleminin toplam süresi, yeni doğanın ilk değerlendirilmesine ilişkin sorular (bebeğin cinsiyeti, baş çevresi, kilosu, boyu, Apgar skoru ve sağlık durumu, ilk emzirmenin başlatılması ve annenin emzirme durumu) yer almaktadır.

Formda korku/anksiyete düzeyini belirlemek için Vizüel Analog Skala (VAS-Görsel Analog Skala) kullanıldı. VAS, algılanan ağrıyı, korkuyu ya da kalite gibi

değişkenleri ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Yapılan çalışmalarda çok çeşitli amaçlarla kullanıldığı belirlenmiştir. Geçerli ve güvenir bir ölçektir. Bu çalışmada kadınların anksiyetesinin belirlemek amacıyla kullanılmıştır. 0-10cm' lik bir cetvel şeklinde ölçeğin bir ucu 0 anksiyetesizliği, diğer ucu ise 10 en şiddetli anksiyete yoğunluğu derecesini belirtmektedir. Gebe algıladığı anksiyetesini cetvel üzerinde işaretleyerek ağrı yoğunluğunun derecesini bildirir (Huskisson 1974, Collins ve ark. 1997) VAS ile ilgili standardizasyon çalışmalarında ölçeğin dikey şekilde kullanımının daha kolay anlaşıldığı bildirilmiştir (Collins ve ark., 1997). Sözel skalaya göre görsel skalanın korku/anksiyete/ağrı şiddetini daha doğru ölçtüğüne dair oldukça kuvvetli kanıtlar mevcuttur. Gebenin skala üzerinde gösterdiği yer araştırmacı tarafından işaretlendi.

Gebe doğum sürecinde doğum indüksiyonu, amniyotomi, acil sezaryen, forseps, vacum, epizyotomi uygulanması, perineal yırtık (varsa derecesi), fetal distress durumu, epidural analjezi uygulanması, doğum sonu kanama durumu (ped takibi yapılarak hassas tartı ile ölçüm yapılıp kaydedilmiştir), fetusle alakalı neonatal yoğun bakım gereksinimi, intrapartum asfiksi, erken ten tene temas (ne zaman kuruldu ise doğum sonu kaçıncı dakika olduğu kaydedildi), emzirme durumu (emzirmeye başlama saati/doğum sonu kaçıncı dakika olduğu ve şekli kaydedilmiştir) ve eğer bebeğe hastane yatışı önerildiyse nedeni açısından değerlendirilmiştir. Ayrıca bağlanma ile alakalı olarak yakın ten teması, göz teması, sevgi ve şefkatle dokunmak, bebeği inceleme, sevgi dolu konuşmak, olumlu yorumlar ve mutlu olma durumu şeklinde değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler var/yok şeklinde ve araştırmacı tarafından forma işaretlenmiştir. Doğum sonu bağlanmaya ilişkin geçerli ve güvenirlik bir ölçek olmadığından bağlanma durumu yedi sorudan oluşan ve pratikte tüm kültürlerde kullanılan ve kullanılması önerilen yedi soru ile belirlenmiştir. Bu değerlendirme bağlanma Apgarı olarak değerlendirilmektedir (Britton, 2001).



ŞEKİL 2: Araştırma Akış Şeması

5.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Subscription trial versiyonu kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır.

Parametreler	**Analiz Yöntemi**
Gebelerin (deney ve kontrol grubu) tanımlayıcı özellikleri	Ortalama, Medyan, Sayı, Yüzde, Bağımsız Örneklem T Testi, Mann Whitney-U Testi, Ki Kare Testi
-Anksiyete Durumu -Ağrı İle Baş Etme Durumu -Doğum Doyumu -Kanama miktarı -Apgar skoru -Girişim durumu -Bağlanma Düzeyi -Emzirmeye Başlama Zamanı	Ortalama, Medyan, Bağımsız Örneklem T Testi, Mann Whitney-U Testi, Ki Kare Testi, Wilcoxon Rank Test

5.6.1. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın etik onayı için İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu' ndan gerekli izin alınmıştır (Ek 1).

Araştırmanın yapıldığı hastaneden etik kurul izninin alınması nedeniyle kurum izni olarak klinik şefinden araştırmanın yapılması için İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları-Doğum Kliniği'nden gerekli izin alınmıştır (Ek 2).

Örnekleme seçim kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmaya katılan tüm kadınlardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek 4).

5.6.2. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

- Sağlıklı ve ilk doğumları olan gebelerle çalışılmış olması nedeniyle çalışma genel popülasyona genellenemez.
- Deney grubu için uygulanacak kesintisiz ebe desteği kliniklerde rutin olarak uygulanmaması ve bu bağlamda kurumsal veya ülke bazında bir prosedürün olmaması önemli güçlük oluşturmuştur.

5.6.3. Araştırmada Kullanılan Mevcut Olanaklar

- Araştırmacının kendi olanakları
- Marmara Üniversitesi kütüphanesi ve online veri tabanları

6. BULGULAR

Doğumda kesintisiz ebe desteğinin doğum sürecine etkilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak tablolar eşliğinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

6.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular,

6.1.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular,

6.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular,

6.2. Katılımcıların Durumluluk Anksiyete Puanlarına İlişkin Bulgular**,**

6.3. Katılımcıların Doğum Ağrısı İle Başa Çıkma Puanlarına İlişkin Bulgular,

6.4. Fetal Kalp Atım Bozulmasına İlişkin Bulgular,

6.5. Katılımcılara Doğumda Yapılan Girişimlere İlişkin Bulgular,

6.6. Katılımcıların Doğum Sürelerine İlişkin Bulgular,

6.7. Katılımcıların Postpartum Kanama Miktarı Bulguları,

6.8. Katılımcıların Postpartum Perineal Travma Bulguları,

6.9. Yenidoğan Apgar Skor Bulguları,

6.10. Yenidoğan Komplikasyon Bulguları,

6.11. Katılımcıların İlk Emzirmeyi Başlatma Zamanı Bulguları,

6.12. Katılımcıların Anne Bebek Bağlanma Puanlarına İlişkin Bulgular,

6.13. Katılımcıların Doğum Algılarına İlişkin Bulgular,

6.14. Deney Grubundaki Katılımcıların Kesintisiz Ebe Desteği Bulguları'dır.

6.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların demografik özellikleri **(Tablo 6-1)** ve obstetrik özellikleri **(Tablo 6-2)** incelendi.

6.1.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

35 deney, 35 kontrol grubu olmak üzere, araştırmaya katılan 70 katılımcının demografik özelliklerine ait bulguları **Tablo 6-1'** de sunuldu.

Tablo 6-1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=70)

Demografik Özellikler		**Deney Grubu (n=35)**		**Kontrol Grubu (n=35)**		**Analiz**	
		Ort.±SS	**Medyan**	**Ort.±SS**	**Medyan**	**χ^2**	**p**
Yaş		24,11±3,91	24,00	23,86±4,31	23,00	21,945	0,145 [a]
Evlilik Süresi (ay)		19,86±9,25	18,00	20,51±9,92	18,00	7,546	0,580 [a]
BKİ		28,19±3,18	28,80	29,12±3,96	28,6	50,000	0,394 [a]
		n	**%**	**n**	**%**		
Aile Tipi	Çekirdek aile	30	85,7	32	91,4	,439	0,355 [a]
	Geniş aile	5	14,3	3	8,6		
Eğitim Durumu	8 yıl altı	15	42,8	20	57,1	,557	0,557 [a]
	9 yıl üstü	20	57,2	15	42,9		
Çalışma Durumu	Hayır	25	71,4	32	91,4	,088	0,031 [a]
	Evet	10	28,6	3	8,6		
Ailenin Ekonomik Durumu	Gelir giderden az	8	22,9	5	14,3	,332	0,332 [a]
	Gelir giderden fazla	8	22,9	5	14,3		
	Gelir gidere denk	19	54,3	25	71,4		
	TOPLAM	**35**	**100**	**35**	**100**		

[a]Ki-Kare testi

Araştırmaya katılan katılımcıların, deney grubunda yaş ortalaması 24,1±3,9 ve kontrol grubunda yaş ortalaması 23,9±4,3' tü (p=0,145). Gebelerin deney grubunda %85,7' si çekirdek ailede yaşarken, kontrol grubunda bu oran %91,4 idi. Gebelerin %42,8 ile deney grubundaki gebeler 8 yıl eğitim almış, kontrol grubunda ise bu oran %57,1' dir. Deney grubundaki gebelerin %71,4' ü ve kontrol grubundaki gebelerin %91,4' ü çalışmamaktadır. Gebelerin ailelerinin ekonomik durumu deney grubunda %54,3 ve kontrol grubunda %71,4 ile gelir gidere denk olarak tespit edilmiştir **(Tablo 6-1).**

Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş, evlilik süresi, aile tipi, eğitim durumu ve ekonomik durum bakımından özellikleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) **(Tablo 6-1).** Deney ve kontrol grubundaki gebelerde çalışma durumu açısından istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

6.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine ait bulgular **Tablo 6-2'**de gösterildi.

Tablo 6-2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri (n=70)

Obstetrik Özellikler		Deney		Kontrol		Analiz	
		n	%	n	%	χ^2	p
Gebelikte kontrole gitme sayısı	6 ve daha az	4	11,4	13	37,1	8,778	0,012[a]
	7' den fazla	31	88,6	22	62,9		
Gebeliğini planlama durumu	Hayır	5	14,3	13	37,1	4,786	0,027[a]
	Evet	30	85,7	22	62,9		
Kronik hastalık varlığı	Hayır	34	97,1	35	100	1,014	0,500[a]
	Evet	1	2,9	0	0		
Gebelikte sorun yaşanması	Hayır	29	82,9	26	74,3	,764	0,281[a]
	Evet	6	17,1	9	25,7		
Gebelik boyunca egzersiz yapma	Hayır	19	54,3	29	82,9	,629	0,010[a]
	Evet	16	45,7	6	17,1		
Gebelikte sosyal destek alımı	Hayır	4	11,4	16	45,7	10,080	0,002[a]
	Evet	31	88,6	19	54,3		
	TOPLAM	**35**	**100**	**35**	**100**		

[a]**Ki-Kare testi**

Çalışmaya katılan kadınların gebelikte kronik hastalık varlığı ve gebelikte sorun yaşanması açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki gruptaki katılımcıların gebelikte kontrole gitme sayıları, gebeliklerini planlama durumları, gebelik boyunca egzersiz yapma durumları ve gebelikte sosyal destek alma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) **(Tablo 6-2).**

6.2. Katılımcıların Durumluluk Anksiyete Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların ilk gelişlerinde (5 cm), dilatasyon 6-7 cm iken ve geçiş fazında (8-10 cm) iken dikey VAS ile elde edilen korku/anksiyete/kaygı düzeylerine ilişkin bulgular sunuldu **(Tablo 6-3).**

Tablo 6-3. Katılımcıların Durumluluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=70)

Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları	GRUP					
	Deney		Kontrol		Analiz	
	Ort	SS	Ort	SS	Z_{MWU}	p
Dilatasyon (İlk gelişte (4-5 cm))	5,63	1,65	4,77	1,65	-2,090	0,307[a]
Dilatasyon (6-7 cm)	3,83	0,82	6,71	1,51	-6,453	0,000[a]
Dilatasyon (8-10 cm)	2,00	,84	9,12	1,23	-7,261	0,000[a]

[a]**Mann-Whitney U Testi**

Deney ve kontrol gruplarında dilatasyon 5 cm iken anksiyete puan ortalamaları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Dilatasyon 6-7 cm iken deney grubunda anksiyete puan ortalaması 3,83±0,82 iken kontrol grubunda 6,71±1,51 olarak saptanmıştır. Geçiş fazında (dilatasyon 8-10 cm) deney grubunda anksiyete puan ortalaması 2,00±0,84 iken, kontrol grubunda 9,12±1,23 olarak saptanmıştır. Bu farklar istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p<0,01) **(Tablo 6-3).**

6.3. Katılımcıların Doğum Ağrısı İle Başa Çıkma Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kadınların ilk gelişlerinde (5 cm), dilatasyon 6-7 cm iken ve geçiş fazında (8-10 cm) iken dikey VAS ile elde edilen doğum ağrısı ile başa çıkma düzeylerine ilişkin bulgular sunuldu **(Tablo 6-4).**

Tablo 6-4. Katılımcıların Doğum Ağrısı İle Başa Çıkma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=70)

Doğum Ağrısı İle Başa Çıkma Puan Ortalamaları	Deney		Kontrol		Analiz	
	Ort	SS	Ort	SS	Z_{MWU}	p
İlk gelişte (4-5 cm)	4,82	2,20	5,14	2,30	-,560	0,575[a]
Dilatasyon 6-7 cm	6,60	1,56	4,06	1,49	-5,620	0,000[a]
Geçiş fazında	8,69	,83	2,44	1,74	-6,862	0,000[a]

[a]Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların ilk gelişte (4-5 cm) deney grubunda ortalama 4,82±2,2 iken kontrol grubunda 5,14±2,3 olarak tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,01). Dilatasyon 6-7 cm iken ve geçiş fazında fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p<0,01) **(Tablo 6-4).**

6.4. Fetal Kalp Atım Bozulmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde ilk gelişten doğum tamamlanana dek herhangi bir aşamada fetal kalp atımında bozulma varlığı irdelenmiştir **(Tablo 6-5).**

Tablo 6-5. Fetal Kalp Atım Bozulması Değerlerinin Karşılaştırılması (n=70)

Fetal Kalp Atımında Bozulma	GRUP					
	Deney		Kontrol		Analiz	
	n	%	n	%	χ^2	p
Var	0	0	7	20	7,778	0,006[a]
Yok	35	100	28	80		
Toplam	**35**	**100**	**35**	**100**		

[a]Ki-Kare testi

Deney grubu ile kontrol grubu arasında fetal kalp atımında kontrol grubu aleyhine istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,01) **(Tablo 6-5).**

6.5. Katılımcılara Doğumda Yapılan Girişimlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların doğumda yapılan girişimlerine ait bulgular irdelendi **(Tablo 6-6).**

Tablo 6-6. Katılımcıların Doğumda Yapılan Girişimler Açısından Karşılaştırılması (n=70)

Doğumda Yapılan Girişimler		Girişim				Analiz	
		Var		Yok			
	Grup	n	%	n	%	χ^2	p
Doğum indüksiyonu	Deney	0	0	35	100	66,111	0,000 [a]
	Kontrol	34	97,1	1	2,9		
Acil sezaryen endikasyonu	Deney	0	0	35	100	1,014	0,500 [a]
	Kontrol	1	2,9	34	97,1		
Vakum kullanımı	Deney	0	0	35	100	1,014	0,500 [a]
	Kontrol	1	2,9	34	97,1		
Epizyotomi uygulanması	Deney	27	77,1	8	22,9	2,696	0,094 [a]
	Kontrol	32	91,4	3	8,6		
Amniyotomi uygulaması	Deney	2	5,7	33	94,3	38,445	0,000 [a]
	Kontrol	27	74,9	8	25,1		

[a]Ki-Kare testi

Katılımcılara doğum sürecinde forseps kullanımı, epidural analjezi girişimleri yapılmadığından deney ve kontrol grupları arasında analiz yapılamamıştır. Deney ve kontrol grupları arasında indüksiyon girişimi ve amniyotomi uygulanmasında

istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,01). Deney ve kontrol grupları arasında acil sezaryen endikasyonu, vakum kullanımı ve epizyotomi uygulaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) **(Tablo 6-6).**

6.6. Katılımcıların Doğum Sürelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların aktif fazda (5-8 cm), geçiş fazında (8-10 cm), ekspulsiyon (fetüsün doğumu), halas (plasentanın çıkması) ve tüm doğumun ortalamaları karşılaştırılmıştır **(Tablo 6-7).**

Tablo 6-7. Katılımcıların Doğum Süreleri Açısından Karşılaştırılması (n=70)

Doğum Süreleri	Deney		Kontrol		Analiz	
	Ort	ss	Ort	ss	Z_{MWU}	p
5 cm' den 8 cm' ye kadar geçen süre[b]	1:55	0:35	3:17	1:34	-4,008	0,000[a]
8 cm' den 10 cm' ye kadar geçen süre[b]	1:08	0:23	1:47	0:47	-3,950	0,000[a]
Doğum eyleminin ikinci evresi süresi[b]	0:23	0:07	0:47	0:28	-3,955	0,000[a]
Toplam doğum süresi[b]	3:25	0:55	5:46	2:27	-4,656	0,000[a]

[a]Mann-Whitney U Testi [b]ss:dd (saat:dakika)

Katılımcıların dilatasyon 5 cm' den 8 cm' ye kadar geçen süre deney grubunda ortalama 1:55±0:35 dakika iken kontrol grubunda 3:17±1:34 dakika olarak; 8 cm' den 10 cm' ye kadar geçen süre deney grubunda ortalama 1:08±0:23 dakika iken kontrol grubunda 1:47±0:47 dakika olarak; doğum eyleminin ikinci evresi deney grubunda 0:23±0:07 dakika iken kontrol grubunda 0:47±0:28 dakika olarak ve toplam doğum süresi deney grubunda 3:25±0:55 dakika iken kontrol grubunda 5:46±2:27 dakika olarak tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,01) **(Tablo 6-7).**

6.7. Katılımcıların Postpartum Kanama Miktarı Bulguları

Bu bölümde katılımcıların doğum sonu kanama miktarları ilk iki saat içinde hassas terazi ile tartılarak elde edilmiştir. Elde edilen kanama miktarı ortalamaları karşılaştırılmıştır **(Tablo 6-8).**

Tablo 6-8. Katılımcıların Postpartum Kanama Miktarı Açısından Karşılaştırılması (n=70)

Postpartum Kanama Miktarı	Deney		Kontrol		Analiz	
	Ort	ss	Ort	ss	Z_{MWU}	p
Kanama miktarı[b]	69,31	9,76	93,06	12,02	-6,544	0,000[a]

[a]Mann-Whitney U Testi [b]Değerler gram cinsinden verilmiştir.

Katılımcıların deney grubunda bu değer 69,11±9,76 gr iken kontrol grubunda ise 93,06±12,02 gr olarak saptanmıştır ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) **(Tablo 6-8).**

6.8. Katılımcıların Postpartum Perineal Travma Bulguları

Bu bölümde katılımcıların doğum sonu perineal travma gelişme durumları irdelenmiştir. Perineal travma derecelendirmesi klinikteki görevli kadın doğum hekim tarafından yapılmıştır **(Tablo 6-9).**

Tablo 6-9. Katılımcıların Postpartum Perineal Travma Açısından Karşılaştırılması (n=70)

Postpartum Perineal Travma	Deney		Kontrol		Analiz	
	n	%	n	%	χ^2	p
Var	0	0	15	42,9	19,091	0,000[a]
Yok	35	100	20	57,1		
Toplam	35	100	35	100		

[a]Ki-Kare testi

Deney grubunda katılımcıların hiçbirinde perineal travma gelişmemiştir. Kontrol grubunda 10 kadında 1. derece, 4 kadında 2. derece ve bir kadında 3. derece olmak üzere 15 kadında (%42,9) perineal travma tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p<0,01) **(Tablo 6-9).**

6.9. Yenidoğan Apgar Skor Bulguları

Bu bölümde yenidoğanların 1. ve 5. dakika Apgar bulguları değerlendirilmiştir. Apgar değerlendirmesi klinikteki görevli hekim tarafından gerçekleştirilmiştir **(Tablo 6-10).**

Tablo 6.10. Yenidoğan Apgar Bulgularının Karşılaştırılması (n=70)

Yenidoğan Apgar Bulguları	Deney		Kontrol		Analiz	
	Ort	SS	Ort	SS	Z_{MWU}	p
Apgar 1. dakika	8,77	0,49	8,00	0,94	-3,790	0,000[a]
Apgar 5. dakika	9,83	0,38	9,66	0,59	-1,223	0,221[a]

[a]Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların yenidoğanların 1. dakika Apgar skorları değerleri açısından istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p<0,01). Yenidoğanların 5. dakika Apgar skorları değerleri açısından istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır (p<0,01) **(Tablo 6-10).**

6.10. Yenidoğan Komplikasyon Bulguları

Bu bölümde yenidoğanların kapsamlı olarak doğum sonu dönemde doğum komplikasyonu varlığı değerlendirilmiştir. Komplikasyon değerlendirmesi klinikteki görevli yenidoğan uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir **(Tablo 6-11).**

Tablo 6- 11. Yenidoğanların Komplikasyon Açısından Karşılaştırılması (n=70)

Yenidoğan Komplikasyon		Var		Yok		Analiz	
	Grup	n	%	n	%	χ^2	p
Komplikasyon	Deney	0	0	35	100	1,014	0,500[a]
	Kontrol	1	2,9	34	97,1		
Yoğun bakım gereksinimi	Deney	0	0	35	100	1,014	0,500[a]
	Kontrol	1	2,9	34	97,1		
İntrapartum asfiksi	Deney	0	0	35	100	1,014	0,500[a]
	Kontrol	1	2,9	34	97,1		
Hastane yatışı	Deney	2	5,7	33	94,3	,348	0,500[a]
	Kontrol	1	2,9	34	97,1		

[a]Ki-Kare Testi

Katılımcıların yenidoğan komplikasyon varlığı açısından deney ve kontrol gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Kontrol grubunda bir yenidoğanda intrapartum asfiksi gelişmiştir **(Tablo 6-11).**

6.11. Katılımcıların İlk Emzirmeyi Başlatma Zamanı Bulguları

Bu bölümde katılımcıların yenidoğanlarını ilk emzirmeye başlatma zamanları değerlendirilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınlarda emzirme yenidoğanlar açısından mümkün olan en kısa zamanda sağlanmıştır **(Tablo 6-12).**

Tablo 6-12. Katılımcıların İlk Emzirmeyi Başlatma Zamanlarının Karşılaştırılması (n=70)

İlk Emzirmeyi Başlatma Zamanı	Deney		Kontrol		Analiz	
	Ort	SS	Ort	SS	Z_{MWU}	p
Bebeği ilk emzirme zamanı[b]	23,44	16,33	52,68	33,39	-4,630	0,000[a]

[a]Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların ilk emzirmeyi başlatma zamanları deney grubunda ortalama 23,44±16,33 dakika iken, kontrol grubunda 52,68±33,39 dakika olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) **(Tablo 6-12).**

6.12. Katılımcıların Anne Bebek Bağlanma Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların anne bebek bağlanma puanları değerlendirilmiştir. Puanlama olası biası engellemek amacıyla çalışma gruplarını bilmeyen yenidoğan hemşiresi tarafından gerçekleştirilmiştir **(Tablo 6-13).**

Tablo 6-13. Katılımcıların Anne Bebek Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=70)

Anne Bebek Bağlanma Puan Ortalamaları	Deney		Kontrol		Analiz
	Ort	ss	Ort	ss	p
Yakın ten teması	1,00	0,00	0,37	0,49	0,000[a]
Göz teması	1,00	0,00	0,49	0,51	0,000[a]
Sevgi ve şefkatle dokunma	1,00	,00	0,74	0,44	0,001[a]
Bebeği inceleme	1,00	,00	0,86	0,36	0,021[a]
Sevgi dolu konuşmak	0,97	,17	0,31	0,47	0,000[a]
Olumlu yorumlar	0,94	,24	0,37	0,49	0,000[a]
Mutlu olmak	1,00	,00	0,69	0,47	0,000[a]
Toplam	6,91	.37	3,82	1,50	0,000[a]

[a]Student t Testi

Katılımcıların anne bebek bağlanma puanları değerlendirildiğinde her alt grupta ve toplamda istatistiki açıdan anlamlı fark saptanmıştır (p<0,01). Deney grubunda bağlanma puan ortalaması 6,91±0,37 iken, kontrol grubunda puan ortalaması 3,82±1,50 olarak tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p<0,01) **(Tablo 6-13).**

6.13. Katılımcıların Doğum Algılarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların doğum algıları değerlendirilmiştir. Olası biası engellemek amacıyla katılımcılar doğumhaneden perinatoloji servisine geçtikten sonra perinatoloji hemşiresi tarafından veriler toplanmıştır **(Tablo 6-14).**

Tablo 6-14. Katılımcıların Doğum Algılarının Karşılaştırılması (n=70)

Doğum Algısı		Deney		Kontrol		Analiz	
		n	%	n	%	χ^2	p
Doğum eylemini değerlendirme	**Olumsuz**	0	0	26	74,3	41,364	0,000[a]
	Olumlu	35	100	9	25,7		
Kendi beklentilerinize göre doğum durumu	**Beklediğimden iyi**	28	80	4	11,4	38,316	0,000[a]
	Beklediğim gibi	7	20	12	34,3		
	Beklediğimden kötü	0	0	19	54,3		
Doğum süresince desteklendiği hissetme	**Hayır**	0	0	31	88,6	55,641	0,000[a]
	Evet	35	100	4	11,4		
Doğumun doyuruculuk durumu	**Hayır**	0	0	33	94,3	62,432	0,000[a]
	Evet	35	100	2	5,7		
	Toplam	**35**	**100**	**35**	**100**		

[a]**Ki-Kare Testi**

Deney grubunun tamamı, kontrol grubunun ise % 5,7' si doğumunu doyurucu olarak tanımlamıştır. Deney grubunun tamamı doğumunu olumlu olarak değerlendirirken, kontrol grubunda olumlu değerlendirme oranı %25,7 olarak

belirlenmiştir. Kendi beklentilerine göre doğumun nasıl geçtiği deney grubunda %80 ile beklediğinden iyi olarak, kontrol grubunda ise %54,3 ile beklediğinden kötü olarak belirtmiştir. Deney grubunda doğum süresince desteklendiğini hissetme oranı %100 iken, kontrol grubunda bu oran %11,4' tür ve bu değerler iki grup arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) **(Tablo 6-14).**

6.14. Deney Grubundaki Katılımcıların Kesintisiz Ebe Desteği Bulguları

Bu bölümde kesintisiz ebe desteği girişimleri gruplandırılarak katılımcıların en memnun oldukları destek türünü belirtmeleri istenmiştir. Birden fazla seçenek işaretlenmemiştir **(Tablo 6-15).**

Tablo 6-15. Katılımcıların Kesintisiz Ebe Desteği Tercihleri (n=35)

Kesintisiz Ebe Desteği Tercihi	**DENEY**	
	n	**%**
Duygusal destek	4	11,4
Bilgi desteği	10	28,6
Fiziksel destek	2	5,7
Savunuculuk	19	54,3
Toplam	**35**	**100**

Kesintisiz ebe desteği alan deney grubundaki katılımcıların %11,4' ü duygusal destekten, %28,6' sı bilgi desteğinden, %5,7' si fiziksel destekten ve %54,3' ü savunuculuk desteğinden memnun olduklarını bildirmişlerdir **(Tablo 6-15).**

7. TARTIŞMA

Doğum süreci, kadınlar için fiziksel, duygusal, sosyolojik ve ekonomik etkileri olan önemli ve kadına özel olarak destek olunması gereken bir süreçtir. Bu desteği sağlayabilecek sağlık profesyonellerinin merkezinde ebeler yer alır. Bu çalışma, doğumda kesintisiz ebe desteğinin doğum sürecine etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların büyük bir çoğunluğunun çalışmaması (%71) (Şahin ve ark., 2009; Gönenç, 2013), eğitim durumlarının yarısının ilkokul seviyesinde olması (%42) (Yanıkkerem ve ark., 2014; Üst ve Pasinlioğlu, 2015), büyük çoğunluğunun çekirdek aileye sahip olmaları (%85) (Çatak ve ark., 2011; Kırca ve Savaşer, 2017) ve ekonomik durumlarının yaklaşık dörtte birinin gelirinin giderini karşılamaması (%23) (Türkoğlu ve ark., 2014; Cetişli ve ark., 2016), ülkemizde primipar kadınlarla yapılan çalışmalar ile demografik açıdan benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların yarıdan fazlasının egzersiz ve sporu bir yaşam biçimi halinde yaşamamaları (%54) (Yalçın ve Tekin, 2013; Yılmaz-Esencan; 2018), büyük çoğunluğunun gebelikte yedi ve daha fazla kez kontrole gitmiş olmaları (%86) (Gözükara ve Eroğlu, 2008; Yılmaz Esencan; 2018) ve gebelik süresince eş ve aileleri tarafından desteklenmeleri (%89) (Timur ve Şahin, 2010; Olgaç ve Karaçam, 2017) bulguları ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile obstetrik özellikler açısından benzerlik göstermektedir. Bu nedenle çalışmamıza katılan kadınların verileri sosyo-demografik ve obstetrik açıdan ülkemiz özelliklerini yansıtmaktadır.

Yıldırım ve Hotun Şahin (2004), Kaplan ve ark. (2005), Üst ve Pasinlioğlu (2015), Nieminen ve ark. (2009) çalışmasında aktif fazda anksiyete düzeyi bizim çalışmamızla paralel şekilde yüksek olarak tespit edilmiştir. Kesintisiz ebelik desteği alan grupta dilatasyon tamamlanana dek geçen süre içinde anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşme bulgusu Hodnett ve ark. (2003), Leap ve ark. (2010) ve Sehhatie ve ark. (2014) çalışmalarında da doğrulanmıştır. Kesintisiz desteğe ilişkin yapılan iyi kaliteli tüm çalışmalarda desteğin anksiyetenin düşürülmesi üzerine anlamlı etkileri bulunmaktadır.

Güncel literatürde kadınların doğum ağrısının subjektif olması ve çok fazla faktörden etkilenmesi nedeniyle ağrı düzeylerinin değil, doğum ağrısı ile baş etme

düzeylerinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Reuwer ve ark., 2015). Bu çalışmada doğum ağrısı ile başetme düzeyleri dikey VAS ile değerlendirilmiştir. Beklenildiği üzere gebelerin çalışmaya ilk kabul edildiklerinde başetme düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Girişim sonrası dilatasyon 10 cm' ye ulaşana dek deney grubunda doğum ağrısı ile başetme puanları anlamlı düzeyde artarken, kontrol grubunda başetme puanları anlamlı düzeyde azalmıştır. Bu sonuç birçok çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir (Hodnett ve ark., 2002, 2014; Yıldırım ve ark., 2004; Mamuk ve ark., 2010; Karaçam, 2011; Karaman, 2017; Bohren ve ark., 2017). Doğumun bu evresinde verilen desteğin türü ne olursa olsun kadınların doğum ağrısı ile başetme düzeylerinde anlamlı şekilde fark yaratmaktadır.

Bu çalışmada doğum desteğinin doğumda yapılan girişimlere olan etkisi doğum indüksiyonu, acil sezaryen endikasyonu, forseps kullanımı, vakum kullanımı, epizyotomi, epidural analjezi ve amniyotomi uygulaması açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada deney ve kontrol grupları arasında acil sezaryen endikasyonu, vakum kullanımı ve epizyotomi uygulaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol grupları arasında indüksiyon girişimi ve amniyotomi uygulamasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Hodnett ve arkadaşlarının yaptıkları randomize kontrollü çalışmaların meta analizinde kesintisiz ebe desteğinin bizim çalışmamıza paralel şekilde doğum girişimini azalttığı belirlenmiştir (Hodnett ve ark., 2007; Hodnett ve ark., 2012). Ancak Sandall ve ark. (2016) ve Man Wang ve ark. (2018) yaptığı çalışmalarda bunun aksine doğum desteği verdikleri grupta girişim oranlarında bir değişiklik saptamamışlardır. Demirel ve Çelik (2013) yaptığı çalışmada indüksiyon uygulanmasının gebe ve fetüs üzerinde meydana gelen komplikasyonlarına dikkat çekerek doğal doğuma müdahale edildiğini ortaya koymuşlardır. Doğumun maliyetlerini ve neonatal sağlığı incelemek amacıyla Brezilya' da yapılan retrospektif bir çalışmada gebelik ve doğumun artan medikalizasyonunun doğrudan iatrojenik bir etki yapmasa bile, çok ciddi maddi kayıplara yol açtığı belirlenmiştir (Barros, 2005; Hofmeyr ve ark., 2017). Çalışma bulgularımız literatür ile uyum göstermektedir. Epizyotomi uygulaması, özellikle ilk doğumlarda fetüsün doğumunu kolaylaştırmak ve kadında postpartum perineal travmaları önlemek için günümüzde rutin olarak

uygulanan bir girişimdir (Başgöl ve Beji, 2015). Sandall ve ark. (2016) yaptığı çalışmada doğum desteği bizim çalışmamızla uyumlu şekilde epizyotomi oranında değişiklik yaratmıştır. Ancak Hatem ve ark. (2008) bunun aksine doğum desteği verdikleri grupta epizyotomi oranlarında düşme saptamışlardır. Ülkemizde epizyotomi uygulamasına ilişkin resmi veriler yetersiz olmakla beraber; bizim çalışmamızda kadınların ilk doğumlarında rutin epizyotomi uygulamasına maruz kaldığını göstermektedir. Dolayısıyla kesintisiz doğum desteği rutin olarak uygulanan epizyotomi oranlarını değiştirmemiştir. Bu değişimin sağlanamaması desteğin etkisizliği ile değil; rutin alışkanlıklar ve sistemin zorlaması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların doğum sürelerine ilişkin bulgular incelendiğinde; aktif faz, geçiş fazı, fetüsün doğumu ve plasentanın çıkması ve tüm doğumun ortalama süreleri olarak analiz edilmiştir (Tablo 6-7). Karaman' ın (2018) yaptığı çalışmada deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin aktif fazdan itibaren dilatasyon süresi, ekspulsiyon süresi, plasenta ayrılma süresi ve toplam doğum süresi ortalamaları deney grubu lehine anlamlı olarak daha düşük olarak tespit edilmiştir. Turan' ın (2017) yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubu kadınlar arasında plasentanın ayrılma süresi açısından fark saptanmamıştır. Adams ve ark. (2012) yaptığı çalışmada doğum süresini doğum korkusunun etkilediği, müdahaleli doğum oranlarını ve acil sezaryen oranlarını yükselttiği sonucuna varılmıştır. Nitekim bu çalışmada da deney grubunun doğum süresini kısalttığı belirlenmiştir. Sürekli verilen doğum desteğinin doğumun kısalmasına, analjezi ve anestezi kullanımının azalmasına, müdahaleli vaginal doğum veya sezaryen doğum oranının azalmasına, oksitosin kullanımının azalmasına, doğum deneyiminin memnuniyetinin artmasına ve emzirme üzerine olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir ($p<0,01$) (Ayers ve Pickering, 2005; Kashanian ve ark., 2010; AWHONN, 2011). Cochrane'in 1138 düşük riskli gebeyi kapsayan sistematik incelemesinde, yavaş ilerleyen doğum eyleminin birinci evresinde erken uygulanan oksitosinin doğum süresini yaklaşık 2 saat kısalttığı belirtilirken, sezaryen ve müdahaleli vaginal doğum oranlarında belirgin fark bulunmamıştır (Bugg ve ark., 2013). Doğum desteği anksiyeteyi, girişim riskini azaltırken doğum ağrısı ile etkin başetmeyi sağlayarak doğum süresini anlamlı şekilde kısaltabilmektedir.

Berkiten Ergin' in (2005) doğumun I. ve II. evresinde gebeye uygulatılan pozisyonların doğum sürecine etkisini araştırdığı çalışmasına göre; doğum sonu ortalama kaybedilen kanama miktarı açısından deney grubu 268,8 cc, kontrol grubu ise 317,2 cc olduğu ve gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların doğum sonu ilk iki saat kanama miktarları deney grubu lehine daha az kanama olmak üzere 23,75±2,26 gr olarak saptandı ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Bu bulguları destekleyen çalışmalar da literatürde bulunmaktadır (İldan, 2007; Hofmeyr ve ark., 2013). Etkin ve kesintisiz ebe desteği ile postpartum hemoraji miktarı azaltılabilir. Bu nedenle doğrudan maternal ve dolaylı olarak fetal ve ekonomik etkileri açısından doğum desteği son derece önemlidir.

Bu çalışmada deney grubundaki katılımcıların hiçbirinde perineal travma gelişmemiştir. Kontrol grubu ile deney grubu arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Doğumun ikinci evresinin süresinin sınırlandırılmasında da ısrarlı davranılması, doğuma yardımcı olan kişiyi müdahalede bulunmaya ve istenen zaman sınırı aşıldığında derhal doğumu sonlandırmaya çalışma hususunda mecbur bırakmaktadır (Yıldırım ve Beji 2008; Güngör ve Rathfisch, 2009). İkinci evrenin süresinin sınırlandırılması (örn. primiparlarda 1 saate kadar sürmesi) yenidoğan pH değerlerini artırmakta fakat bu durum daha fazla müdahaleli doğumlara neden olabilmektedir (Hofmeyr, 2005; Güngör ve Rathfisch, 2009). Dolayısıyla yapılan her girişim perineal taban bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır.

Hodnett ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada beşinci dakikada Apgar skorunun 7'nin üstünde olması yenidoğanın komplikasyon görülme oranının azalması anlamına geldiğini bulmuşlardır. Ergun ve ark. (2011) yaptığı çalışmada fetal distress tanısı konulan fetüslerin %30 kadarında fetal hipoksi geliştiği ve fetal hipoksi gelişen grubun %38' inde 1. Dakika Apgar skoru 7'nin altında bulunmuştur. Bizim araştırmamızda 5. dakika Apgar skorları değerleri açısından istatistiksel açıdan fark saptanmamasına rağmen, 1. dakika Apgar skorları değerleri açısından istatistiki olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Bu araştırmada yenidoğanlar doğum sonu dönemde doğum komplikasyon varlığı açısından değerlendirilmiş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Verilen kesintisiz

ebe desteği yenidoğan 1. dakika Apgar skorları üzerinde etkili olabilir ve yenidoğanların daha sağlıklı olarak hayata başlamaları sağlanabilir.

TNSA 2013 verilerine göre doğum sonrası ilk bir saat içinde emzirme oranının %49,9 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların ilk emzirmeyi başlatma zamanları deney grubunda ortalama 23,44±16,33 dakika iken, kontrol grubunda 52,68±33,39 dakika olarak saptandı ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,01$). Deney grubunda bulunan kadınların bebeklerini daha erken emzirdikleri belirlenmiştir. Doğum eylemi boyunca kesintisiz ebe desteği verilmesi doğum memnuniyetinin artmasına, anne bebek bağlanmasına ve emzirmeye ilk başlama zamanını kısalttığı Sauls (2002), Hodnett ve ark. (2007), Larkin ve ark. (2009) ve AWHONN (2011) çalışmalarında da belirlenmiştir. Doğumun süresinin kısalması, girişim oranının azalması, anne doyumunun artması bebeğe erken dokunma ve emzirmeyi başlatan unsurlar olabilir. Bu nedenle altın zaman olarak nitelendirilen ilk 30 dakika çok verimli şekilde değerlendirilerek anne bebeği çok kısa sürede emzirmeye başlayabilir.

Anne bebek bağlanması, anne ile bebek arasında oluşan doyurucu ve zevk verici bir etkileşim sonucunda anne tarafından bebeğine geliştirilen sevgi bağının oluşum sürecidir. Bağlanma gebelik boyunca gelişir ve doğum sonu dönemde anne bebek bağlanması için zemin hazırlar. Tensel temas annenin doğumdan memnuniyet düzeyini arttırdığı, emzirmeyi başlattığı, anne bebek bağlanmasını ve annenin annelik rollerine uyum sağlamasını kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Plasentanın ayrılma süresini, oksitosin salınımını arttırarak olumlu yönde etkilediği de belirtilmektedir. Anne-bebek tensel temasının annelik davranışlarını uygulayabilme, dinlenme ve ağrıyı azaltma gibi yararları da olduğu bildirilmiştir (Hodnett ve ark., 2002, 2011; Yıldırım ve Hotun Şahin, 2004; Buckley, 2015; Taşkın, 2018). Yılmaz-Esencan ve ark. (2018) yaptığı çalışmada çalışmaya katılan kadınların %45,6' sı bebekleri ile ten tene temas kurabildiğini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularına göre katılımcıların anne bebek bağlanma puan ortalamaları değerlendirildiğinde her alt grupta ve toplamda istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Bu bulgu literatür ile desteklenmektedir (Yazgan ve Coşkun, 2016). Anne doğumunu ne kadar kesintisiz ebe desteği alarak yaparsa anne bebek bağlanması o kadar kısa süre içinde ve sağlıklı olarak başlayabilir.

Araştırmada katılımcıların doğum algılarına ilişkin bulgular da değerlendirilmiştir. Aslan ve Okumuş (2017) yaptığı çalışmada ebe desteği algısı beklenenden fazla olma oranı vaginal doğum yapanlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Doğum sürecini aynı çalışmada destek almayan kadınların %7- %35' i olumsuz bir deneyim olarak algılamışlardır (Aslan ve Okumuş 2017). Mukomiro ve ark. (2017) 921 kadınla yaptığı çalışmada doğum sürecinde görevli ebe/hemşirenin güven ortamı oluşturması, psikolojik destek sağlaması, anneyi süreçle ilgili bilgilendirmesi ve ten tene temasın annenin doğumu algılayışını olumlu etkilediğini belirlemişlerdir. Literatür bulguları çalışma sonuçlarımızla uyum göstermektedir. Ebe/hemşirelerin kaliteli doğum desteği sunmaları doğum doyumunu artırabilir.

Doğum desteği doğum sürecinde gebe kadına sağlanan destekleyici bakımı ile stresle başa çıkabilmesini sağlamak, rahatlama, duygusal destek, bilgilendirme ve savunuculuk olarak düşünülmelidir (Hodnett ve ark., 2002; Karaçam ve Akyüz, 2011; Rathfisch, 2012). Tarih boyunca kadınlar doğum eylemi süresince diğer kadınlardan bakım ve destek almışlardır. Kadınlar gebelik ve doğum sürecinde çevresindeki toplumun desteğine ihtiyaç duyarlar. Uluslararası Lamaze Kuruluşu kadınlara arkadaşını, sevdiği birisini gebelik ve normal doğum eylemi sürecinde devamlı için getirmelerini tavsiye etmektedir (Rathfisch, 2012). 13000 kadının oluşturduğu 11 ülkeden toplam 16 çalışmanın ve yine 1791 kadını içeren toplam 15 çalışmanın bulguları incelendiğinde benzer şekilde doğum eyleminde eş ya da bir yakınından devamlı destek alan kadınlarda müdahaleli doğum ve analjezi ihtiyacını azalttığı, spontan doğum yapma olasılığını arttırdığı, doğum süreci boyunca memnuniyeti arttırdığı, doğum eylemlerinin daha kısa sürede tamamlandığı ve bu süreçte herhangi bir komplikasyonun gelişmediği bildirilmiştir (Hodnett ve ark., 2002; Berghella ve ark., 2008; Güngör ve Rathfisch, 2009). Doğum sürecinde verilen destekleyici bakım duygusal destek, fiziksel destek, bilgilendirme ve savunuculuk olmak üzere dört grupta incelenmektedir. Ebe/hemşireler bu bakım bileşenlerini aynı anda uygulayabilirler. Literatürde doğuma arkadaş ile desteğin olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Hodnett ve ark., 2002; Berghella ve ark., 2008; Güngör ve Rathfisch, 2009; Karaman, 2017). Bu sonuçlar diğer araştırma bulguları ile uyum göstermektedir ve literatürü desteklemektedir. Ancak çalışmaların büyük çoğunluğunda doğum

desteği genel olarak incelenmiş ve savunuculuk desteğinin kadın üzerinde daha fazla etki sağladığı belirlenmiştir. Ancak literatürde desteğin hangi açıdan daha fazla etkin olduğuna ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunduğundan konu hakkında ek çalışmalara gereksinim vardır.

Araştırma sonuçları;

- Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde; yaş, evlilik süresi, BKİ, aile tipi, eğitim durumu ve ailenin ekonomik durumunun benzer olduğu, çalışma durumunda deney grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (**χ^2: ,088; p: 0,031)** (**Tablo 6-1)**,
- Araştırmaya katılan katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelikte kontrole gitme sayısı deney grubunda daha yüksek **(7' den fazla kontrole gitme: %88,6 ; χ^2: 8,778; p: 0,012),** gebeliğin planlı bir gebelik olması deney grubunda daha yüksek **(%85,7; χ^2:4,786; p:0,027)**, gebelikte sosyal destek alımı deney grubunda daha yüksek **(%88,6; ; χ^2: 10,080; p: 0,002)** ve gebelik boyunca egzersiz yapılışı (**χ^2: ,629; p: 0,010)** açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu **(p<0,05) (Tablo 6-2),**
- Katılımcıların korku/anksiyete/kaygı düzeyi incelendiğinde; gruplar arasında dilatasyon 5 cm iken anksiyete puan ortalamaları benzer özellik gösterirken, dilatasyon 6-7 cm ve dilatasyon 8-10 cm iken deney grubunda puan ortalamaları kontrol grubuna kıyasla daha düşük tespit edildi ve bu farklar istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olduğu **(p<0,01) (Tablo 6-3),**
- Katılımcıların doğum ağrısı ile başa çıkma puan ortalamaları incelendiğinde; ilk gelişte (4-5 cm) deney grubunda ortalama 4,82±2,2 iken kontrol grubunda 5,14±2,3 olduğu ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu **(Z_{MWU}: -,560) (p>0,01)**, dilatasyon 6-7 cm iken deney grubunda ortalama 6,60±1,56 iken kontrol grubunda 4,06±1,49 olduğu **(Z_{MWU}: -5,620)** ve geçiş fazında deney grubunda ortalama 8,69±0,83 iken kontrol grubunda 2,44±1,74 olduğu **(Z_{MWU}: -6,862)** ve bu farkların istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunduğu **(p<0,01) (Tablo 6-4),**

- Katılımcıların fetal kalp atım bozulması incelendiğinde; deney grubu ile kontrol grubu arasında fetal kalp atımında kontrol grubu aleyhine istatistiki olarak ileri derecede anlamlı fark bulunduğu **(χ^2: 8,778) (p<0,01) (Tablo 6-5).**
- Katılımcıların doğumda yapılan girşimlere ilişkin bulguları incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında indüksiyon girişimi **(χ^2: 66,111)** ve amniyotomi uygulanmasında **(χ^2: 38,445)** istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark bulunduğu **(p<0,01),** acil sezaryen endikasyonu, vakum kullanımı **(χ^2: 1,014)** ve epizyotomi uygulaması **(χ^2: 2,696)** açısından istatistiki olarak anlamlı fark bulunmadığı **(p>0,05) (Tablo 6-6),**
- Katılımcıların doğum süreleri incelendiğinde; dilatasyon 5 cm' den 8 cm' ye kadar geçen süre deney grubunda ortalama 1:55±0:35 dakika iken kontrol grubunda 3:17±1:34 dakika olarak **(Z_{MWU}: -4,008)**; 8 cm' den 10 cm' ye kadar geçen süre deney grubunda ortalama 1:08±0:23 dakika iken kontrol grubunda 1:47±0:47 dakika olarak **(Z_{MWU}: -3,950)**; doğum eyleminin ikinci evresi deney grubunda 0:23±0:07 dakika iken kontrol grubunda 0:47±0:28 dakika olarak **(Z_{MWU}: -3,955)** ve toplam doğum süresi deney grubunda 3:25±0:55 dakika iken kontrol grubunda 5:46±2:27 **(Z_{MWU}: -4,656)** dakika olarak tespit edildiği ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark bulunduğu **(p<0,01) (Tablo 6-7),**
- Katılımcıların postpartum kanama miktarı incelendiğinde; deney grubunda bu değer 69,11±9,76 gr iken kontrol grubunda ise 93,06±12,02 gr olarak saptandığı ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunduğu **(Z_{MWU}: -6,544) (p<0,01) (Tablo 6-8),**
- Katılımcıların postpartum perineal travma gelişme bulguları incelendiğinde; deney grubunda katılımcıların hiçbirinde perineal travma gelişmezken kontrol grubunda 10 kadında 1. derece, 4 kadında 2. derece ve bir kadında 3. derece olmak üzere 15 kadında (%42,9) perineal travma tespit edildiği ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunduğu **(χ^2: 19,091) (p<0,01) (Tablo 6-9),**
- Katılımcıların yenidoğan Apgar bulguları incelendiğinde; yenidoğanların 1. dakika Apgar skorları değerleri açısından istatistiksel açıdan ileri derecede

anlamlı fark bulunduğu **(Z_{MWU}: -3,790) (p<0,01)**, 5. dakika Apgar skorları değerleri açısından istatistiki olarak fark saptanmadığı **(Z_{MWU}: -1,223) (p<0,01) (Tablo 6-10),**

- Katılımcıların yenidoğan komplikasyon varlığı açısından incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı **(p>0,05),** kontrol grubunda bir yenidoğanda intrapartum asfiksi geliştiği **(Tablo 6-11),**
- Katılımcıların ilk emzirmeyi başlatma zamanları incelendiğinede; deney grubunda ortalama 23,44±16,33 dakika iken, kontrol grubunda 52,68±33,39 dakika olarak hesaplandığı ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunduğu **(Z_{MWU}: -4,630) (p<0,01) (Tablo 6-12),**
- Katılımcıların anne bebek bağlanma puan ortalamaları incelendiğinde; her alt grupta ve toplamda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandığı **(p<0,01),** deney grubunda bağlanma puan ortalaması 6,91±0,37 iken, kontrol grubunda puan ortalaması 3,82±1,50 olarak tespit edildiği ve bu fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunduğu **(p<0,01) (Tablo 6-13),**
- Katılımcıların doğum algıları incelendiğinde; deney grubunun tamamının kontrol grubunun ise % 5,7' si doğumunu doyurucu olarak tanımladığı **(χ^2: 62,432)**, deney grubunun tamamı doğumunu olumlu olarak değerlendirirken, kontrol grubunda olumlu değerlendirme oranı %25,7 olarak belirlendiği **(χ^2: 41,364)**, kendi beklentilerine göre doğumun nasıl geçtiği deney grubunda %80 ile beklediğinden iyi olarak kontrol grubunda ise %54,3 ile beklediğinden kötü olarak belirlendiği **(χ^2: 38,316)**, deney grubunda doğum süresince desteklendiğini hissetme oranı %100 iken, kontrol grubunda bu oran %11,4 ve bu değerler iki grup arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulunduğu **(χ^2: 62,432) (p<0,01) (Tablo 6-14),**
- Katılımcıların kesintisiz ebe desteği bulguları incelendiğinde; kesintisiz ebe desteği alan deney grubundaki katılımcıların %11,4' ü duygusal destekten, %28,6' sı bilgi desteğinden, %5,7' si fiziksel destekten ve %54,3' ü savunuculuk desteğinden memnun olduklarını bildirdiği **(p<0,01) (Tablo 6-15)** tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Her kadına doğum süresince kesintisiz doğum desteği verilmelidir. Bu destek her kadına bireyselleştirilerek fiziksel, sosyal ve duygusal gereksinimlerine göre verilmelidir.
- Doğumda verilen kesintisiz ebe desteği doğum, anne ve bebek ile ilgili sonuçları olumlu etkileyerek doğuma yapılan girişimleri azaltabilir.
- Doğumda kadınların aldığı kesintisiz ebe desteği kadınların daha rahat, güvenli ve sağlıklı doğum yapmalarını sağlayabilir.
- Kesintisiz ebe desteği gebelerin doğum ağrısını daha az algılaması, doğum ağrısıyla başetme ve doğumu kontrol gücünün artması, doğuma daha iyi uyum sağlaması ve daha doyurucu bir doğum deneyimi yaşaması, girişimlerin azalması, doğum süresinin kısalması, doğumda anne memnuniyetinin, konforunun ve olumlu doğum öykülerinin artmasında etkili olacaktır.
- Vaginal doğumlar doğal doğum olarak gerçekleştirilmeli, sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimini, kesintisiz ebe desteğine ilişkin bilgi, beceri ve uygulamalarını güncellemelerini sağlamak, bireyleri doğru kaynaklara yönlendirmek ve konuya farkındalık kazandırılması gereklidir.
- Ebelerin klinik uygulamalarda kullanılmak ve uygulanmak üzere literatüre katkı sağlayacak daha fazla deneysel çalışma yapmaları, konuyla ilgili yasal düzenlemeleri dikkate alarak güncel bilgi ve uygulama becerisine sahip olmaları, gebeleri ve anneleri güncel bilgi ve uygulamalar konusunda aydınlatmaları gerekmektedir.

8. KAYNAKLAR

Adams E, Bianchi A. L. "A Practical Approach to Labor Support", Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2008; Volume 37, Issue 1, Pages 106–115. Erişim Adresi: https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33715-1/fulltext / Erişim Tarihi: 02.06.2018

Adams S. S., Eberhard- Gran M., Eskild. Fear of Childbirth and Duration of Labour: A Study of 2206 Women with İnvented Vaginal Delivery. 2012, BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol. 119,Issue:10 https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x Erişim adresi: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x Erişim tarihi: 12.01.2019

Arkan G., Top E. D. Erken Postpartum Dönemde Doğum Şekline Göre Maternal Bağlanma ve Emzirme Davranışları. 2. Ege Gebelik ve Doğum Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. 2016, Erişim Adresi: http://www.ebelikdogumkongresi.com/gorseller/files/ebelik2016-kitap.pdf Erişim tarihi: 27.12.2018.

Asadi N., Maharlouei N., Khalili A., Darabi Y., Davoodi S., Shahraki H. R., Hadianfard M., Jokar A., Vafaei H., Kasraeian M. Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor, Journal of Acupuncture and Meridian Studies, 2015; 8(5): 249-254 Erişim adresi : http://www.jams-kpi.com/ Erişim tarihi: 19.06.2017

Aslan Ş., Okumuş F. Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. 2017; DOI: 10.17681/hsp.287497. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/313506986_Primipar_Kadinlarin_Dogum_Deneyim_Algilari_Uzerine_Dogum_Beklentilerinin_Etkisi Erişim tarihi: 02.02.2019

Avcıbay B. Gevşeme Tekniklerinin Taravaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009, Adana (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Alan).

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

Ayers S, Pickering AD. Women's expectations and experience of birth. Psychology and Health, 2005; 20: 79-92. Erişim adresi: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0887044042000272912 Erişim tarihi: 10.03.2019

AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses), Nursing support of laboring women. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 2011; 40 (5): 665-666.

Bal, D.M., Yılmaz, D.S. Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. Akademisyen Kitabevi, Ankara; 2017.

Banda G., Kafulafula G., Nyirenda E., Taulo F., Kalilani L. Acceptability and experience of supportive companionship during childbirth in Malawi. BJOG., 2010; 117(8):937-45. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02574.x. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20465560 Erişim tarihi: 12.12.2018

Barros F, "The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian cohorts in 1982, 1993 and 2004". Lancet, 2005, vol. 365, no. 9462, pp. 847-854.

Başgöl Ş., Beji NK. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; 2015; 5(2):32-39.

Beji Kızılkaya N. Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.

Berghella V, Baxter JK, Chauan S. Evidence-Based Labor and Delivery Management, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18984077 Erişim tarihi: 12.11.2018

Bergström M. Continuous support in labour has beneficial effects for mother and baby systematic review, Evidence-Based Medicine, 2011;16(6): 182-183 Erişim adresi : http://ebm.bmj.com/ Erişim tarihi 18.07.2017

Berkiten Ergin A. Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulatılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Kömürcü).

Bohren MA., Hofmeyr G., Sakala C., Fukuzawa R.K., Cuthbert A. Continuous Support for Women During Childbirth, Cochrane, 2017. Erişim adresi:

https://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth Erişim tarihi: 23.12.2018

Bowers B. B. Mothers' Experiences Of Labor Support: Exploration Of Qualitative Research. Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2006, https://doi.org/10.1177/0884217502239218 Erişim adresi: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1177/0884217502239218 Erişim tarihi: 12.12.2018

Britton H.L., Gronwaldt V., Britton J.R. Maternal postpartum behaviors and mother-infant relationship during the first year of life, J Pediatr. 2001 Jun;138(6):905-9. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11391337 Erişim tarihi: 11.10.2018

Brown S., Waldenström U., McLachlan H., Forster D., Brennecke S. Does Team Midwife Care İncrease Satisfaction With Antenatal, İntrapartum, And Postpartum Care? A Randomized Controlled Trial. Birth. 2000, Sep;27(3):156-67. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251496 Erişim tarihi: 12.11.2018

Buckley S. J. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. 2015. Erişim adresi : http://www.childbirthconnection.org/ Erişim tarihi: 18.09.2017

Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; (6): CD007123. doi: 10.1002/14651858.CD007123. Erişim adresi: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007123.pub3/epdf/full Erişim tarihi: 18.03.2019.

Campbell D. A. , Lake M. F. , Falk M. , Backstrand J. R . Clınıcal Research A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula, AWHONN, 2006; 35(4): 456-464.

Chalmers I., Enkin M., Keirse MJNC. Effective Care In Pregnancy And Childbirth 1989. Erişim adresi: https://www.jameslindlibrary.org/chalmers-i-enkin-m-keirse-mjnc-1989/ Erişim tarihi: 12.11.2018

Church S. New Thinking On Improving Maternity Care: İnternational Perspectives, London: Pinter and Martin, 2017. Erişim adresi: https://primo.anglia.ac.uk/primo-

explore/fulldisplay?docid=44APU_ALMA2177859650002051&context=L&vid=ANG_VU1&lang=en_US&search_scope=CSCOP_APU_DEEP&adaptor=Local%20Search%20Engine , Erişim Tarihi: 20.10.2018

Collins, SL. Moore, RA. McQuary HJ. The Visual Analogue Pain intensity scale: What is Moderate Pain in Millimeters, Pain; 1997; 72, 95-97.

Corbett C.A., Callister L.C. Nursing Support During Labor. Clin Nurs Res. 2000 Feb;9(1):70-83. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Corbett++Callister+2000 Erişim tarihi: 10.10.2018

Çatak B., Sütlü S., Kılınç A. S., Badıllıoğlu O., Zencir M. Burdur'da 2009 Yılında Doğum Yapmış Kadınların Doğum Özelllikleri Ve Doğum Sonu Bakım Hizmetleri, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10(5): 579-586. Erişim adresi: https://www.ejmanager.com/mnstemps/1/1-1294477856.pdf?t=1551034728 Erişim tarihi: 03.01.2019

Demirel G., Bilgiç Çelik D. Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2013; (22):157. Erişim adresi: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/198316 . Erişim tarihi: 08.01.2019

Department of Health (DoH), Maternity Matters: choice, access and continuity of care in a safe service, Department of Health, London, 2007.

Department of Health (DoH), Maternity Matters: choice, access and continuity of care in a safe service, Department of Health, London, 2010.

Devries R. Midwifery in The Netherlands: vestige or vanguard? 2001, Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=devries+2001+midwife Erişim tarihi: 11.11.2018

Ergin- Berkiten A., Kömürcü N. Doğum Ağrısında Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi; 2008; 6 (2), 29-35.

Ergun B., Şen S., Kılıç Y., Kuru O., Özsürmeli M. Fetal Distres Endikasyonuyla Sezaryen Doğum Yapmış Olgularda Non-Stres Testin Karar Vermedeki Rolü "Kliniğimizin Verileri Ve Literatür Derlemesi", Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2011; (9): 59-64. Erişim adresi:

http://www.journalagent.com/tjod/pdfs/TJOD_9_1_59_64.pdf , Erişim tarihi: 16.01.2019

Flamm B.L., Berwick D.M., Kabcenell A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a "breakthrough series" collaborative. 1998, Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=flamm+1998++Care Erişim tarihi: 12.11.208

Gönenç İ. M. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj Ve Akupressür' ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine Ve Maliyete Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, 2013, Ankara Danışman: Prof. Dr. F Terzioğlu).

Güngör İ., Beji NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. Western Journal Nursing Research. 2007; 29(2):213-31. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17337623 Erişim tarihi: 12.12.2018

Güngör İ., Rathfisch, Y.G. Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2009; 11(2), 56-63.

Hatem M., Sandall J., Devane D., Soltani H., Kapılar S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843666 Erişim tarihi: 10.02.2019

Heggenhougen H. K. Father and Childbirth: An Anthropological Perspective. Journal of Nurse-Midwifery, 1980; Vol. 25, Issue 6. pp. 21-26. https://doi.org/10.1016/0091-2182(80)90094-4 Erişim adresi: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0091218280900944 Erişim tarihi: 11.11.2018

Hildingsson I. "Fathers' birth experience in relation to midwifery care", Women & Birth, 2011; vol. 24, no. 3, pp. 129-136.

Hodnett E. "Nursing support of the laboring woman", JOGNN, Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 1996; vol. 25, no. 3, pp. 257-264.

Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G & Skala C, 2007, Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews, The Cochrane Library.

Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G & Skala C, 2011, Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews, The Cochrane Library.

Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G & Skala C, 2011, Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews, The Cochrane Library.

Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C. Continuous support for women during childbirth, PMC. 2012; Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175537/ , Erişim tarihi: 12.10.2018

Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev., 2014; doi:10.1002/14651858.CD003766.pub4. Erişim adresi : http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub4 Erişim tarihi: 16.09.2017

Hodnett E., Lowe N. K., Hannah M. E., Willan A. R., Stevens B., Weston J. A., Ohlsson A., Gafni A., Muir, H. A., Myhr T. L., Stremler R. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals a randomized controlled trial, JAMA, 2002; 288: 1373-1381 183 Erişim adresi : https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195299 Erişim tarihi: 15.07.2017

International Confederation of Midwives (ICM), 2008. Keeping Birth Normal. Position statement 6.1d. The Hague, ICM.

Hofmeyr G. Evidence-based İntrapartum Care, Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005, Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15749069 Erişim tarihi: 11.10.2018

Hofmeyr G. J., Abdel-Aleem H., Abdel-Aleem M. A. Uterine Massage For Preventing Postpartum Haemorrhage, Cochrane Database Syst Rev.,2013, doi: 10.1002/14651858.CD006431.pub3. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23818022 Erişim Tarihi: 11.03.2019

Holroyd E., Katie F.K., Chun L.S., Ha S.W. Doing The Month": An Exploration Of Postpartum Practices İn Chinese Women. Health Care Women Int. 1997 May-Jun;18(3):301-13. Erişim adresi:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=holroyd+1997+birth Erişim tarihi:10.11.2018

Homer C. S. E., Davis G. K., Brodie P. B., Sheehan A., Barclay L. M., Wills J., Chapman M. G. Collaboration İn Maternity Care: A Randomised Controlled Trial Comparing Community-Based Continuity Of Care With Standard Hospital Care, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2001; Vol. 108, pp. 16- 22. Erişim adresi: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-0528.2001.00022.x Erişim tarihi: 13.09.2018

Huskisson E. C. Measurement of Pain. The Lancet, 1974; Vol: 304 (7889). Erişim adresi: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673674908848 Erişim tarihi: 12.12.2018

İldan S. Postpartum Erken Dönemde Düzenli Fundus Masajının Uterus İnvolüsyonuna ve Loşia Rubra Miktarına Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. O Ünder Kavlak).

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

Kainz G., Eliasson M., Post I. The Child's Father, An Important Person For The Mother's Well-Being During The Childbirth: A Hermeneutic Study. Journal Health Care For Women International. 2010; Vol 31, Issue 7. https://doi.org/10.1080/07399331003725499 Erişim adresi: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399331003725499?scroll=top&needAccess=true Erişim tarihi: 12.11.2018

Karaçam Z., Akyüz E. Ö. Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü, İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 2011; 19 (1), 45-53 Erişim Adresi: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/95054 Erişim Tarihi: 05.06.2018

Karaman Ö. E., (2017). Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın

Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. H Yıldız).

Kashanian M., Javadi F., Haghighi M. M.Effect of Continuous Support During Labor on Duration of Labor and Rate of Cesarean Delivery. 2010; https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.11.028 Erişim adresi: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2009.11.028 Erişim tarihi: 12.02.2019

Kennedy B.B., Ruth D. J., Martin E. J. Intrapartum Management Modules Fourth Edition, Wolters Kluwer, 2009.

Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J & Gruen R. "Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section", Cochrane database of systematic reviews (Online)2011, no. 6, p. CD005528.

Kocatürk A. Gebe Okulu, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2017.

Kömürcü N. Doğum Ağrısı Ve Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, İstanbul, 2014.

Larkin P., Begley CM., Devane D. "Women's Experiences Of Labour And Birth: An Evolutionary Concept Analysis", 2009; 25: 49-49

Leap N., Sandall J., Buckland S., Huber U. Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. J Midwifery Womens Health. 2010; May-Jun;55(3):234-42. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.001. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434083 Erişim tarihi: 12.02.2019

Lindsay P., Bagness C., Peate I., (2018), Midwifery Skills at a Glance, Newark: John Wiley & Sons, Incorporated, Erişim adresi: https://primo.anglia.ac.uk/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_pq_ebook_centralEBC5302586&context=PC&vid=ANG_VU1&lang=en_US&search_scope=CSCOP_APU_DEEP&adaptor=primo_central_multiple_fe , Erişim Tarihi: 20.10.2018

Lothian J. A. The Purpose and Power of Pain in Labor, 2008, Erişim adresi : https://choicesinchildbirth.org/wp-content/uploads/2014/08/2008_LOTHIAN_Purpose-of-pain-in-Labor.pdf Erişim tarihi: 17.05.2018

Macdonald S., Johnson G. Mayes' Midwifery, Edinburg, Elsevier Fifteenth Edition, 2017.Erişim adresi: https://primo.anglia.ac.uk/primo-explore/fulldisplay?docid=44APU_ALMA21697685100020 51&context=L&vid=ANG_VU1&lang=en_US&search_scope=CSCOP_APU_DEEP&adaptor=Local%20Search%20Engine , Erişim tarihi: 20.10.2018

Mamuk R., Davas N. İ. Doğum Ağrısında Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme Ve Tensel Uyarılma Yöntemleri, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2010; 44(3), 137-143.

Mbye M, Tsay S, Kao C, Lin K. "Perceptions of midwifery support during labour and delivery in Gambia", African Journal of Midwifery and Women's Health, 2011; vol.5, no.2, pp. 59-66.

Miltner R.S. Identifying Labor Support Actions Of İntrapartum Nurses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000 Sep-Oct;29(5):491-9. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11012128 Erişim tarihi: 10.11.2018

Miltner R.S. More Than Support: Nursing İnterventions Provided To Women İn Labor. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 Nov-Dec;31(6):753-61. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12465872 Erişim tarihi: 11.11.2018

Morhason-Bello I. O., Olayemı O., Ojengbede O. A., Adedokun B. O., O. O. Okuyemı O.O.,Orjı B. Attıtude And Preferences Of Nıgerıan Antenatal Women To Socıal Support Durıng Labour. Journal Of Biosocial Science 2008; Vol. 40, Issue 4. https://doi.org/10.1017/S0021932007002520 Erişim adresi: https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-biosocial-science/article/attitude-and-preferences-of-nigerian-antenatal-women-to-social-support-during-labour/24296E562A3793AD394EDD2A55F89CAB Erişim tarihi: 11.12.2018

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care.Care of the healthy woman and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55, RCOG, London, 2007.

Payant L., Davies B., Graham I. D., Peterson W. E., Clinch J. Nurses' Intentions to Provide Continuous Labor Support to Women. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 2008; vol. 37, Issue 4, pp 405-414. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00257.x Erişim adresi:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515301155 Erişim tarihi: 11.12.2018

Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2012.

Reuwer P., Bruinse H., Franx A. Proactive Support of Labor The Challenge of Normal Childbirth, Second Edition, Cambridge University Press, United Kingdom, 2015.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi (2013).URL: http://www.saglik.gov.tr/TR/ belge/1,2013.

Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2015; Sep 15;(9):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub4. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26370160 Erişim tarihi: 11.03.2019

Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016; Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27121907 Erişim tarihi: 11.03.2019

Sauls D. "Effects of labor support on mothers, babies and birth outcomes", JOGNN,Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 2002; vol. 31, no. 6, pp. 733-741.

Sauls D. “The Labor Support Questionnaire: Development And Psychometric Analysis. J Nurs Meas. 2004 Fall;12(2):123-32. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16092710 Erişim tarihi: 10.10.2018

Sauls D. "Dimensions of professional labor support for intrapartum practice", Journal of Nursing Scholarship, 2006; vol. 38, no. 1, pp. 36-41.

Scottish Executive Health Department (SEHD). A Framework for Maternity Services in Scotland, SEHD, Edinburgh, 2001.

Sehhatie F., Najjarzadeh M., Zamanzadeh V., Seyyedrasooli A. The effect of midwifery continuing care on childbirth outcomes, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2014; vol. 19(3): 233-237. Erişim adresi: http://www.ijnmrjournal.net/article.asp?issn=1735-9066;year=2014;volume=19;issue=3;spage=233;epage=237;aulast=Sehhatie;type=0 Erişim tarihi: 12.02.2019

Sevil E., Ertem G. Perinatoloji ve Bakım, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2016.

Simkin P., Ancheta R. Doğum Süreci El Kitabı, Çeviri Ed: Samiye Mete. İstanbul Tıp Kitabevi, Üçüncü Baskı, İstanbul, 2016.

Simkin P. "Supportive care during labor: a guide for busy nurses", JOGNN, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 2002; vol. 31, no. 6, pp. 721-732.

Simkin P., Bolding A. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering, Journal of Midwifery & Women's Health, 2004; 49(6): 489-504 Erişim adresi : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15544978 Erişim tarihi: 17.05.2017

Simpson K. R., Creehan P. A. Perinatal Nursing Fourth Edition, Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

Small R., Yelland J., Lumley J., Brown S., Liamputtong P. Immigrant Women's Views About Care During Labor and Birth: An Australian Study of Vietnamese, Turkish, and Filipino Women. Birth Issues In Perinatal Care, 2008; Vol 29 (4). 266-277 https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00201. Erişim adresi: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1523-536X.2002.00201.x Erişim tarihi: 11.12.2018

Sydsjö G., Blomberg M., Palmquist S., Angerbjörn L., Bladh M., Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth, BMC Pregnancy and Childbirth, 2015:115 Erişim adresi : https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com Erişim tarihi: 11.07.2017

Şahin N., Dinç H., Dişsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler, Zeynep Kamil Tıpl Bülteni 2009; (2):57-62. Erişim adresi: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/zktipb/article/view/5000065246 Erişim Tarihi: 24.12.2018

Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 8. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.

Takacs L & Kodysova E. "Psychosocial factors influencing the perinatal healthcare satisfaction of parturients", Ceska Gynekologie, 2011; vol. 76, no. 3, pp. 199-204.

Thorstensson S, Nissen E & Ekstrom A. "An exploration and description of student midwives' experiences in offering continuous labour support to women/couples", Midwifery, 2008; vol. 24, no. 4, pp. 451-459.

Turan Z. Doğumun Üçüncü Evresinde Uygulanan Tensel Temasın, Plasentanın Ayrılma Süresi, Annenin Oksitosin Ve Ağrı Düzeyine Olan Etkisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Doç. Dr. A Şentürk Erenel).

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

Türkoğlu N., Sis Çelik A., Pasinlioğlu T. Annelerin Doğum Sonrası Sosyal Destek İhtiyaçlarının ve Alınan Desteğin Belirlenmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2014(1):18-24 Erişim Adresi: http://www.kuhead.org/jvi.aspx?pdir=kuhead&plng=tur&un=KUHEAD-28247 Erişim Tarihi: 12.01.2019

Uludağ E., Mete S. Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2014; 3(2): 22-29. Erişim adresi: http://dergipark.gov.tr/download/article-file/48789 Erişim Tarihi: 09.05.2018

UNFPA, The State of World's Midwifery Report: Delivering health, saving life, United Nations Population Fund, Geneva, 2011.

Üst Z. D., Pasinlioğlu T. Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi, 2015, Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/283115553_Primipar_ve_Multipar_Gebelerde_Dogum_ve_Postpartum_Doneme_Iliskin_Endiselerin_Belirlenmesi ERişim tarihi: 26.01.2019

Vehvilainen-Julkunen K.,Liukkonen A. Fathers' experiences of childbirth. Midwifery 1998; 14(1):10-7. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vehvilainen-Julkunen++Liukkonen+1998 Erişim tarihi: 127.12.2018

Wang M., Song Q., Xu J., Hu Z., Gong Y., Lee A. C., Chen Q., (2018). Continuous support during labour in childbirth: a Cross-Sectional study in a university teaching

hospital in Shanghai, China. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18: 480. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6282363/ Erişim Tarihi: 11.03.2019

Walsh D., Downe S. Intrapartum Care (Essential Midwifery Practice). Kindle Edition, 2004.

World Health Organization, "Appropriate technology for birth", Lancet, 1985; vol. 2, no. 8452, p. 436.

World Health Organization, Care in normal birth: A Practical guide, WHO, Geneva, 1996.

World Health Organization, Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience, WHO, Geneva, 2018.

Yanıkkerem E., Ay S., Göker A. Primipar ve Multipar Gebelerin Emzirme Tutumu ve Yaşadıkları Endişeler, Van Tıp Dergisi, 2014; 21(1):6-26 Erişim adresi: https://www.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD_21_1_6_16.pdf Erişim tarihi: 12.01.2019

Yazgan E., Coşkun A. Doğumhane Ortamı ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Doğumdan Memnuniyet ve Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkileri. 2. Ege Gebelik ve Doğum Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, 2016, Erişim Adresi: http://www.ebelikdogumkongresi.com/gorseller/files/ebelik2016-kitap.pdf Erişim tarihi: 27.12.2018.

Yıldırım G., Hotun Şahin N. Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum ağrısını Algılamasına Etkisi, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 2004; 18(2): 115-121. Erişim adresi: https://trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TkRjeU1qVTE= Erişim tarihi: 31.01.2019

Yıldırım G., Beji K.N. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. Birth, 2008; 35(1):25-30. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00208.x. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=y%C4%B1ld%C4%B1r%C4%B1m%2C+Kizilkaya+Beji+N%2C Erişim tarihi: 10.12.2018

Yılmaz E., Nazik F. Annelerin Doğumu Algılayışı ile Hemşirelik Bakımını Algılayışı Arasındaki İlişki, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2018; 15(2),52-56. Erişim adresi: jgon.org/index.php/JGON/article/download/590/341 Erişim tarihi: 02.02.2018

Yılmaz Esencan T., (2018). Yoga ve Meditasyonun Doğum Sürecine Etkisi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Doç. G Rathfisch).

Ek-1

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR FORMU

SAYI: Tarih: 26.10.2017

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğumda Kesintisiz Ebe Desteğinin Doğum Sürecine Etkileri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr Meltem Demirgöz Bal			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebe			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐	Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐	İlaç dışı klinik araştırma ☒
		Retrospektif ☐			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 2017/0293** — **Tarih: 26.10.2017**
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkaynan
İmza:

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR FORMU

SAYI: Tarih: 26.10.2017

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğumda Kesintisiz Ebe Desteğinin Doğum Sürecine Etkileri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

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

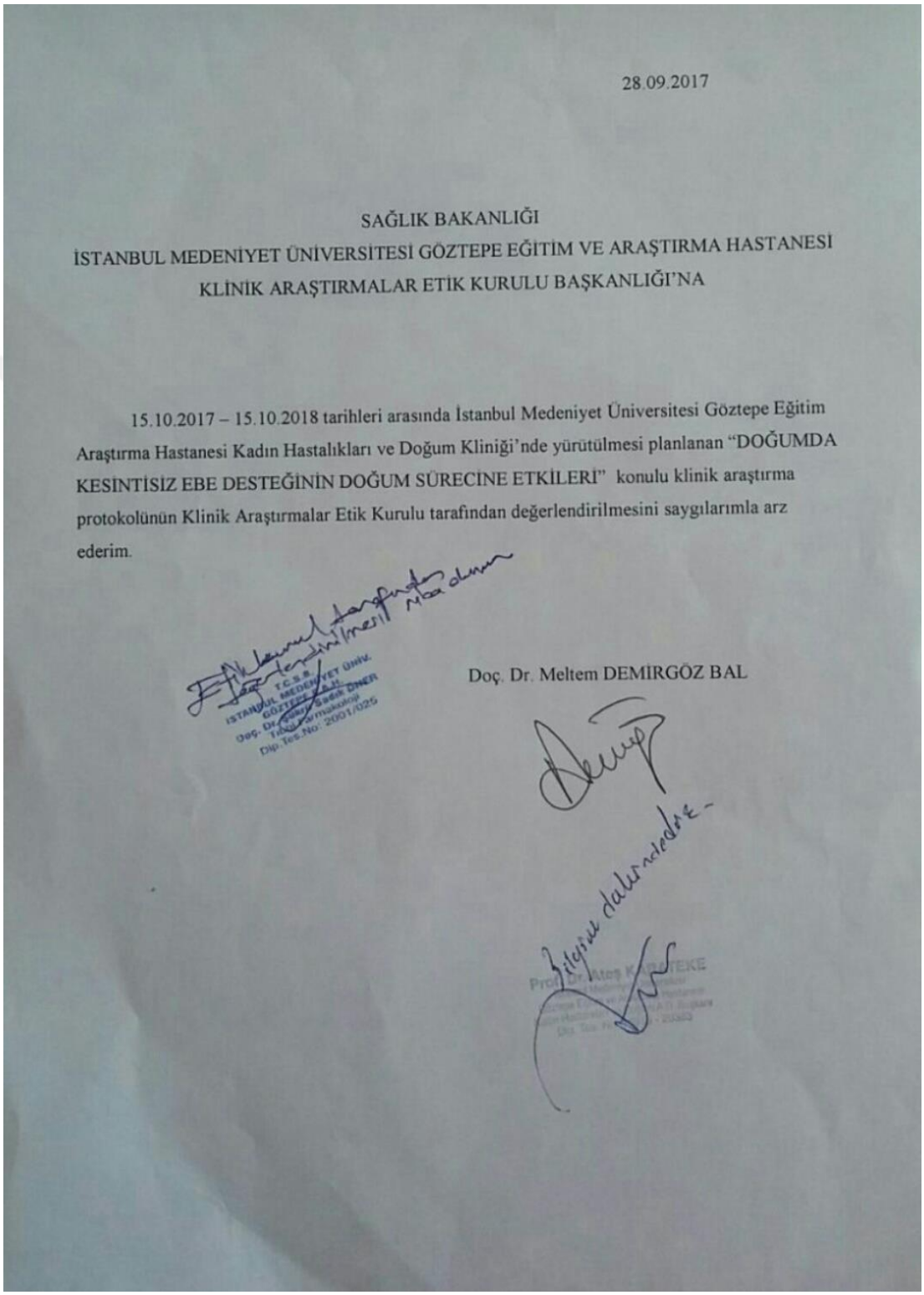
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Asıf Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sebahat Dilek Torun	Halk Sağlığı	Özel Kuruluş	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan
İmza:

Ek-2



28.09.2017

SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

15.10.2017 – 15.10.2018 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yürütülmesi planlanan "DOĞUMDA KESİNTİSİZ EBE DESTEĞİNİN DOĞUM SÜRECİNE ETKİLERİ" konulu klinik araştırma protokolünün Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmesini saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

Ek-3: GEBE TANILAMA FORMU

HASTA BARKODU
(TC KİMLİK NO)

ADRES:

TELEFEON:

1. Yaş ……..
2. Evlilik süresi ……
3. Kilo ……. Boy …….. BKİ.....
4. Eğitim durumunuz nedir?
5. Meslek ……..
6. Çalışma durumu ( ) Evet ( ) Hayır
7. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

( ) Gelir giderden az ( ) Gelir giderden fazla ( ) Gelir gidere denk

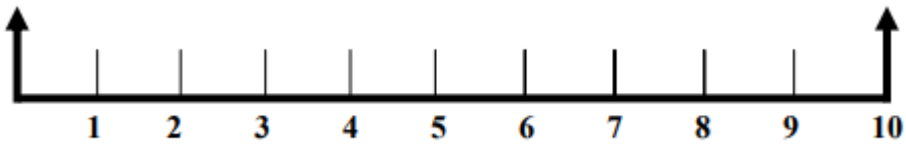
8. Aile tipiniz? ( ) Çekirdek aile ( ) Geniş aile
9. Alkol kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

10. Sigara kullanıyor musunuz? ( ) Evet , günde ..... ( ) Hayır
11. Gebelik haftası .....
12. Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi? ( )Evet ( ) Hayır
13. Gebeliğiniz boyunca egzersiz yaptınız mı? ( ) Evet ise, …….. ( ) Hayır
14. Kronik bir hastalığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
15. Gebelikte kaç kez kontrole gittiniz?

( ) Hiç gitmedim ( ) 1-3 kez ( ) 4-6 ( ) 7’ den fazla

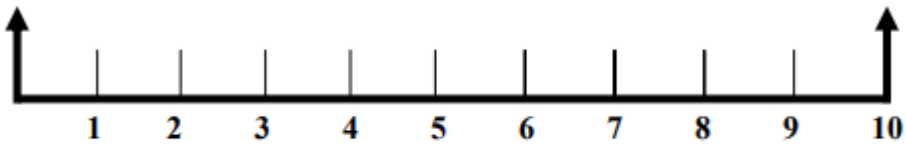
16. Gebelikte kaç kilo aldınız?.....……..
17. Gebelikte sorun yaşadınız mı? ( ) Evet ise ,..... ( ) Hayır
18. Gebelik boyunca sosyal destek aldınız mı? ( ) Evet ise……. ( ) Hayır
19. İlk gelişte saat : .....

20. İlk gelişte (4-5cm) korku/anksiyete/kaygı durumunuzu kaç olarak değerlendirirsiniz?



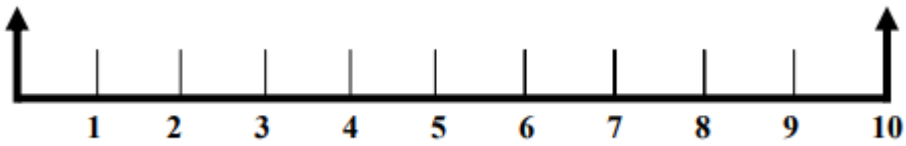
AZ **ÇOK**

21. İlk gelişte (4-5cm) ağrı ile ne kadar başa çıkabildiğinizi düşünüyorsunuz?



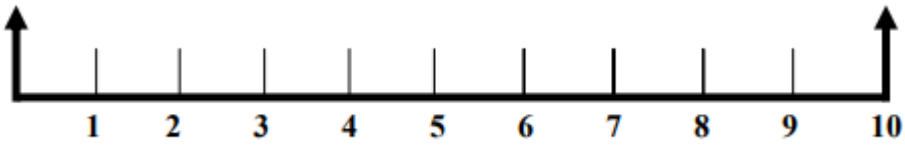
AZ BAŞAÇIKABİLİYORUM. **ÇOK BAŞAÇIKABİLİYORUM.**

22. Dilatasyon (6-7 cm) korku/anksiyete/kaygı durumunuzu kaç olarak değerlendirirsiniz?



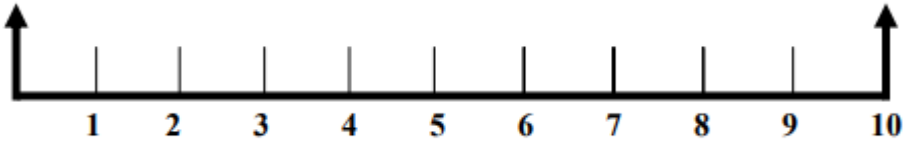
AZ **ÇOK**

23. Dilatasyon (6-7 cm) ağrı ile ne kadar başa çıkabildiğinizi düşünüyorsunuz?



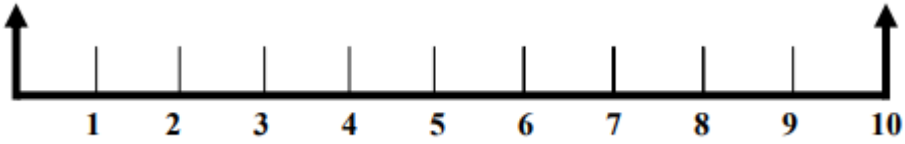
AZ **ÇOK**

24. Geçiş fazında (8-10 cm) korku/anksiyete/kaygı durumunuzu kaç olarak değerlendirirsiniz?



AZ **ÇOK**

25. Geçiş fazında ağrı ile ne kadar başa çıkabildiğinizi düşünüyorsunuz?



AZ BAŞAÇIKABİLİYORUM. **ÇOK BAŞAÇIKABİLİYORUM.**

26. 5 cm'den 8 cm'ye kadar geçen süre ……
27. 8 cm'den 10 cm'ye kadar süre süre …….
28. Doğum eyleminin ikinci evresi süresi …….
29. Bebek 1. Dakika Apgar: .....
30. Bebek 5. Dakika Apgar: .....

31. Doğum deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz? ( ) Olumlu ( ) Olumsuz
32. Kendi beklentilerinize göre doğumunuz nasıl geçti?
    ( ) Beklediğimden iyi
    ( ) Beklediğim gibi
    ( ) Beklediğimden kötü
33. Doğum süresince desteklendiğinizi hissettiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır
34. Doğumunuz sizce yeterince doyurucu muydu? ( ) Evet ( ) Hayır
35. Doğum süresince kontrolün kendinizde olduğunu hissettiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

	Var	**Yok**
DOĞUM İNDÜKSİYONU		
ACİL SEZARYEN (ENDİKASYON)		
FORSEPS		
VAKUM		
EPİZYOTOMİ		
PERİNEAL YIRTIK (DERECESİ)		
FETAL KALP ATIMINDA BOZULMA		
EPİDURAL ANALJEZİ		
DOĞUM SONU KANAMA		
NEONATAL YOĞUN BAKIM GEREKSİNİMİ		
İNTRAPARTUM ASFİKSİ		
ERKEN TEN TENE TEMAS		
OKSİTOSİN(İNDÜKSİYON) VERME		
AMNİYOTOMİ		

BEBEĞİN EMME DURUMU		
BEBEK UZUN SÜRE HASTANEDE KALDI MI? (YATIŞ VERİLMİŞSE VE ANNE TABURCU OLMASINA RAĞMEN BEBEK TABURCU OLMAMIŞSA)		
YAKIN TEN TEMASI		
GÖZ TEMASI		
SEVGİ VE ŞEFKATLE DOKUNMAK		
BEBEĞİ İNCELEME		
SEVGİ DOLU KONUŞMAK		
OLUMLU YORUMLAR		
MUTLU OLMAK		

36. Doğum sonu ilk 2 saat kanama miktarı? .....
37. Bebeğe ilk temas zamanı ……..
38. Bebeğe ilk emzirme zamanı …….

Kesintisiz Ebelik Desteği Verilen Kadınlarda
En Çok Desteğin Hangi Boyutu Kendilerinde Etkili Olmuştur?

1. Duygusal Destek
2. Bilgi Desteği
3. Rahatlık Sağlama
4. Savunuculuk

Kesintisiz Ebelik Desteği Verilen Kadınlarda
Hangi Girişim Onlara En Pozitif Etki Yapmıştır?

1. Doğumhaneyi Tanıma Fırsatı Sunma

2. Gebenin Yanında Bulunma/ Destek Olma
3. Gebe İle Göz Teması Kurma
4. Hareket Serbestliği/Yatağa Bağımlı Olmama
5. Yürüyüş Yapmasına İzin Verme
6. Wc/ Banyo Kullanımına İzin Verme
7. Kendini Güvende Hissetmesini Sağlama
8. Sessiz, Güvenli, Loş Ortam
9. Mahremiyete Önem Verme
10. Eşi veya Yakını İle Görüşebilme
11. Rahatlatıcı Konuşmalar
12. Ortamda Az Konuşma Olması

Ek-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup,

Araştırmanın Adı / Protokol Numarası: Doğumda Kesintisiz Ebe Desteğinin Doğum Sürecine Etkileri

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada doğum sürecindeki ebe desteğinin (gebenin yanında bulunma/ destek olma, hareket serbestliği sağlama/yatağa bağımlı olmama, yürüyüş yapmasına izin verme, kendini güvende hissetmesini sağlama, sessiz, loş ve güvenli bir ortam sağlama, mahremiyete önem verme/ sağlama) doğumda uygulanan girişimler, doğum süresi, doğum süreci, postpartum hemoraji, doğum konforu üzerine etkisi ve gebedeki anksiyete/korku, emzirme ve bağlanmaya ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada size "Gebe tanılama formu" adında bir form üzerinden sorular sorulacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevaplar vermenizdir. Bu araştırmada sizin için hiçbir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler, doğumda kesintisiz ebe desteğinin doğum sirecine olan etkisini artaya koyacak ve kaynak olarak kullanılacaktır.

Araştırma süresince sizin ve bebeğinizin üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. Katılmayı kabul ettiğinizde dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz klinikten aldığınız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılamayacaktır.

Araştırmanın Süresi: 1 YIL Veri toplamaya başlama 22.01.2018-22.01.2019

Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı: 60 kişi olarak öngörülmektedir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Sosyo-demografik özellikleri tanımlayan ve araştırmacı tarafından ilgili literatürlerin incelenmesi sonucu kesintisiz ebe desteğine ve doğum sürecine etki ettiği saptanan sorulardan oluşan formun doldurularak gebeye kesintisiz ebe desteğinin verilmesinden oluşmaktadır.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: yok

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Gebenin acilen sezaryen ameliyatına alınması

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: yok

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Gülsemin BOSTANOĞLU

0 505 6021053

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen ebe tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Kimliğimin gizli tutulacağını, kamuoyuna açıklanmayacağını ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğimin gizli kalacağını, tıbbi kayıtlarıma gerekli olduğu takdirde sağlık otoritelerinin ulaşabileceğini biliyorum. Araştırmaya dâhil olduğumda herhangi bir ücret almayacağımı biliyorum.

Gönüllünün; Adı / Soyadı

Tarih/İmzası

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı

Tarih /İmzası

Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin	Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin
Adı / Soyadı	Adı / Soyadı
Tarih /İmzası	Tarih /İmzası

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Gülsemin	**Soyadı**	BOSTANOĞLU
Doğum Yeri	Gölcük	**Doğum Tarihi**	17.05.1982
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	**Tel**	505 602 1053
E-mail	g.gulsemin@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
	Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane Ve Sağlık Kurumu Yönetimi Tezsiz Yüksek Lisans Programı	2013
Lisans	Marmara Üniversitesi İstanbul Zeynep Kamil Sağlık Yüksekokulu, Ebelik	2004
Lise	Gölcük İmam Hatip Lisesi	1999

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Ebe	Hospital Türk Üsküdar	2004-2004
Ebe	Zonguldak Merkez Türkali Sağlık Ocağı (Göbü Sağlık Evi)	2005-2006
Ebe- ASE	Düzce Cumayeri Toplum Sağlığı- Düzce Cumayeri ASM- Düzce Kaynaşlı ASM- Düzce Beyciler ASM	2006-2012
Ebe	Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi (Doğumhane)	2012-2018
Ebe	İzmit Seka Devlet Hastanesi	2018-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Orta	Orta	orta
Arapça	Iyi	Orta	Iyi

YDS	YÖKDİL	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	53,75						

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,94	69,90	66,84
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

	Kullanma becerisi
Office Programları	Çok iyi
Windows	Çok iyi
SPSS	Iyi
Donanım	Çok iyi

*****Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

EK : Diğer Bilimsel faaliyetler (yayın, kongre bildirisi vs.)

İlkyardım Temel Eğitim Sertifikası, 2004, İstanbul
Üreme Sağlığı Eğitimleri (ÜS, AP, CYBE, Güvenli Annelik, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri), 2006, Düzce
Bilgisayar İşletmenliği, 2007, Düzce
Rahim İçi Araç Uygulama Kursu, 2012, Düzce
Acil Obstetrik Bakım Eğitimi, 2013, İstanbul
Acil Obstetrik Bakım Eğitimci Eğitimi, 2013, Ankara
"Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Ve Bu Şiddetin Çalışma Performansına Etkisi" , Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tezsiz Yüksek Lisans Programı, 2013, İstanbul
Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, 2014, İstanbul
"İstanbul MÜGEAH*' nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ve Bu Şiddetin Çalışma Performanslarına Etkisi Üzerine Yapılan Bir Çalışma", **3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi** "Günümüzde Psikiyatri Hemşireliği: Yapıtaşları ve Yeni Ufuklar" Poster Bildirisi, 2014, Ankara
*Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi
Sağlık Turizmi Destek Personeli Yetiştirme Eğitimi, 2015, İstanbul
Temel Sağlık Arapçası Eğitimi, 2016, İstanbul
Ebelik Becerileri Geliştirme Eğitimci Eğitimi, 2017, İstanbul
Kesintisiz Ebe Desteği, Medipol Üniversitesi 1. Uluslararası - 2. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri,Poster Sunumu, 2018, İstanbul
Kesintisiz Ebelik Desteği ve Maternal Etkileri, Medipol Üniversitesi 1. Uluslararası - 2. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, Poster Sunumu, 2018, İstanbul
Doğumda Kesintisiz Ebe Desteği Verilmeli Midir?, 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Sözel Bildiri, 2019, Sivas
Doğumda Kesintisiz Ebe Desteğinin Maliyet Analizi, 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Sözel Bildiri, 2019, Sivas