

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

**TRAVAY SÜRECİNDE DUŞ ALMANIN ALGILANAN
DOĞUM AĞRISI, EBEVEYNLIK DAVRANIŞI VE
DOĞUM HAFIZASINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Vildan KULAÇ

Enstitü Anabilim Dalı: Ebelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin HAMLACI BAŞKAYA

TEMMUZ-2023

BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27/07/2022 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05/06/2023

Vildan KULAÇ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım, benden yardımını ve sabrını esirgemeyen danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yasemin HAMLACI BAŞKAYA'ya, tez çalışmamın uygulama aşamasında yardımcı olan SEAH Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğumhane Servisi'nde çalışan ebe arkadaşlarıma, eğitim hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili aileme, yüksek lisans eğitimi süresince çok güzel anılar biriktirmemi sağlayan sevgili sınıf arkadaşlarıma ve araştırmayı kabul eden tüm gebelere teşekkürlerimi sunuyorum. Saygılarımla...

Vildan KULAÇ

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER	v
ŞEKİLLER	vi
TABLolar	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.DOĞUM AĞRISI	4
2.2.DOĞUM AĞRISININ GİDERİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER	5
2.2.1.Farmakolojik Yöntemler	6
2.2.2.Doğum Sürecinde Kullanılan Ebelik Uygulamaları (Non Farmakolojik Yöntemler)	6
2.3.DOĞUM SONRASI DÖNEMDE EBEVEYNLİK DAVRANIŞI	15
2.4.HAFİZA (BELLEK)	16
2.4.1.Hafızanın Aşamaları	16
2.4.2.Hafıza Türleri	17
2.4.3.Doğum Hafızası	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI	21
3.2.ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	21
3.3.ARAŞTIRMANIN TİPİ	21
3.4.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	21
3.4.1.Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri ve İşleyişi	21
3.5.ARAŞTIRMANIN EVRENİ	22
3.6.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	22
3.6.1.Araştırmaya Alınma Kriterleri	23

3.6.2.Araştırmadan Dışlanma veya Çıkarılma Kriterleri	23
3.7.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	23
3.8.ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI.....	23
3.9.VERİLERİN TOPLANMASI	26
3.10.UYGULAMA AŞAMASI.....	26
3.11.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	30
3.12. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ.....	30
3.13.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	31
4.BULGULAR	32
4.1. GEBELERİN GRUPLARA GÖRE TANIMLAYICI BULGULARI.....	32
4.2.GRUPLARIN GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM AĞRISINA İLİŞKİN BİLGİLERİNE AİT BULGULAR.....	34
4.3.GEBELERİN TRAVAY SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARI	39
4.4.GEBELERİN DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ BULGULARI	45
5.TARTIŞMA	47
5.1.GEBELERİN TANIMLAYICI BULGULARININ TARTIŞILMASI	47
5.2.GRUPLARIN GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM AĞRISINA İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI	48
5.3.GEBELERİN TRAVAY SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	51
5.4.GEBELERİN DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ BULGULARININ TARTIŞILMASI	55
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKÇA.....	62
EKLER.....	75
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMA VE SİMGELER

ACOG	:The American College Of Obstetricians And Gynecologists
ASA	:American Society Of Anesthesiologists
CM	:Santimetre
CONSORT	:Consolidated Standards Of Reporting Trials
DHVBÖ	:Doğum Hafızası Ve Hatırlama Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
DSEDÖ	:Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranış Ölçeği
GKÖ	:Görsel Kıyaslama Ölçeği
IASP	:International Association For The Study Of Pain
KG	:Kilogram
NICE	:National Institute For Health And Clinical Excellence
RCOG	:Royal Collage Of Obstetricians And Gynaecologists
SPSS	:Statistical Package For Social Sciences
TDL	:Travay-Doğum-Lohusa
VAS	:Vizüel Analog Skala
WHO	:World Health Organization

ŞEKİLLER

Şekil 1. Araştırma Consort Akış Diyagramı	27
Şekil 2. Araştırmanın Uygulama ve Akış Şeması.....	29



TABLÖLAR

Tablo 1. Deney Ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Bulgularının Karşılaştırılması	33
Tablo 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Gebeliğe İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırması	35
Tablo 3. Deney Ve Kontrol Gruplarının Doğum Ağrısına İlişkin Bulgularının Karşılaştırması.....	37
Tablo 4. Doğumun 1. Evresinde Yapılan Uygulamaların Karşılaştırması.....	39
Tablo 5. Doğumun 1. Evresinde Uygulanan İlaçların Karşılaştırması	40
Tablo 6. Gebelerin Hastaneye Başvurudaki Baş Seviyesi ve Membran Durumuna Ait Bulgularının Dağılımı	40
Tablo 7. Gebenin Servikal Dilatasyon, Efasman ve FKA Sayılarının Ortalamalarının Travay Sürecindeki Dağılımı	42
Tablo 8. Gebelerin Travay Sürecindeki Ağrı Algılama Puan Ortalamaları.....	43
Tablo 9. Aktif faz ve Geçiş Fazında Uygulama Öncesi-Sonrası Ölçüm Farklarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 10. Doğum Sonu Dönemde Yenidoğana Ait Bulguların Dağılımı	45
Tablo 11. Doğum Sonu Ebeveynlik Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları.....	45
Tablo 12. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları.....	46

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışma travayda gebelere uygulanan ılık duş uygulamasının kadınların ağrı düzeyleri, doğum sonrası ebeveynlik davranışı ve doğum hafızasına olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

GEREÇ YÖNTEM: Deneysel randomize kontrollü olan çalışmamız 1 Ağustos 2022 – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde doğumhaneye başvuran 41 deney ve 40 kontrol grubunda yer alan toplam 81 primipar gebeyle yapıldı. Çalışmamızda tanıtıcı anket formu, doğum eylemine ilişkin izlem formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranış Ölçeği ile Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği kullanıldı. Deney grubundaki gebelere aktif faz ve geçiş fazında ılık duş uygulaması yapıldı. Kontrol grubundaki gebelere ise standart bakım verildi. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzdelik, ki kare, bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $25,36\pm4,4$ ve $\%39,5$ 'i lise mezunudur. Gruplar arasında sosyodemografik özellikler, travay sürecinde yapılan uygulama ve ilaçlar açısından benzerlik bulundu. İki grubun da uygulama öncesindeki ağrı puanları benzerlik gösterirken deney grubunun her iki uygulama sonrasındaki ağrı puanı kontrol grubuna kıyasla daha düşüktü. Gebelerin doğum sonu ebeveynlik davranış ölçeğinden aldıkları puanlar gruplara göre farklılık göstermezken doğum hafızası ve hatırlama ölçeğinden aldıkları puanlar duygusal hafıza ve istemsiz hatırlama alt boyutunda kontrol grubunda, duygusal hafıza alt boyutunda ise deney grubunda daha yüksek bulundu.

SONUÇ: Travayda uygulanan ılık duş uygulamasının algılanan doğum ağrısını azalttığı ve doğum hafızası üzerinde olumlu etkisinin olduğu, doğum sonrası ebeveynlik davranışı üzerinde ise etkisinin olmadığı saptandı. Doğumda ılık duş uygulamasının kontrendikasyonu bulunmayan tüm gebelerde uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Ağrısı, Doğum Hafızası, Ebelik, Ebeveynlik Davranışı, Ilık Duş

SUMMARY

The Effect Of Showering During Labor On Perceived Labour Pain, Parenting Behavior And Birth Memory

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: This study was conducted to evaluate the effects of taking a warm shower during labor in pregnant women on pain levels, postpartum parenting behavior and birth memory.

MATERIAL AND METHOD: Our experimental randomized controlled study was conducted with a total of 81 pregnant women in 41 experimental and 40 control groups who applied to delivery room in a state hospital between August 1, 2022 and December 31, 2022. In our study, an introductory questionnaire, a follow up form for labor, a visual comparison scale, a parenting behavior scale and a birth memory and recall scale were used. Warm shower was applied to the pregnant women in the experimental group during the active phase and transition phase. The pregnant women in the control group were given standard care. Mean, percentile, chi-square independent groups t test was used to evaluate the data.

RESULTS: The mean age of the women participating in the study was 25.36 ± 4.4 and 39.5% of them were high school graduates. There was a similarity between the groups in terms of sociodemographic characteristics, application during labor and drugs. While the pain scores of the two groups before the application were similar, the pain scores of the experimental group after both applications were lower than the control group. While the scores of the pregnant women from the postpartum parenting behavior scale did not differ according to the groups, the scores they got from the birth memory and recall scale were higher in the emotional memory and involuntary recall sub-dimension in the control group, and in the sensory memory sub-dimension in the experimental group.

CONCLUSION: It was determined that the application of warm shower applied during labor reduced perceived labor pain and had a positive effect on birth memory, but had no effect on postpartum parenting behavior. It is recommended to apply warm shower in all pregnant women who do not have any contraindications.

Keywords: Birth Memory, Labour Pain, Midwifery, Parenting Behavior, Warm Shower.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, kadın ve ailesi için mutlu ve benzersiz bir deneyimdir. Ancak bu deneyim sürecinde gebe yaşadığı kontraksiyonlar nedeniyle ağrı hissedebilmektedir. Doğum ağrısı, şiddetli akut ağrı olup, doğal bir sürecin parçasıdır (Şimşek, Demirci ve Bolsoy 2018). Sınırlı sürede yaşanması ve anne-bebek ilişkisini etkilemesi nedeni ile diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır. Literatürde doğum ağrısı farmakolojik yöntemler (ilaçlar) ve farmakolojik olmayan ebelik uygulamaları (ilaç dışı yöntemler) olmak üzere iki yöntemle giderilebilir. 2018 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayımladığı rehberde non farmakolojik metotları daha güvenilir ve daha az invaziv olduğundan kullanılmasını önermektedir (WHO 2018). Farmakolojik olmayan ebelik uygulamaları genellikle basit, anne-bebek sağlığı için güvenlidir, kullanımı kolay, ulaşılabilir, ekonomik ve özel bir eğitim gerektirmemektedir (Santana, Gallo, Ferreira, Quantana and Marcolin 2013, Ergin, Bal ve Yılmaz 2017, Taşkın 2019). Non farmakolojik ebelik uygulamalarının kullanımı, hekim istemi gerektirmemesi ve yan etkinin en az düzeyde olması nedeniyle ebeler tarafından bağımsız olarak güvenle uygulanabilmektedir (Karaçam ve Akyüz 2011, Kömürcü 2013, İpek 2014, Türkmen 2017). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılacak farmakolojik olmayan yöntemi gebe ile birlikte kararlaştıran ebe, bu yöntemi kendi otonomisi ile uygulayıp, annenin daha konforlu bir doğum süreci geçirmesini sağlayabilmektedir (Kaçar 2020). Sıcak-soğuk uygulama, hareket, pozisyonlar, nefes, gevşeme egzersizleri, akupunktur, yoga, masaj, aromaterapi, müzik, hipnoz farmakolojik olmayan ebelik uygulamaları arasındadır. Bu uygulamalar, travay sürecinde gebenin konforunu artırır, ağrı düzeyini giderir ve olumlu bir doğum deneyimi yaşanmasını, anne-bebek etkileşiminin olumlu ilerlemesini sağlamaktadır. Doğum ağrısını azaltmada kullanılan ebelik uygulamalarından biri de hidroterapi ve ılık/sıcak duş uygulamasıdır. Hidroterapinin/duş uygulamasının tarihçesi hakkında yeterli kanıt olmamakla birlikte,

beşinci yüzyılda Hipokrat kaplıca sularının tedavi edici etkisinin olduğunu bildirmiştir (Cowan, Heale, Horrigan and Koren 2017). Suyun doğumda ve travayda kullanımı ise 1970 yılında Rusya'da Igor Charkovsy ile başlamış ardından Avrupa'da Micheal Odent öncülüğünde yaygınlaştırılmıştır (Cluet ve Burns 2013). Sıcak uygulama periferik kan damarlarında vazodilatasyona neden olarak bölgenin oksijenlenmesini, beslenmesini, atık maddelerin uzaklaştırılmasını ve kaslarda gerilimi azaltarak rahatlama yaşanmasını sağlamaktadır. Ayrıca ağrı hissi de azalmış olur (Türkmen 2017, Akbarzadeh, Nematollahi, Farahmand, Masoudi and Amooee 2018, Turan 2021). Tuncay ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada hidroterapinin servikal dilatasyonun ilerlemesi ile beraber ağrıyı azalttığı ve olumlu bir deneyim sağladığı belirlenmiştir. Tüm bunlara bağlı olarak fetal iyilik hali de yükselmektedir.

Doğum sürecinin sağlıklı ve güzel ilerlemesi sonucunda olumlu olarak sonuçlanması doğum sonu dönemde anne bebek etkileşimini, ebeveynlik davranışını kavramayı da etkilemektedir. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı annenin doğum sonu dönemde doğum odasında yenidoğan ile ilgilenmesi, hakkında soru sorması, yenidoğan bebeğine gülümsemesi ya da sesler çıkarması gibi yeni doğan bebekle ilgilendiğini gösteren davranışlar içinde bulunmasıdır. Çeşitli faktörlerden, doğum eyleminde yaşadığı durumlardan ve kendisinin/bir başkasının geçmiş deneyimlerinden etkilenebilmektedir (Britton, Gronwaldt and Britton 2001). Tuncay (2016) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada hidroterapi uygulanan deney grubundaki gebelerin doğum sonrası ebeveynlik davranış ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve diğer bir anlamda deney grubundaki gebelerin doğum sonrası dönemde yenidoğanlara daha olumlu davrandığı belirlenmiştir (Tuncay 2016).

Doğum eylemi hafızayı da etkilemektedir. Geçmişte zor, uzun ve travmatik bir doğum eylemini deneyimlemiş gebe daha kaygılı ve korkuludur. Ancak geçmiş deneyimler kadında her zaman bu etkiyi yaratmaz. Ağrı ile ilgili edinilmiş olumlu tecrübeler doğru davranış kazanılmasını ve doğum hakkında pozitif değişiklikleri sağlar (Kaplan 2021, Murray, McKinney and Gorrie 2002, Roberts, Greenow, Nassar, Trevena and Mccaffery 2004). Her çocuğun doğumuyla birlikte yaşanan deneyim farklıdır ve kadının yaşamını her anlamda değiştirme potansiyeline sahiptir (Callister 2004, Topkara 2019). Doğum sonrası dönemde kadının psikolojik sağlığının korunabilmesi

için zihninde doğuma yönelik anılarının olumlu olması ve doğumunu hatırladığında olumlu duygular hissetmesi beklenmektedir. Fakat bazı kadınlar doğumu pozitif ve mutluluk verici bir olay olarak değil de, travmatik bir olay olarak deneyimlemektedirler. Bazıları yaşıadığı bu süreci olumsuz olarak nitelendirip bazıları ise normal bir süreç olarak görebilmektedir. Yapılan literatür taramasında doğum hafızası ile ilgili ülkemizde yeterli miktarda çalışma yapılmadığı tespit edilmiştir.

Travayda ılık duş uygulaması gibi non farmakolojik yöntemlerin doğum ağrısına olumlu etkisinin olduğu ve doğum eyleminin olumlu sonuçlanmasını sağladığı birçok çalışmada kanıtlanmıştır. Ancak travayda kullanılan non farmakolojik yöntemlerin ebeveynlik davranışı ve doğum hafızasına etkisine yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışma, travayda uygulanan ılık duş uygulamasının kadınların ağrı düzeyleri, doğum sonrası ebeveynlik davranışı ve doğum hafızasına olan etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.DOĞUM AĞRISI

Doğum ağrılı ve nispeten uzun bir süreçtir (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong and Sheffield 2016, Maddady, Charandabi, Shafaei and Mirghafourvand 2018). Bu süreçteki ağrı akut olup bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrılardandır. Diğer ağrı deneyimlerinin aksine patolojik değildir (Akarsu 2018). Çünkü bu ağrı normal bir sürecin parçası olması, belli bir süre ile sınırlı olması, annenin bu ağrı sonucunda bebeğine kavuşacağını bilmesi gibi özellikleri ile diğerlerinden ayrılır.

Doğum ağrısının mekanizması ile ilgili ilk bilgiler Cleland tarafından 1933 yılında literatüre sunulmuş olup bu bilgilerin son güncellemesi Bonica tarafından yapılmıştır (Kaçar 2019, Turan 2021). Bu bilgilere göre düzensiz kasılmalarla başlayıp plasentanın doğumuna kadar geçen travay sürecinde plasentanın doğduğu evre haricindeki iki evrede farklı yollarla iletilen farklı ağrılar oluşmaktadır (Kömürcü ve Berkintan 2008).

Doğum ağrısı, doğumun evrelerine, kadının fiziksel ve psikolojik yapısına, kültürel değerlere, fetüse ait faktörlere, travay süresinde yapılacak girişimlere göre farklılıklar gösterir (Kaçar 2019). Bazı kadınlar tarafından dayanılmaz olarak algılanırken bazı kadınlarda zevk veren bir durum gibi algılanır (Aghil Dizaj 2020). Her ne kadar doğal bir sürecin parçası olsa da doğum ağrısı kontrol altında tutulmalıdır. Kontrol altına alınmayan şiddetli doğum ağrısının anne ve fetus üzerinde artan kalp debisi, artan kan basıncı, kasılmaların etkisinin azalması, doğumun yavaş ilerlemesi, plasentaya azalan kan akışı ve fetal oksijenlenmenin azalması gibi olumsuz etkileri vardır. Bu etkiler anne ve bebeği sıkıntıya sokmaktadır (Maddady et al 2018). Bu kötü etkilenmeyi önlemek için Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve

Jinekoloji Derneği (ACOG), doğum ağrısını diğer patolojik ağrılar gibi tedavi olması gereken bir endikasyon olarak belirlemişlerdir (ACOG 2015, Tosun 2019).

Doğum sürecinde ağrıya yönelik doğru bakım verilebilmesi için hangi evrede nasıl bir ağrının yaşandığı bilinmelidir. Doğumun birinci evresindeki ağrı visseraldır. Servikal dilatasyona, kontraksiyonlarla eş zamanlı olarak uterusu oluşturan hipoksiye, uterus alt segmentinin gerilmesine ve komşu dokularda oluşan baskıya bağlı olarak ortaya çıkar. Gebe kadınlar bu evrede huzursuzlardır ancak kontraksiyonlar arasında dinlenecekleri bir süre bulunur. Eylem ilerledikçe bu dinlenme süreleri kısalmaktadır. Birinci evrenin sonlarında perinede ağrı hissedilmeye başlar. Bu durum fetal başın inişinin ilerlediğini ve böylece ikinci evrenin başladığını göstermektedir (Zauderer 2016, Taşkın 2019). Doğumun ikinci evresindeki ağrı ise somatiktir. Kadın yoğun, keskin, yakıcı, uzun süreli ve iyi sınırlandırılmış bir ağrı hisseder. Uterin kasların oksijensiz kalması, perine ve vajende genişleme olması, fetal başın serviks ve çevre dokulara olan baskısı ağrının kaynağıdır. Kadın özellikle makata doğru baskı yaşar ve ıkınma hissi uyarılır. Bu evrede sakral sinirlerle iletim gerçekleşir. Doğumun üçüncü ve dördüncü evresindeki ağrı patolojiktir. Doku hasarı ve travma mevcuttur. Uterus involüsyonu, plasentanın atılması, epizyotomi ve laserasyonlara bağlı olarak ortaya çıkar (Gonzalez, Trehan and Kamel 2016, Kaçar 2020).

Tüm bu yaşanan ağrılar ciddi korku, endişe ve anksiyete yaratarak süreci etkileyeceği için gebelere en baştan itibaren ağrıyla baş etmeleri konusunda destek ve eğitimler verilmelidir.

2.2.DOĞUM AĞRISININ GİDERİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Doğum ağrısı fizyolojik bir belirti olmasına rağmen bugün tanımlanan en şiddetli akut ağrıdır (Akarsu 2018). Bu ağrı hem anneyi hem de bebeği kötü etkileyebilir. Bu nedenle ASA ve ACOG doğum ağrısını diğer patolojik ağrılar gibi tedavi edilmesi gereken bir endikasyon olarak belirlemişlerdir (ACOG 2015). Ağrı ile baş edebilmek anneye mutluluk ve kazanmışlık hissi verirken travay sürecinde ve sonrasında ağrı nedeniyle kontrolünü kaybetmesi onun duygu ve düşüncelerinin olumsuz sonuçlanmasına neden olabilir. Tüm bunların sonucunda ağrıyı kontrol altına almaya yönelik birçok yöntem geliştirilmiş olup bu yöntemler iki ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

2.2.1.Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemler ağrıyı azaltmak veya ortadan kaldırmak için sıklıkla kullanılmaktadır (Karaduman 2017). Bu yöntemler, sistemik (genel) etkili anestezi ve analjezikler ile rejiyonel (bölgesel) etkili anestezi ve analjezikler olarak ikiye ayrılır. Sistemik etkili anestezi ve analjezikler inhalasyon analjezi ve parenteral analjeziyi, rejiyonel etkili anestezi ve analjezikler ise epidural anestezi ve analjeziyi içerir (Çalık 2011). Sistemik etkili anestezi maddeler ve ilaçlar doğum ağrısını gidermede çok etkili olmasına rağmen yan etkilerinden dolayı kullanımı sınırlıdır. İlaçlar plasenta aracılığıyla fetüse geçebilmekte ve olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca bilinç kaybı söz konusu olduğu için gebenin doğuma katılımı da sınırlıdır. Rejiyonel yöntemlerden klinikte en çok kullanılanı ise epidural anestezi. Ağrıyı ileten sinirlere yakın bir yere lokal anestezi enjeksiyonu ile yapılan merkezi sinir bloğu tekniğidir. Kişinin bilinci yerindedir. Bu yöntemin olumlu etkileri bildirilmekle beraber oksitosin desteğinde artma ihtiyacı ve ıkınma davranışında azalma gibi olumsuz sonuçlarda bildirilmiştir (Anim-Somuah, Smyth, Cyna, Cuthbert 2018). Yapılan çalışmalarda, farmakolojik yöntemlerin ortak sonucu olarak hipotansiyon, bulantı, kusma, fetal kalp hızında azalma, doğumun birinci ve ikinci evresinde uzama, motor blokaj, müdahaleli vajinal doğum gibi olumsuz sonuçlar bildirilmiştir (Novikova and Cluver 2012, Klomp, Poppel, Jones, Lazet, Di Nisio and Lagro-Janssen 2012, Anim-Somuah et al 2018).

2.2.2.Doğum Sürecinde Kullanılan Ebelik Uygulamaları (Non Farmakolojik Yöntemler)

Ağrının giderilmesinde ilaç kullanılmayan yöntemlerdir. Bu yöntemlerin farmakolojik yöntemlere oranla daha çok avantajı vardır. Bu nedenle doğum eyleminde oldukça tercih edilir. Bu avantajlar arasında anneye ve fetüse zarar vermemesi, basit ve kişi tarafından kolayca uygulanabilir olması, alerji riskinin olmaması, nispeten ucuz olması, eylemi yavaşlatmaması, kontrolün annede olması, birden fazla yöntemin aynı anda kullanılabilmesi ve istenilen yöntemlerin bir arada kullanılabilmesi gösterilebilir (Uysal 2020). Her yöntemin etkinliği herkeste aynı olmamakla beraber tam gevşeme sağlanarak kadının ağrıyı en düşük düzeyde algılaması sağlanır. Böylece kadının anksiyetesi giderilerek olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına olanak sağlanır

(Yeşildağ ve Gölbaşı 2019). Kişiye en uygun yöntemin belirlenmesi için sağlık profesyoneli (özellikle ebe) gebe kadını gözlemlemeli, onunla iş birliği yapmalıdır. Seçilen yöntem/yöntemler uygulanırken kadın cesaretlendirilerek kendisinin de uygulamaya katılması sağlanmalıdır. Doğum sürecinde ağrı giderme yöntemi olarak kullanılan ebelik uygulamaları temelde dört başlık altında incelenir. Bunlar;

2.2.2.1.Gevşeme teknikleri

2.2.2.1.1.Biyolojik geri bildirim (BioFeedback): Kadınları kalp hızı, kas gerginliği, sıcaklık gibi bazı vücut sinyallerini tanımları ve bu sinyallere verilen tepkilerini değiştirmek için eğitmeyi amaçlayan bir terapi yöntemidir. Gebeye doğum sürecinde yaşanan fizyolojik değişiklikler ve fizyolojik olaylar ve yapılan müdahaleler hakkında bilgi verilerek kontraksiyon anında bu bilgi geri istenir. Böylece kadının bedeninde olan ilgisi başka yöne çekilerek algılanan ağrı düzeyi indirgenir (Barragan Loayza, Sola, Juando Prats 2011).

2.2.2.1.2.Hipnoz: Antik Yunanca’da uyutmak anlamına gelir. 19. Yüzyıldan itibaren doğum ağrısının kontrolünde kullanılır. Önemli işlevler askıya alınarak bilinçaltına ulaşılır ve derin relaksasyon sağlanır. Dezavantajı bazı insanları etkilememesi ve profesyonel bir kişiye ihtiyaç duyulmasıdır. Gebe hipnoz halindeyken uyumaz ancak trans halindedir ve verilen komutları uygular. Yapılan çalışmalarda algılanan ağrıyı azalttığı, doğumla ilgili düşüncelerin pozitifleştiği görülmüştür (Berghella, Baxter and Chauhan 2008). Uyandırma sonrasında baş dönmesi, baş ağrısı, mide bulantısı gibi yan etkiler de bildirilmiştir (Tournaire and Theau-Yonneau 2007).

2.2.2.1.3.Hareket ve pozisyon: Gebenin doğumdaki pozisyonu tarih boyunca farklılıklar göstermiştir. Mezopotamya, Hitit gibi eski uygarlıklarda kadınların dikey pozisyonu, Arap yarımadasında, Amerika yerlilerinde oturarak, yatarak olan pozisyonların tercih edildiği kaynaklarda geçmektedir (Kömürcü ve Gençalp 2002). Doğum sürecinde hareket etmek kadına özgürlük tanıyarak rahatlamasını sağlar. Yapılan araştırmalarla kadınların dikey pozisyonlarda yatay pozisyonlara oranla daha az ağrı çektiği belirlenmiştir. Eylemin 1.evresinde gebeler daha çok dikey pozisyonları tercih etmektedir. İlerleyen evrelerde ise hareketin zorlaşması sebebiyle horizontal pozisyonlar tercih edilir (Hamlacı 2013). Gebenin doğum sürecinde herhangi bir riskli

duruma bağılı kısıtlaması yoksa hareket etmesi için teşvik edilmelidir. Gebe tarafından yapılan ritmik hareket ve egzersizler ağrıyı tolere etmede yarar sağlayabilir. Travay süresince sıklıkla yürüyüş yapma, ayakta durma, dans etme, oturma, çömelme, el-diz ve diz-göğüs pozisyonudur. Gebelerin yatarken tercih ettikleri pozisyon ise sol yan pozisyonudur. Bu pozisyonda özellikle utero-plasental dolaşım rahatlayarak ağrı hissi azalır. (Yılmaz Sezer 2012, Lawrence, Lewis, Hofmeyr and Styles 2013).

2.2.2.1.4.Ses çıkarma: Ses çıkarma veya inleme kadınların doğum ağrısını hafifletmek için kullandığı bir tekniktir. Özellikle doğumun ikinci evresinde ses çıkararak rahatlamaya çalışırlar. Ses çıkarma; inleme, mırıldanma, feryat etme, bazı kelimelerin ritmik tekrarı şeklinde görülebilir. Ses çıkarma bir korku belirtisi olarak görülmemelidir. Çünkü kadın burada dikkatini, enerjisini sesli ifadelerle dışarıya yöneltmiştir (Hamlacı 2013).

2.2.2.1.5.Müzik: Müziğin dili evrenseldir (Özveren 2011). Müziğin tarih boyunca tedavi edici özelliği vurgulanmıştır. Doğu kültüründe rehavi makamının seher vaktinde etkili olduğu söylenmektedir (Ersanlı 2007). Doğumda müzikoterapinin analjezik etkisi kapı kontrol teorisi ile açıklanmıştır. Kadını ağırlı uyaranlardan uzaklaştırarak endorfin salınımı artırılır. Müzikle beraber kadın gevşer ve ilerleyen evrelerde hareket etmesi için temel oluşur. Ayrıca pozitif bir doğum ortamı oluşturularak pozitif bir doğum süreci gerçekleşmesi sağlanır. Müzik uygulanan nefes tekniklerinin ritmine göre farklılık gösterebilir (Zauderer 2016, Akarsu 2018). Yapılan çalışmalarda müziğin doğum üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmüştür. (Ersanlı 2007, Tournaire, Theau-Yonneau 2007).

2.2.2.2.Zihinsel-Mental uyarılma

2.2.2.2.1.Hayal kurma: Dikkatin dağılmasına yardımcı olur. Kişi yoğun duygusal uyarı alarak beyin sapı ağrı uyaranlarının geçişini inhibe eder (Güneş 2021). Gebe bir düşe yoğunlaşır ve kendini o düşe yerleştirir. Bu sayede gevşemeyle algılanan ağrı azalır. Bireysel veya başkasının rehberliğinde yapılabilir. Ebenin doğum ve bebekle ilgili pozitif kelimeler söylemesi hayal kurmasına yardımcı olmaktadır (Özveren 2011).

2.2.2.2.2.Odaklanma: Konsantrasyonun belli bir noktaya toplanmasıdır. Doğum eyleminde küçük hareketsiz objeler odak nokta olarak kullanılabilir. Bebek ya da evcil hayvan resmi, oyuncaklar, başka bir kişinin gözleri, akan bir musluk, arka fonda çalan müzik veya dikkat çeken bir nesne odak olabilir. Kişi dikkatini ağrı öncesinde bunlardan birisine vererek gelen ağrıyı daha olumlu karşılar (Kömürcü ve Berkiten 2008, Sezer Yıldız 2019, Türkmen 2023).

2.2.2.3.Solunum teknikleri: Solunum teknikleri dikkati dağıtarak ağrıyla baş etmeyi sağlar. Gebenin ağrı eşiği yükselerek gevşemesi sağlanır. Bu gevşeme ile utero-plasental dolaşım rahatlar ve algılanan ağrı azalır. Özellikle Dick read ve Lamaze teknikleri kullanılmaktadır.

2.2.2.3.1.Dick Read tekniği (Korkusuz doğum): İngiliz kadın doğum uzmanı Grantly Dick Read 1933'te doğal doğumdan söz etmiş ve doğumun aslında ağrısız bir süreç olabileceğini belirtmiştir. Doğumda bilinmeyen korkuya, korkunun da gerilme ve ağrıya neden olduğunu savunur. Bu teknikte gebeye doğum öncesinde verilen gevşeme ve karın solunum egzersizlerinin doğumda kullanılması esastır. Tıbbi kelime kullanmaktan kaçınılarak olumlu doğum deneyimi sağlanmaktadır (Tosun 2019, Demirtaş Alpsalaz ve Yağmur 2022).

2.2.2.3.2.Lamaze tekniği: Yirminci yüzyılda Dr. Lamaze tarafından geliştirilmiştir. Psikoprofilaksi olarak da bilinir. Bu teknik Pavlov'un şartlı öğrenme kuramını esas alır. Bir kişinin beyni, belli bir uyarıyı kabul edip, analiz etmek ve doğru olan cevabı vermeye göre eğitilebilir. Bu metoda göre peripartum dönemde aldıkları eğitimler ile kasılmalarda nasıl gevşeyeceği, solunum teknikleri ve destek sistemlerini nasıl kullanacağı öğretilir. Şartlanmış bir eylem olan ağrıda bu yöntemlerle kısmen veya tamamen giderilebilir (Tosun 2019). Dr. Lamaze doğum sürecinde gebenin yanında onu destekleyecek birisinin bulunmasını, doğuma müdahale edilmemesini, hareket ve pozisyon serbestliğini savunur (Kömürcü ve ark. 2014). Lamaze tekniğiyle solunumda dört düzey vardır.

- Birinci Düzey Solunum: Normal göğüs solunumdur. Latent fazın başında uygulanır. Burundan nefes alınarak sıcak yemeğe üfler gibi nefes verilir. Solunum 15 saniyede 2 olacak hızda yapılmalıdır.

- İkinci Düzey Solunum: Yavaş derin göğüs solunumudur. Aktif eylem başlayana kadar kontraksiyonlarla baş etmeye yardımcı solunumdur. Normal solunumla başlanır. Sonrasında 5 saniye süre ile burundan nefes alınır, 5 saniye süre ile ağızdan nefes verilir. Kontraksiyon bitiminde yine normal solunum yapılır. Solunum hızı 6-12 nefes/dakikadır.
- Üçüncü Düzey Solunum: Hızlı yüzeysel göğüs solunumudur. Tipik olarak köpek yavrusunun nefes nefese kalınca yaptığı solunuma benzetilir. Normal solunumla başlar. Kontraksiyon şiddetlendikçe solunum hızlanır. Kontraksiyon azalınca solunum yavaşlar. İki kontraksiyon arası normal solunum yapılır.
- Dördüncü Düzey Solunum: Abdominal solunumdur. İkinme hissini azaltmak için aktif fazda kullanılır. Nefes ağızdan alınıp verilir. Üçüncü düzey solunuma benzer ancak hava mum üfler gibi dışarıya verilir. Üfleme ile birlikte diyafram kalkar ve rahatlama olur. Abdomen hareketi belirgindir. Bu tip solunuma 6:1 oranı ile başlanır. Yani 6 kısa üflemenin ardından bir uzun üfleme ile devam edilir. Kontraksiyon şiddeti arttıkça bu oran azaltılarak devam edilir. Kontraksiyon başında ve sonunda normal nefes alınıp verilir (Sezer Yıldız 2019, Demirtaş Alpsalaz ve Yağmur 2022).

2.2.2.4.Tensel uyarılma teknikleri

2.2.2.4.1.Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS): Frekans ve yoğunluk bakımından değişen düşük voltajlı elektrik dalgalarının cilde yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla iletilmesi yöntemidir. TENS'in çalışma şekli tam olarak anlaşılamamıştır. Elektrik darbelerinin omurilikte ağrı iletimini engelleyen sinir yollarını uyardığı düşünülmektedir. TENS elektrotları genellikle belin alt kısmına yerleştirilir. Elektrotlar ilk evrede T10-L1 seviyesine ikinci evrede S2-S4 seviyesine yerleştirilir. Gebe TENS cihazının kadranını çevirerek yoğunluğunu ayarlayabilir. Bu da ona kontrol duygusunu verir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde TENS'in uygulandığı kadınların uygulanmayanlara göre daha az ağrı hissetmediği ya da aradaki farkın az olduğu ancak bu deneyimden memnun kaldıkları belirtilmiştir (Dowswell, Bedwell, Lavender, Neilson 2009, Zauderer 2016).

2.2.2.4.2.İntradermal su enjeksiyonu: Doğumda oluşan bel ağrısını azaltmak için kullanılır. İlk kez 1980’lerde uygulanmıştır. İsveç ve Avustralya gibi ülkelerde sıklıkla kullanılmıştır. Sakrum üzerinde Michaelis Eşkenar Dörtgeni alanında belirlenen dört noktaya intradermal veya subkutan olarak steril su enjekte edilerek uygulanan bir yöntemdir. Buradaki sinir uçlarını uyararak ağrı bloke edilir. Her enjeksiyonda yaklaşık 0.05-0.1 ml’lik steril su kabarcığı oluşturulur (Uysal, Boz ve Salman 2022). İlk iki baloncuk her bir posterior süperior spina iliaka üzerine diğer ikisi ise ilk yapılan yerlerin 3 cm aşağısına 1 cm medialine yapılır. Etkisinin hemen başladığı ve iki saate kadar devam ettiği bilinmektedir. Anne ve fetusu olumsuz etkilememesi eğitilmiş ebeler tarafından yapılabilmesi, ucuz ve kolay olması avantajları arasındadır. Etki süresinin kısa olması ve sadece bel bölgesinde etki göstermesi dezavantajlarıdır (Hamlacı 2013).

2.2.2.4.3.Masaj-Dokunma: Masaj, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için yumuşak dokuları mekanik olarak uyararak sistemik manipülasyonlarla bireyde fiziksel ve psikolojik rahatlamayı sağlayan bir yöntemdir (Demirtaş Alpsalaz ve Yağmur 2021). Kan dolaşımını uyararak rahatlamayı sağlar. Gebeye dokunmak pozitif iletişimi sağlar. Bu da güven duygusu ile beraber kaliteli bakım hizmet verilmesi demektir. Masaj gebenin kendisi veya bir başkası tarafından yapılabilir. Gebenin beline (özellikle sakrum bölgesine), ayaklarına, omuz ve sırtına masaj yapılabilir ve masaj esnasında yardımcı objeler kullanılabilir. Her bölge için ayrı masaj tekniği olduğu da bilinmektedir. Literatürdeki çalışmalarda masaj uygulanan kadınlarda algılanan ağrının azaldığı belirtilmiştir (Karaduman 2017, Aghil Dizaj 2020).

2.2.2.4.4.Akupunktur: Çin tıbbının geleneksel tedavi yöntemidir. Bu yöntemde beden meridyenlere bölünür. Her bölümün vücudun farklı bir alanını yönettiği düşünülür. Bölümlerdeki belli noktalara ince-küçük iğneler batırılarak/konularak periferal sinirlere küçük çaplı akım verilmesi ile ağrı azaltılmaktadır (Kılıç ve Öztunç 2012). 1979 yılında DSÖ, akupunkture bilimsel bir yöntem olarak kabul etmiş ve kullanılabileceği tıbbi durumlarla ilgili liste yayınlamıştır (Hamlacı 2013). Doğum ağrısını gidermek için el, ayak ve kulaktaki akupunktur noktaları kullanılabilir. Yapılan çalışmalar ile doğumda ağrıyı gidermede etkisinin olduğu görülmüştür. Ancak

daha fazla sonuç gerekmektedir (Smith, Collins, Levett, Armour, Dahlen, Tan and Mesgarpour 2020).

2.2.2.4.5.Akupresür (Shiatsu) : Çin tıbbına ait bir yöntemdir. Vücuttaki akupunktur noktalarına parmaklar, el, avuç içi ve top gibi yardımcı araçlarla basınç uygulanarak yapılan non farmakolojik yöntemdir. İğnesiz akupunktur da denir. Öğrenilmesi ve uygulaması kolaydır. Obstetride daha çok BL60, BL67, LI4, SP6 akupresür noktaları kullanılmaktadır (Cook and Wilcox 1997,Hamlacı 2013). Bu noktalara basınç kontraksiyon başladığında uygulanmaya başlar ve geçiş fazına kadar devamlı olarak devam eder. Literatüre bakıldığında birçok çalışmada akupresürün etkinliğini incelenmiş ve LI4, SP6 gibi noktalara yapılan akupresürün algılanan ağrıyı azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Hamlacı 2013, Smith, Collins, Levett, Armour, Dahlen, Tan and Mesgarpour 2020).

2.2.2.4.6.Aromaterapi: Bitkilerin öz yağlarının ve kokularının tedavi amaçlı kullanılmasıdır. Fiziksel ve zihinsel refah artırılmaya çalışılır. Özellikle Hint ve Mısır uygarlıklarında kullanıldığı görülmüştür. Yağlar cilde masajla, doğum havuzuyla, buharla veya kokunun ortama yayılmasıyla kullanılabilir (Smith, Collins and Crowther 2011). Birçok esans vardır. Bunlardan bazıları lavanta yağı, portakal yağı, gül yağı, zeytinyağı, ada çayı, yasemin ve çeşitli tütsülerdir (Güner ve Kavlak 2016). Ucuz ve zahmetsizdir. Ancak literatür incelendiğinde etkisini kanıtlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

2.2.2.4.7.Yüzeyel sıcak ve Soğuk uygulama: Sıcak uygulamalar genellikle doğumun birinci evresinde fetal baş pozisyonuna bağlı bel ve sırt ağrılarını gidermek için kullanılır. Doğumun ikinci evresinde ise önde gelen fetüs kısmının perineye yaptığı basıncı azaltarak perinede gevşemeyi ve oluşabilecek lacerasyonları azaltmak amacıyla kullanılan etkili bir yöntemdir (Güner ve Kavlak 2016). Sıcaklıkla beraber akımı hızlanır. Kaslar gevşer ve iskemi azalır. Böylece ağrı eşiği yükselir. Geçmişte yapılan evde doğumlarda bu yöntemin kullanıldığı görülmektedir. Soğuk uygulamalar ise kaslarda kramp oluşumu engeller ve duyarlılığı azaltır. Soğuk uygulama yöntemleri, buz dolu poşet, donmuş jel paketi, buz aküsü, soğuk suyla ıslatılmış havlu veya pedler olabilir. Aşırı soğuk uygulamalar doku travmalarına neden olabileceği için kontrollü yapılmalıdır (Yılmaz Sezer 2012).

2.2.2.4.8.Hidroterapi/ Ilık duş alma/ Banyo yapma: Doğum ağrısını azaltmada kullanılan ebelik uygulamalarından biri de hidroterapi ve ılık/sıcak duş uygulamasıdır. Kadının suyu kullanarak rahatlamasının sağlandığı yöntemdir. Burada suyun sıcaklığı ve basıncının terapötik etkisinden faydalanılmaktadır. Hidroterapinin/duş uygulamasının tarihçesi hakkında yeterli kanıt olmamakla birlikte, beşinci yüzyılda Hipokrat'ın kaplıca sularının tedavi edici etkisinin olduğunu bildirilmiştir (Cowan, Heale, Horrigan and Koren 2017). Suyun doğumda ve travayda kullanımı ise 1970 yılında Rusya'da Igor Charkovsy ile başlamış ardından Avrupa'da Micheal Odent öncülüğünde yaygınlaştırılmıştır (Cluet ve Burns 2013). 1990'lı yıllarda Londra'da ilk uluslararası suda doğum konferansı düzenlenmiştir. Su ile doğumu başka bir deyişle suda doğumu destekleyen ve yaygınlaştıran isimlerden olan Ebe Barbara Harper, suda doğumla ilgilenmiş ve yaygınlaştırılmasında önemli rol oynamıştır. 1988'de Waterbirth International isimli bir merkez kurmuştur. Bu hareketi ile hastane ortamında suda doğumun yaygınlaştırılmasında etki sağlamıştır. Doğum ve doğum sırasında suya daldırmanın bilimi ve güvenliğini incelediği çalışmasında (2014) suya daldırma/suyla doğum/suda doğumun yeni bir şey olmadığını, 2002'den bu yana doğum eylemi ve suda doğumun güvenliği ve etkinliği hakkında rapor veren giderek artan sayıda kanıt olduğunu belirtmiştir. 2006 yılında su ile/suda doğum ile ilgili tüm kaynakları tarayan Dr. Neilson suda doğumun olumlu obstetrik sonuçlar sağlayan güvenli bir doğum seçeneği olduğu sonucuna ulaşmıştır (Harper 2014). Ülkemizde hidroterapiyi ilk tanıtan Osman Cevdet Çubukçu 'dur. Fransa'da fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında aldığı eğitim sonrasında İstanbul Haydarpaşa'da bir fizik tedavi ünitesi kurmuştur. Çubukçu'nun 'Su ile Tedavi' isimli eseri bulunmaktadır (Gültekin 2016).

Hidroterapi/Ilık duşun, doğum ağrısını gidermedeki etkisi ile ilgili daha fazla kanıtı ihtiyaç olmasına rağmen günümüzde kullanımı oldukça yaygınlaşmıştır. Bununla beraber farklı kurumlar bu konuda görüş bildirmiştir. Ülkemizde bununla ilgili görüş veren herhangi bir resmi kurum bulunmamaktadır. ACOG 2016 yılında bir komite görüşü sunmuştur. Bu görüşte 37-42 gebelik haftasında olan herhangi bir kontrendikasyonu bulunmayan kadınlara hidroterapi uygulanabileceği bildirilmiştir (ACOG 2016, Taşkın 2019). Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü (NICE) ve Royal Obstetri ve Jinekologlar Derneği (RCOG) aynı şekilde komplikasyonu olmayan tüm

sağlıklı kadınlara uygulanabileceği yönde görüş belirtmiştir (NICE ve RCOG 2007). Türkiye’de de hidroterapi/ılık duşun kullanıldığı kurumlar bulunmakta ve bu kurumlar tarafından suyun kullanımı ile ilgili bilgi ve protokoller yaygınlaştırılmaktadır.

Hayati bulgular arasında beşinci bulgu olarak kabul edilen ağrı özellikle doğum eyleminde giderilmesi gereken bir durumdur. Sıcak uygulama periferik kan damarlarında vazodilatasyona neden olarak bölgenin oksijenlenmesini, beslenmesini, atık maddelerin uzaklaştırılmasını ve kaslarda gerilimi azaltarak rahatlama yaşanmasını sağlamaktadır. Ayrıca ağrı hissi de azalmış olur (Türkmen 2017, Akbarzadeh, Nematollahi, Farahmand, Masoudi and Amooee 2018, Turan 2021).

Ilık duşta kullanılan suyun sıcaklığı 36.6⁰ C-37.8⁰ C arasında değişmektedir. Süresi ise bir kaç dakikadan birkaç saate hatta travay süresince devamlı olmak üzere değişmektedir. Ilık suyun kullanılmaya başlaması ile endorfin salınımı başlar, sinirlere rahatlatıcı uyarı verilir (Rathfisch ve Güngör 2015). Gebenin travayda duş alması ile kan dolaşımı aktifleşir ve annenin dokuları ile fetüse giden oksijen miktarı artar. Myometrial aktivitenin artmasıyla uterus kasılmaları düzenli hale gelmekte ve eylem ilerlemesi ritmikleşmektedir (Tosun 2019). Travayda duşun kullanımına genellikle eylemin aktif fazında travayın uzamasını engellemek için başlanır. Özellikle oksiput posterior pozisyona bağlı uzayan eylemlerde ve buna bağlı oluşan ağrılarda kullanımının etkili olduğu düşünülmektedir. Hidroterapi uygulaması ile kadın daha az farmakolojik yöntemle, daha az müdahaleye ihtiyaç duyar ve laserasyon oranı azalabilmektedir. Maternal memnuniyette artma ve doğum sonrasında annenin hatırlayacağı olumlu duygu ve düşüncelerin temeli oluşturulmuş olması diğer sonuçları arasındadır.

Hidroterapi/ılık duşun uygulanması kolaydır ve öncesinde eğitim gerektirmemektedir. Ancak bazı riskleri olduğu belirlenmiştir. Hidroterapinin ikinci evrede kullanımı suda doğum olarak adlandırılmaktadır. Daha çok suda doğum komplikasyonu olarak belirtilen enfeksiyonun anneden havuza, havuzdan anneye geçtiğine ilişkin görüşler bildirilmiştir. Bunu önlemek için havuz kullanımı sonrası kültür alınması ve bu kültür sonucuna göre yeni gebenin alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Bir diğer komplikasyon olan umbilikal kordonun yırtılması ile ilgili veri belirtilmemiştir. Ancak

doğum sırasında bebeğin aşamalı olarak su üzerine çıkarılmasının, aşırı çekme hareketinin yapılmaması gerektiği önerilmiştir (Cluett and Burns 2013).

Literatürde travayda duş alma/hidroterapi ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Literatür tarandığında hidroterapinin ikinci ve üçüncü evreden daha çok kontraksiyonların başladığı birinci evrenin aktif fazında kullanılması önerilmektedir. Tosun ve Taştekin Ouyaba'nın yaptığı çalışmada travayda duş almanın doğum sonuçlarını olumlu etkileyeceğini belirtmiştir (Tosun ve Taştekin Ouyaba 2021). Maddady, Charandabi, Shafaei ve Mirghafourvand'un çalışmasında sıcak/ılık duşun ağrıyı azalttığı, aktif fazın süresini kısalttığı belirtilmiştir (Maddady et al.2018). Kanıt oranını artırmak için daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2.3.DOĞUM SONRASI DÖNEMDE EBEVEYNLİK DAVRANIŞI

İnsanlar, hayatları boyunca farklı aşamalardan geçmektedir. Bunlardan birisi de ebeveynlik aşamasıdır. Ebeveyn olmak, kadın ve erkeğin vereceği en önemli kararlardan olup gebeliğin planlanması ile başlar ve yaşam boyunca devam eder (Bryanton, Beck, Montelpare 2013).

Ebeveynlik davranışı ise postpartum dönemde yenidoğanla karşılaşılacak ilk dakikalardan itibaren annenin yenidoğanla ilgilenmesi, ona sevgi sözcükleri sarf etmesi, gülümsemesi, bebeğin sağlığına ve verilecek bakıma yönelik sorular sorması gibi meraklı ve olumlu davranışlarda bulunması durumudur. Bu davranışlar sadece annede değil babada da gözlenmektedir (Britton, Gronwaldt and Britton 2001)

Doğum öncesi dönemde bebeğini algılamaya ve tanımaya çalışan anne doğumla beraber bebeğin ellerine, yüzüne dokunarak, onu giydirerek, öperek, davranışlarını ve ağlamasını yorumlayarak onu keşfetmeye çalışır. Buna karşılık olarak bebeğin de anneye ve aileye gösterdiği gülümseme, yakalama refleksiyle anneye dokunma, emmede huzuru bulma gibi tepkileri karşılıklı sevgiyi başlatmada etkilidir. Annenin bebeğine yönelik gösterdiği bu tutum ve davranışlar devam eden süreçte anne ve bebek arasındaki bağlanmayı, iletişimi ve ebeveynlik davranışını olumlu yönde etkileyeceği bilinmektedir. Ancak bebek sahibi olmak bazen planlanmamış bir sonuç olarak görülebilir. Bu da bu süreci negatif etiler. Eğer anne-bebek etkileşimi zayıfsa bebekte

hem gelişimsel hem de psikolojik olarak problemler görülebilir (Çelebi 2019, Park and Park 2019).

Ebeveynliğe geçiş heyecan verici bir süreç olmakla birlikte birçok öğrenme ihtiyacı doğum sonrası erken dönemde ortaya çıkar. Anne ve baba bir bebeğin fiziksel olarak hayatta kalmasında, bilişsel gelişiminde, duygusal olgunlaşması ve sosyal büyümesinde merkezi rol oynar. Bu nedenle, sağlıklı çocuk gelişimini teşvik etmede ebeveynlik kilit belirleyici olarak kabul edilmektedir (Bornstein 2002, Bryanton et al 2013). Ebeveynlerin, ebeveynlik rollerinde yetkin ve kendilerine güvenen olmaları için yeni bilgi ve beceriler kazanmaları gerekir (Mercer 2006, De Montigny 2008, Bryanton et al 2013). Doğumdan sonra bebeğin beyin gelişimi için olumlu bir ortam yaratmanın anahtarı olarak birbirine bağlı dört faktör tanımlanmıştır: zarardan korunma, sağlıklı bağlanma, duyarlı bakım ve anne sütü/emzirme (Bryanton et al 2013). Bunlar hem ebeveynler hem aile hem de sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmeli, takibi yapılmalı ve gereken durumlarda eğitimler verilmelidir. Çünkü sağlık personeli tarafından verilen eğitim, yeni ebeveynlere ebeveynlik çabalarında yardımcı olmada önemli bir rol oynama potansiyeline sahiptir (Li, Wang, Zhou and Li 2022).

2.4.HAFIZA (BELLEK)

Hafıza, yaşanan olay ve durumların, bilgi, birikim ve alışkanlıkların farklı şekillerde beyinde kaydedilmesidir. Başka bir deyişle bilinçli olarak hatırlama kapasitesidir. Hafıza, geçmişte yaşananlar, günümüz ve gelecekte olabilecekler arasında bağlantı kurmada bir köprü görevi görmektedir. Bu sayede kişi bir eylemi, davranışı veya bilgiyi her defasında tekrardan öğrenmek zorunda kalmamaktadır (Tulving and Szpunar 2009, Topkara 2019).

2.4.1.Hafızanın Aşamaları

Hafızanın aşamaları temelde üçe ayrılır. Bunlar şu şekildedir:

2.4.1.1.Kodlama: Sonradan edinilen bir bilginin anlamlandırılarak belleğe işlenmesi ve bellekte iz bırakarak yer kazanmasıdır (Cangöz 2022, Nisanur Yılmaz 2022). Ses, görüntü, tat, koku gibi girdiler bir koda veya simgeye dönüşerek bellekte yer edinirler.

Kodlanan bilgilerde kısa süreli hafızada saklanır. Kodlama iki farklı şekilde olabilir. Bilgiler istek dışında kodlanıyorsa bu ‘istemsiz kodlamadır’. Eğer ezberlemek, tekrar etmek, uygulama yapmak gibi çaba gerektiriyor ve bireyin isteği ile kodlanıyorsa buda ‘istemli/çaba gerektiren kodlamadır’ (Feyzioğlu ve Tankut 2022).

2.4.1.2.Depolama: Kodlanarak kaydedilen bilgilerin gerek duyulduğunda kullanılmak üzere uzun süreli hafızada saklanması işlemidir (Topkara 2019).

2.4.1.3.Geri çağırma (Hatırlama): Uzun süreli bellekte saklanan bilgilerin hatırlanması durumudur. Kodlanan bilgileri anımsatacak ipuçlarının olması, kodlanan bilginin yakın zamanda kodlanması vb. geri getirmeyi kolaylaştırmaktadır. Ancak depolanan her bilginin geri getirilememe durumunun olduğu da bilinmektedir (Solso, Maclin and Maclin 2013). Hafıza aşamalarından herhangi birinden kaynaklanan sorun unutmaya neden olmaktadır.

2.4.2.Hafıza Türleri

Hafıza türleri temelde üçe ayrılır. Bunlar şu şekildedir:

2.4.2.1.Duyusal hafıza: Çevresi ile iletişim halinde olan birey, uyaranları duyu reseptörleri ile algılayarak anlamlandırır. Buradan da merkezi sinir sistemine iletir. İletilen bu bilgilerin yorumlanabilmesi için kısa süreli hafızaya alınması gerekir. Aktarılan bu bilgilerin yorumlanması için gereken zaman diliminde saklandığı yer ‘duyusal hafıza’ olarak adlandırılır. Bilgiler saniyeler içinde burada kalır. Silinebilir ya da kısa süreli belleğe aktarılır. Anlık bellek olarak da bilinir (Feyzioğlu ve Tankut 2022, Nisanur Yılmaz 2022).

2.4.2.2.Kısa süreli hafıza: Duyusal hafızadaki girdilerin, hafızada kalan anımsamaların kısa süre saklandığı hafızadır. Bir diğer söylemle bilgilerin geçici bir süre için saklanması için kullanılan depolama alanıdır. Bilgiler kısa süreli olduğundan burada kalmaları için tekrarlanması gerekmektedir. Kısa süreli hafızaya aktarılan bilgi anlamlandırılarak hemen yanıt oluşturulabilir veya kodlandıktan sonra uzun süreli hafızaya aktarılabilir. Depolama alanı sınırlı olduğundan tekrarlanmayan, kullanılmayan bilgiler zamanla unutulmaktadır (Solso et al 2013).

2.4.2.3.Uzun süreli hafıza: Bilgileri yaşam boyunca saklayabilen, çok miktarda bilgi içeren, yeni ve eski bilgileri ilişkilendiren, sınırsız depolama alanı bulunan, kısa süreli hafızada saklanamayacak kadar büyük olan bilgilerin saklandığı hafızaya ‘uzun süreli hafıza’ denmektedir. Birçok sosyo-bilişsel yeteneği desteklediği bilinmektedir. Kısa süreli hafızada yer alan bilgiler unutulduklarında geri getirilemezken uzun süreli hafızadaki bilgiler yıllarca bozulmadan kalabilirler. Bilgileri hatırlamakta zorlanılsa da anımsatıcılarla bu durum kolaylaştırılabilir. Uzun süreli hafıza, ifade edilebilir (açık) hafıza ve ifade edilemeyen (örtük) hafıza olarak ikiye ayrılır;

2.4.2.3.1. İfade edilebilir (açık) hafıza: Sözle ifade edilebilen, gerçeklerden ve kesin olaylardan oluşan bilginin bilinçli olarak hatırlanmasıdır. Özelliklerine göre iki gruba ayrılmaktadır. Bireyin başından geçen yaşadığı olayların nerede, ne zaman ve hangi koşullarda olduğu ile ilgili bilgileri depoladığı açık bellek türü epizodik (anısal) bellektir. Geçmişte yer alan olayların anımsanmasından sorumlu olan bu bellek türü, bireyin kendine has yaşantısını ve bu yaşayıştaki tecrübelerini içerir. Örneğin, annemizin doğum gününü, çiftlerin birbiri ile tanıştıkları yer, gün hatta saati hatırlamaları vb. bu bellek türüne girmektedir. Değişim ve unutmaya karşı daha duyarlıdır. Bu sebeple buradaki bilgilerin tamamı bir anda öğrenilmektedir. Kadınlarda daha çok bu hafıza türünün olduğu bilinmektedir (Atkinson and Shiffrin 1968, Binder and Desai 2011). Bir diğer açık bellek türü ise çevremizde bulunan her şeyle ilgili edinilen her türlü bilginin, anlam, kavram, kural ve gerçeklerin yapısal olarak kayıt altına alındığı semantik (anlamsal) bellektir. Genel bilgiler burada depolanır. Burada yer alan bilgilerin nerede ve ne zaman öğrenildiğine dair farkındalık yoktur. Unutmaya karşı göreceli olarak dirençlidir. Bu özelliği dolayısı ile semantik bellekteki bilgiler ‘bilme’ kelimesi ile nitelendirilir (Terry 2013, Solso et al 2013). Ansiklopedi, sözlük vb. benzetilebilir. Anlamsal bellekteki bilgiler kademeli olarak zamanla öğrenilmekte ve daha çok erkek bireylerde rastlanmaktadır (Yılmaz 2022).

2.4.2.3.2.İfade edilemeyen (örtük) hafıza: Hatırlamak için düşünmek zorunda olunmayan, çaba harcanmayan, tecrübelerin kullanılarak bilgilerin hatırlandığı hafıza türüdür. Bilinçsiz hafıza, prosedürel hafıza isimleri ile de kullanılabilir. Bilgiler bilinçaltına kazınmış, istem dışı yapılan motor becerileri kapsar (Binder and Desai 2011). Örtük hafızanın üç alt bileşeni bulunur. Birincisi; bir uyarının sunulmasının

kişinin, benzer veya aynı türdeki başka bir uyarana gösterdiği yanıtı etkilemesiyle gerçekleşen ‘hazırlama’ bileşenidir. İkincisi; herhangi bir olayın ya da davranışın gerçekleşmesinde kullanılan işlem ve yöntemlerin depolandığı ‘işlemsel (prosedürel) hafıza’ alt bileşenidir. Durum-etkinlik bilgileri burada yer alır. Örneğin kaza yapıldığında polisi, ambulansı aramak gibi. Bu hafıza uzun süren zamanda oluşur. Kalıcılık için tekrar gerekmektedir. Üçüncüsü; etkisi olmayan bir uyarının standart koşullarda ve farklı uyarın aracılığı ile yanıt oluşturma yeteneği kazanması ‘koşullanma’ alt bileşenidir. Örneğin, görünce korkulacak bir şeyden korkmak klasik koşullanma ile öğrenilerek uzun süreli hafızanın örtük bölümünde saklanır ve o nesne her görüldüğünde korkulur (Topkara 2019, Feyzioğlu ve Tankut 2022).

2.4.3.Doğum Hafızası

Birçok toplumda yaşamın bir parçası olarak görülen doğum, kadın ve ailesi için önemli ve duygusal bir deneyimdir (Hacıvelioğlu ve Bolsoy 2020). Bireysel farklılıklar, doğum algısı, doğum hakkındaki görüş, doğum öncesi, sırası ve sonrasındaki ruh hali ve psikolojik değişiklikler doğum anılarında farklılık yaratmaktadır. Bunun yanı sıra kadının doğum anında aldığı destek ve bakım, ağrı, doğum sürecinden beklentisi bu deneyimi etkilemektedir (Ayers 2007, Foley, Crawley, Wilkie and Ayers 2014). Örneğin kadının daha önce doğum yapmış kişilerden duyduğu hikâyeler onun doğum hakkında oluşan fikir, beklenti ve korkularının temelini oluşturur. Anlatılan deneyimler ne kadar olumluysa kişi doğum hakkında o kadar pozitif beklenti içerisine girer. Unutulmamalıdır ki her doğum kendine özel olduğu gibi kadının her bir doğumu da kendine özeldir. Tüm bu bilgiler doğrultusunda doğum hafızasını, kadının belleğinde saklanan ve gerektiğinde ortaya çıkan doğumla ilgili tüm bilgiler olarak adlandırmak mümkündür (Topkara 2019).

Doğum deneyimi kadınların yaşamı üzerinde uzun ya da kısa süreli, pozitif ya da negatif etkiler bırakabilir. Bu etkiler kadın yaşamında değişikliklere neden olabilecek potansiyeldedir (Foley et al 2014). Postpartum dönemde kadının, psikolojik sağlığının korunması doğumla ilgili anılarının olumlu olmasıyla ilişkili olup doğumu düşündüğünde olumlu şeyler düşünmesi ve pozitif duygular hissetmesi beklenmektedir (İsbir ve İnci 2014, Goikoetxea, Fernández, Egilegor and Puyadena 2023). Ancak her kadın doğumu olumlu, normal olarak karşılamamakta ve travmatik

bir olay olarak deneyimleyebilmektedir. Bunun sebebi olarak doğumun herhangi bir aşamasında hem anne hem de bebek açısından ciddi yaralanma hatta ölüm riskinin ortaya çıkması gösterilebilir. Bu sürece ait travma yaşayan kadınlar doğumu kötü, acı veren olumsuz bir olay olarak hatırlarken bu durumdan sadece kendisi değil bebeği ve ailesi de olumsuz etkilenebilir. Beklentileri dışında bir doğum deneyimi yaşayan kadınların, postpartum dönemde öfke ve sinir gibi yoğun olumsuz duygular hissettiği, kendisinde ve çevresinde kontrol kaybı yaşadığı, iletişim kurmada zorluk çektiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Fenech and 20homson 2014, Goikoetxea et al 2023). Ancak bazı kadınlarda travmatik doğum sonrası bebeğini sağlıklı olarak kucağına almak pozitif sonuç olarak görülerek doğum deneyimini hafızada olumlu olarak kayıt altına alabilmektedir (Ayers 2007). Bu durum kadınların doğum algısı ile bağdaşmaktadır.

Doğumla ilgili tüm bu deneyimler bellekte kayıt altına alınmaktadır. Bu anılar yıllar sonrada ayrıntılarda kopma ve gecikme olsa bile doğru olarak hatırlanmaktadır. Olumsuz bilgilere önem zamanla artmakta olup olumlu bilgiler sürekli olarak olumlu olarak kalmaktadır. Kadının yaşamında olumlu bir doğum hafızası oluşturmada ebelik bakımı büyük yer kaplamaktadır. Eylem öncesinde travma oluşturabilecek durumların belirlenmesi ve değerlendirilmesi, eylem süresince mahremiyete dikkat edilmesi, sosyal destek verilmesi, kadının ve ailesinin bakıma katılmasının desteklenmesi ve sürekliliğin sağlanması, postpartum dönemde ise kadının kendisi ve bebeği ile ilgili otonomi kazanmasını sağlayacak fırsatlar oluşturmak, çevresi ile iletişim halinde bulunması desteklemek süreci normalleştirmede yardımcı ebelik girişimleri arasında gösterilebilir (Yılmaz 2022).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, travaydaki gebelere uygulanan ılık duşun algılanan doğum ağrısı, ebeveynlik davranışı ve doğum hafızası üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapıldı.

3.2.ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

H1:Travay sürecinde duş uygulaması gebelerde algılanan ağrı düzeyi daha azaltır.

H2:Travay sürecinde duş uygulaması gebelerde ebeveynlik davranışını artırır.

H3: Travay sürecinde duş uygulaması kadınlarda doğum sonu dönemde doğum eylemini olumlu şekilde hatırlanmasını sağlar.

3.3.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır (Clinical Trials number: NCT05529823).

3.4.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kampüsünde bulunan Doğumhane Servisinde gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri 1 Ağustos 2022 – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında toplandı. Araştırmaya başlanmadan önce etik kuruldan yazılı izin alındı.

3.4.1.Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri ve İşleyişi

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sakarya Devlet Hastanesi ismiyle 1951 yılında 100 yataklı 2. Basamak olarak hizmet vermeye başladı. 05.08.2011 tarihinden itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

adıyla 3. Basamak hizmet vermeye başlamış 2014 yılında Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile birleşmiştir. Ağustos 2020'den itibaren yeni binasında hizmet vermektedir. Doğumhane servisinde 12 tane Travay-Doğum-Lohusa (TDL) odası, bir anamnez odası, bir muayene odası ve bir tane bebek odası bulunmaktadır. Gebenin doğumunun başlangıcından doğum sonrası dönemdeki iki saatlik lohusalık takibi doğumhanede yapılmaktadır. Sezaryenle sonuçlanan doğumların takibi kadın doğum servisinde yapılmaktadır. Doğumhanede toplam 30 ebe, 4 bebek hemşiresi görev yapmaktadır. Mesai saatlerinde 7 ebe ve 3 bebek hemşiresi, nöbetlerde 7 ebe ve 1 bebek hemşiresi çalışmaktadır. Mesai saatleri 08:00-16:00, 16:00-08:00 ve 08:00-08:00 olarak üç vardiya şeklindedir. 2022 yılındaki yıllık doğum sayısı ortalama 6000 civarındadır.

Doğumhaneye yatışı yapılan gebenin kabulü ebe tarafından yapıldıktan sonra anamnezi alınır ve servis tanıtılır. Hekim muayenesi yapıldıktan sonra gebe takibi yapılmak üzere TDL odasına alınır. Bu odalar tek kişiliktir ve içerisinde tuvalet/banyo, radyant ısıtıcı, doğum anında gereken malzemelerin bulunduğu dolaplar vb. bulunur. Gebelerin yanında isteğe bağlı olarak bir refakatçi alınmaktadır. Doğumhanede doğumlar ebeler ve asistan doktorlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Mesai ve nöbetlerde en az bir uzman ve iki asistan doğumhanede bulunur.

3.5.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kampüsü'nde bulunan Doğumhane Servisi'nde 1 Ağustos 2022 – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında yatmakta olan travaydaki primipar/nullipar gebeler oluşturdu.

3.6.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmada deney ve kontrol gruplarındaki örneklem büyüklüğünü hesaplamak için güç analizi kullanıldı. Analiz G-Power 3.1.9.7 programı ile yapıldı. Evreni temsil edecek örneklem hacmi; $p=0,05$, etki büyüklüğü (effect size)= 0,6 ve 0,80'lik güç oranı ile her grup için 36 kadın olarak hesaplandı. Veri kayıpları olabileceği dikkate alınarak her gruba 42 kadın alınması hedeflendi. Ancak, araştırmada kontrol grubunda yer alan 2 kadına ilerlemeyen eylem nedeni ile sezaryen kararı verildiği, deney grubunda yer alan 1 kadın ise kendi isteği ile taburcu olduğu için araştırma dışı

bırakıldı. Bu nedenle araştırma 40 kontrol, 41 deney olmak üzere 81 kadın ile tamamlandı.

3.6.1.Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Sözel iletişim kurabiliyor olmak,
- 18 yaş ve üstü olmak,
- Primipar/Nullipar olmak,
- Term gebelik (38-42 haftalık gebelik) olması,
- Doğumun latent veya aktif fazın başında olmak (Servikal dilatasyon 4-5 cm)
- Tek fetüsün olması,
- Fetüsün vertex prezentasyonunda olması dâhil edilme kriterleri arasında yer almaktadır.

3.6.2.Araştırmadan Dışlanma veya Çıkarılma Kriterleri

- Herhangi bir obstetrik riski bulunması (diyabet, pre-eklamsi, plasenta previa vs.)
- İletişim ve işbirliğine açık olmamak,
- Araştırmaya engel olacak işitme-görme ve zihinsel problemi bulunması,
- Herhangi bir nedenle doğum şeklinin sezaryen olarak karar verilmesi,
- Kadının çalışmadan ayrılmak istemesi veya taburculuk isteği dışlama/çıkarılma kriterleri arasında yer almaktadır.

3.7.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.7.1.Bağımlı Değişken: Gebelerin algıladıkları ağrı düzeyleri, ebeveynlik davranışı ve doğum hafızası bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7.2.Bağımsız Değişken: Travaydaki kadınların düş alması bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

3.8.ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.8.1.Gebe Tanıtıcı Anket Formu (Ek-1): Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. A bölümü gebenin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, gelir durumu)

sorgulayan 6 tane sorudan B bölümü ise gebeliğe ilişkin bilgilerin sorgulandığı 13 sorudan oluşmaktadır. B bölümündeki soruların 6 tanesi açık uçlu soru formatındadır.

3.8.2.Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu (Ek-2): Araştırmacılar tarafından hazırlanan izlem formunda toplamda 12 soru bulunmaktadır. Bunlardan 5 tanesi travaya ilişkin, 7 tanesi ise doğum ve doğum sonu döneme ilişkindir. Formda travaydaki takip bulgularının kaydedileceği bir tablo yer almaktadır. Bu tabloda; dilatasyon, efesman, baş seviyesi, membran durumu ve ağrı düzeyi gibi değerlendirme kriterleri ve bu kriterlerin değerlendirileceği zamanı gösteren (hastaneye başvuruda, aktif faz uygulama öncesi/sonrası, geçiş fazı uygulama öncesi/sonrası) belirteçler bulunmaktadır (Turan 2021, Taşkın 2019, Hamlacı 2013).

3.8.3.Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala-VAS) (Ek-3): Araştırmada gebelerin algıladıkları ağrı durumları Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)- Visual Analog Skala- VAS ile değerlendirildi. Bu ölçek ağrı düzeyinin belirlenmesinde sık kullanılan ölçeklerdendir. Bir ucunda ağrısızlık anlamına gelen ‘0 cm’, diğer ucunda ise çok şiddetli ağrı anlamına gelen ‘10 cm’ yer alan bir cetveldir. Hasta hissettiği ağrıyı bu cetvel üzerinde işaretleyerek/çizerek, nokta koyarak göstermektedir. Ağrının hiç olmadığı yer ile hastanın işaretlediği yer arası ölçülür ve bulunan sayısal değer ağrının şiddetini göstermektedir. Çabuk sonuç vermesi, kolay anlaşılır olması ve sayılarla kişinin yönlendirilmemesi sebebi ile ağrı şiddetini ölçmede tek boyutlu ölçekler arasında en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. Cetvel yatay veya dikey pozisyonda kullanılabilir. Birden fazla uygulanması gereken durumlarda her defasında yeni bir ölçek kullanılması önerilmektedir (Tulunay ve Tulunay 2000, Tuncay 2016). İlk kez 1976 yılında Scott ve Huskisson tarafından kullanılmıştır. (Scott ve Huskisson 1976). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eti Aslan tarafından 1998’de yapılmıştır (Cronbah alpha = 0,88) (Eti Aslan 1998, Aslan 2002, Kömürcü ve ark. 2014, Taşkın 2019). Araştırmamızda bu ölçek gebenin algıladığı ağrı, gebe hastaneye ilk geldiğinde, aktif fazın başında uygulama öncesi ve sonrasında, geçiş fazının başında uygulama öncesi ve sonrasında olmak üzere toplam beş kez değerlendirildi.

3.8.4.Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ) (Ek-4): Doğum sonrası erken dönemde ebeveynlik davranışının tespiti için Britton ve arkadaşları

tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Çalışır ve arkadaşları tarafından 2009’da yapılmıştır. Orijinal ölçek 7 maddeden oluşmaktadır (Çalışır, 2009). Ölçeğin uygulamasında doğum sonrası ebeveyn ve bebeğin karşılaştığı ilk 10 dakikalık süre içinde gözlemci, ebeveynin bebeğe gösterdiği davranışları gözlemleyerek var olanlara (+), olmayanlara (-) koyar ve kaydeder. Her bir madde davranış varsa (1) puan, yoksa (0) puan olarak değerlendirilir. Toplam ölçek puanı 0-6 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan ne kadar fazlaysa ebeveynlik davranışının o kadar fazla olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı orijinal çalışmada 0,91 olarak bulunmuştur (Britton et al. 2001). Tuncay’ın araştırmasında 0,78, Çalışır ve arkadaşlarının araştırmasında ise 0,85-0,93 arasında olduğu belirtilmektedir (Tuncay 2016, Çalışır ve ark. 2009).

Araştırmamızda ölçek doğum sonrası anne ile bebeğin ilk karşılaşmasında 10 dakika boyunca annenin bebeğine karşı olan davranışları izlenerek dolduruldu ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) 0,725 olarak bulundu.

3.8.5.Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (Ek-5): Foley ve arkadaşları tarafından 2014’te geliştirilmiştir. Toplam 21 maddeden oluşup ve 7’li likert tipi ölçüm yapmaktadır. Ölçeğin 2,3,5,6,7,8,9,10, 12,13,14,15,16,17,18,19,20,21. maddeleri 1,2,3,4,5,6,7 şeklinde; 1,3,11. maddeler ise 7,6,5,4,3,2,1 şeklinde puanlanmaktadır.

Ölçek 6 boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; duygusal hafıza, hafızanın merkezliliği, tutarlılık, tekrar yaşama, duygusal hafıza ve tekrar hatırlamadır. Her alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. 1 puan “kesinlikle katılmıyorum” , 7 puan ise “kesinlikle katılıyorum” anlamına gelmektedir. Ölçekten en az 1 puan en çok 147 puan alınabilmektedir (Foley et al. 2014, Topkara 2019, Topkara ve Çağan 2021).

Topkara ve Çağan’ın çalışmasında ölçeğin tamamının cronbach alfa katsayısı 0.794 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının ise cronbach alfa değeri sırasıyla; 0.797, 0.643, 0.760, 0.670, 0.785 ve 0.725 olarak saptanmıştır (Topkara ve Çağan 2021).

Araştırmamızda doğum hafızası ve hatırlama ölçeği doğum sonrası birinci haftada, yüz yüze veya telefon aracılığı ile katılımcılara ulaşılarak dolduruldu. Araştırmamızda bu ölçeğin cronbach alfa değeri ise 0,696’ dır.

3.9.VERİLERİN TOPLANMASI

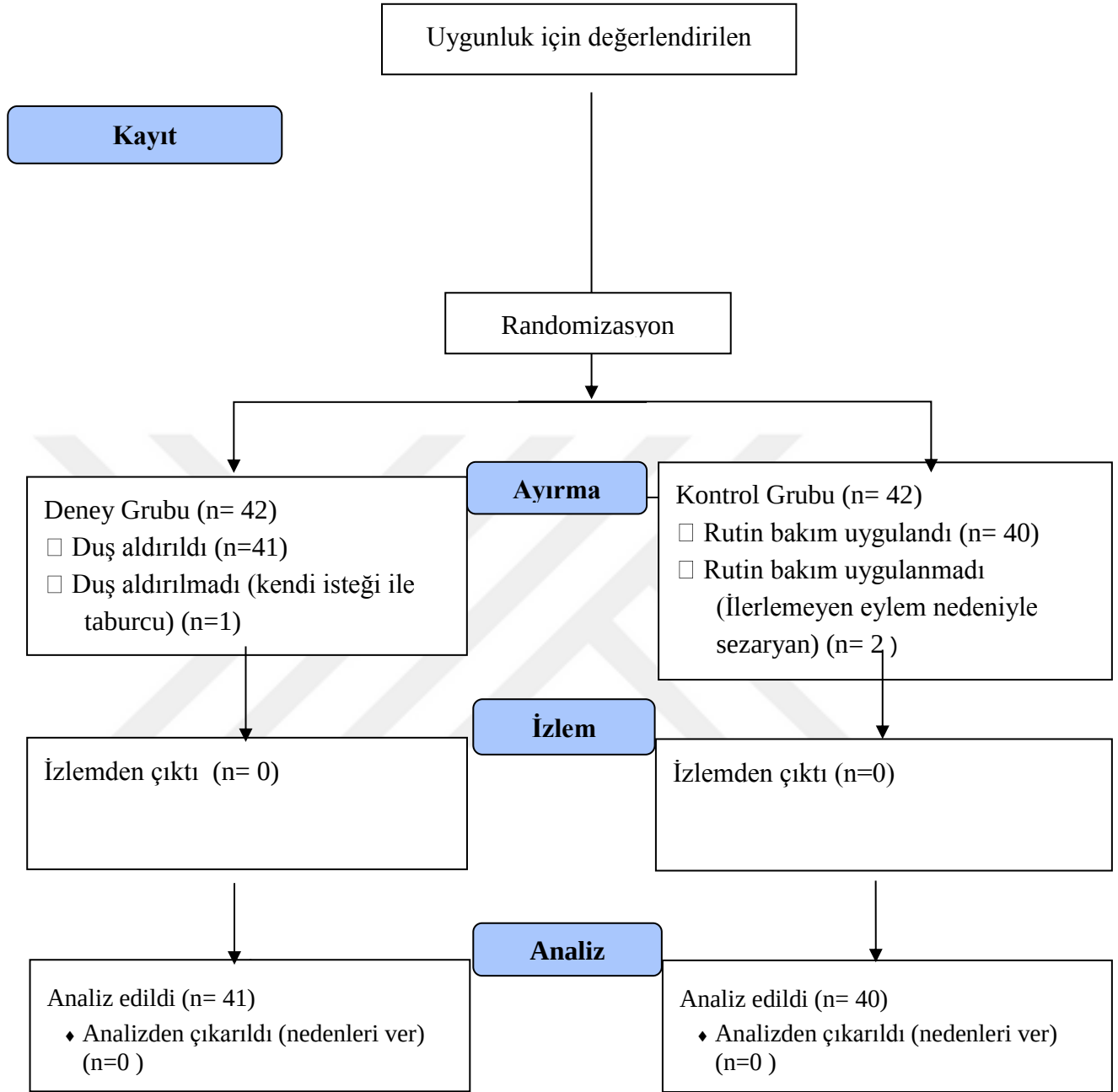
Araştırmanın verileri, etik kurul izninin alınması sonrasında SEAH-Kadın Hastalıkları ve Doğum Kampüsü'nün doğumhanesinde yatmakta olan, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlardan toplandı. Veri toplama formu uygulanmadan önce gebeler çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildikten sonra, sözlü ve yazılı onamları alındı. Ayrıca doğumhanede görevli olan hekimler, doğumhane sorumlu ebesi ve diğer ebeler ile görüşülerek, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verildi.

3.10.UYGULAMA AŞAMASI

3.10.1.Randomizasyon: Randomizasyon için çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden travayda olan gebelere blok randomizasyon uygulandı. Blok randomizasyon kullanılmasının nedeni her iki gruptaki gebe sayısının aynı olmasını sağlamaktı. Yanlılığın önlenmesini sağlamak amacıyla randomizasyon araştırmadan bağımsız bir kişi tarafından yapıldı. Böylece randomize atama ve randomizasyonun gizlenmesi yapılarak seçim yanlılığı kontrol altına alındı. Gebelerin gruplara eşit olarak dağıtılmasını sağlamak için altılı gruplar halinde bloklama yapıldı. On iki adet zarfın altı tanesine deney, diğer altı tanesine de kontrol yazısını yazarak birinci blok sistemi oluşturuldu. Zarflar bir sepete konuldu. Gebe çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra sepete konulan zarflardan birini seçti ve zarfı randomizasyonu yapan bağımsız kişiye verdi. Birinci blok sisteminde yer alan zarflar bittiğinde yine aynı yöntemle ikinci blok sistemi oluşturuldu ve randomizasyona yedi blok sistemi tamamlanana kadar devam edildi. Bu şekilde her gruba 42 gebe dâhil edildi.

Bu çalışmada gebelerin ve araştırmacının yapılan müdahalenin farkında olmasından dolayı körleme yapılması mümkün olamadı. Bunun yanı sıra verilerin değerlendirilmesinde yanlılığı önlemek amacıyla kodlanmış verilerin analizi ve raporlaması bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yapıldı.

Çalışmanın tüm aşamaları Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) kılavuzuna göre yürütüldü. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı Şekil 1.'de gösterildi.

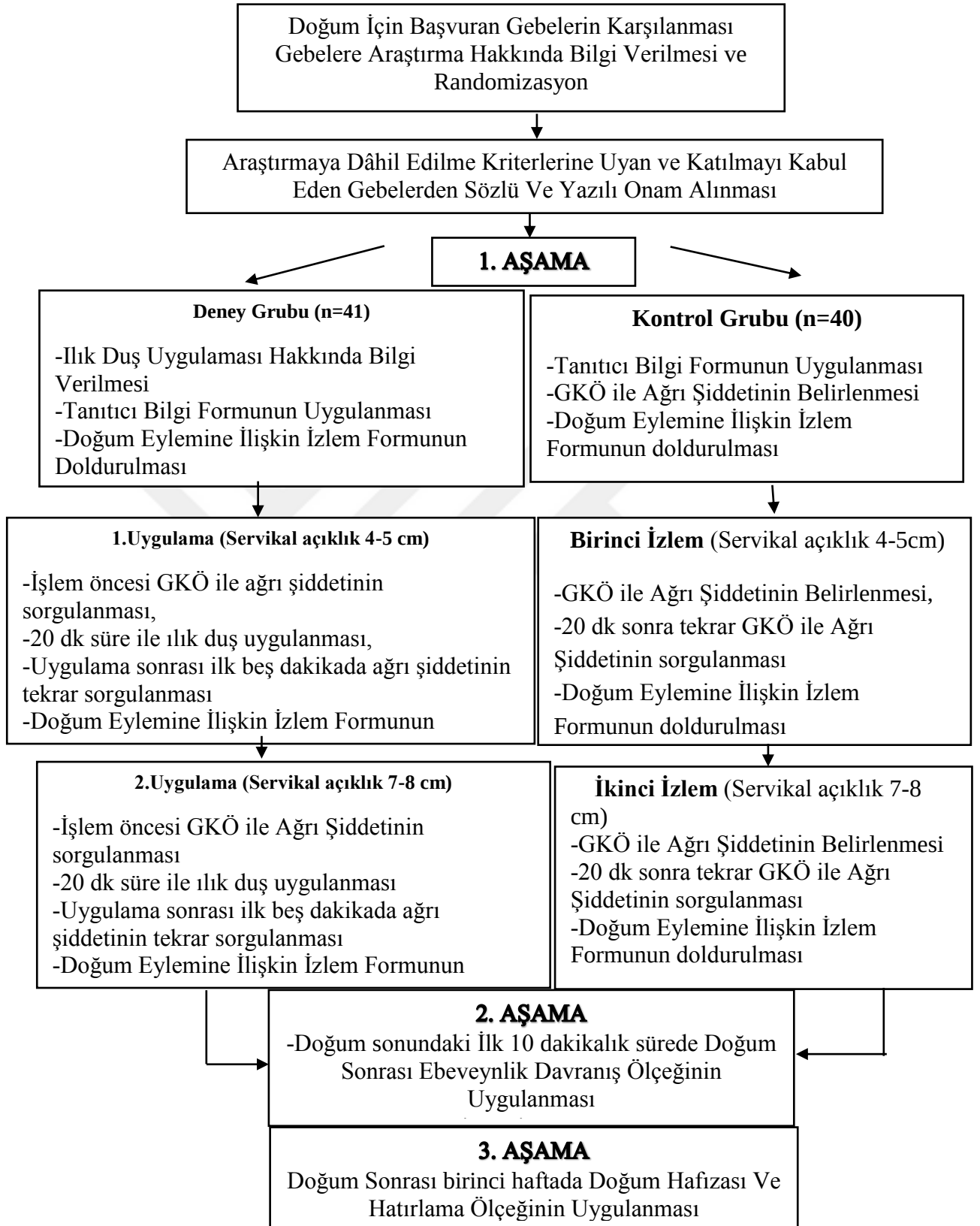


ŞEKİL 1. ARAŞTIRMA CONSORT AKIŞ DİYAGRAMI

3.10.2.Deney Grubu: Araştırmaya katılmayı kabul eden ve randomizasyonla deney grubuna alınan gebelere araştırmanın birinci aşamasında ilk olarak tanıtıcı anket formu dolduruldu ve hastaneye başvuruındaki ağrı düzeyi sorgulandı. Daha sonra araştırmacı tarafından bu grupta yer alan kadınların doğum eylemine ilişkin takipleri yapıldı. Servikal dilatasyon 4-5 cm ulaşan gebeye 20 dakika süre ile ilk ılık duş uygulaması yaptırıldı. Duş sırasında hastanın yanında araştırmacı ya da ebe bulundu. Duş uygulaması öncesinde ve duş uygulaması sonrasındaki 5 dakikalık sürede görsel kıyaslama ölçeği ile ağrı düzeyi sorgulandı ve kaydedildi. Aynı işlem ikinci uygulama olarak gebe 7-8 cm servikal dilatasyona ulaştığında tekrarlandı. Uygulama sırasında yine hastanın yanında araştırmacı ya da ebe bulundu. Araştırmanın ikinci aşaması olarak, doğum sonundaki ilk 10 dakikalık dönemde anne ve bebek etkileşim ve ten tene temasın başlatılması sağlandı ve bu süre içinde doğum sonu ebeveynlik davranışı ölçeği araştırmacı tarafından dolduruldu. Aynı zamanda doğum ve doğum sonrasına ilişkin takip bilgileri kaydedildi. Araştırmanın son aşamasında ise katılımcılara, doğum sonrası birinci haftada, yüz yüze veya telefon aracılığı ile anket ulaştırılarak doğum hafızası ve hatırlama ölçeği doldurulması sağlandı.

3.10.3.Kontrol Grubu: Araştırmaya katılmayı kabul eden ve randomizasyonla kontrol grubuna alınan gebelere araştırmanın birinci aşamasında ilk olarak tanıtıcı anket formunu doldurması sağlandı. Daha sonra araştırmacı tarafından kontrol grubundaki gebelerin doğumhanede rutin takipleri yapıldı. Kontrol grubunda yer alan kadınlara herhangi bir müdahalede bulunulmadı ve kliniğin rutin takip protokolü (indüksiyon uygulaması dâhil) doğrultusunda izlendi. Kontrol grubunda yer alan kadınların servikal dilatasyonu 4-5 cm ve 7-8 cm olduğunda ağrı düzeyleri görsel kıyaslama ölçeği ile 20 dakikalık aralıklarla aktif faz ve geçiş fazında olacak şekilde değerlendirildi ve doğum eylemine ilişkin izlem formundaki kısımlar doldurulmaya devam edildi. Araştırmanın ikinci aşamasında doğum sonundaki ilk 10 dakikalık dönemde anne ve bebek etkileşim ve ten tene temasın başlatılması sağlanarak bu süre içinde doğum sonu ebeveynlik davranışı ölçeği araştırmacı tarafından dolduruldu. Aynı zamanda doğum ve doğum sonrasına ilişkin takip bilgileri kaydedildi. Araştırmanın son aşamasında ise katılımcılara, doğum sonrası birinci haftada, yüz yüze veya telefon aracılığı ile anket ulaştırılarak doğum hafızası ve hatırlama ölçeğini doldurması sağlandı. Araştırmanın uygulama ve akış şeması Şekil 2.'de verildi.

AKIŞ ŞEMASI



ŞEKİL 2. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA VE AKIŞ ŞEMASI

3.11.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS 20.0) programı ile bir uzman tarafından yapıldı. Veri analizinde verilerin normal dağılımlarına göre istatistiksel analiz yöntemleri kullanıldı. Deney ve kontrol gruplarında demografik bilgiler, gebelik bilgileri ve diğer kategorik bilgiler arasındaki ilişki ki kare analizi ile incelenmiştir. Verilerde beşten küçük değeri olan gruplar için p değeri hesaplaması yapılırken beşten küçük hücre sayısı toplam hücre sayısının %20'sinden büyükse düzeltme yapıldı. Nicel ölçümlerin gruplara göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. DHVHÖ ölçeği geneli ve alt boyutları ile DSEDO ölçeğinin gruplara göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlılığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Aktif ve geçiş fazında uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farklarının gruplara göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Gruplarda uygulama öncesi ve sonrası baş seviyeleri ile membran karşılaştırması ki kare analizi ile incelenmiştir. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.12. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

Araştırmanın yapılabilmesi için Sakarya Eğitim Araştırma Hastane'sinden izin alındı. (EK-6). Araştırma ile ilgili etik kurul izni Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik kurulundan alındı (E-16214662-050.01.04-161831-99) (EK-7). Ayrıca bu araştırma randomize kontrollü deneysel bir araştırma olduğu için clinicaltrials.gov adresine kayıt edildi (Clinical Trials number: NCT05529823). Araştırma süresince Helsinki Deklarasyonunda belirtilen etik gereklilikler yerine getirildi. Araştırmaya katılan katılımcılardan, çalışmanın amacı ve hedefleri açıklandıktan sonra katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve herhangi bir açıklama yapmadan istedikleri zaman geri çekilebilecekleri konusunda bilgilendirildi. Sonrasında yazılı bilgilendirilmiş onam alındı (EK-8). Ayrıca onamların bir nüshası katılımcılara teslim edildi.

3.13.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın sonuçları, araştırma kapsamındaki kurum ve örnekleme sınırlıdır. Tüm değişkenler için eşit grup oluşturmak blok randomizasyonda imkânsız olduğundan dolayı bu durum çalışmanın sınırlılıklarından biri görülebilir. Ayrıca çalışmanın doğası gereği gebelerin ve araştırmacının yapılan müdahalenin farkında olmasından dolayı körleme yapılamaması diğer sınırlılığıdır. Bunun yanı sıra verilerin değerlendirilmesinde yanlılığı önlemek amacıyla kodlanmış verilerin analizi ve raporlaması bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yapıldı.



4.BULGULAR

Travay sürecinde gebelere uygulanan ılık duş uygulamasının, algılanan doğum ağrısı, ebeveynlik davranışı ve doğum hafızasına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde tablolar halinde yer almaktadır. Elde edilen bulgular 4 bölümde incelendi.

4.1. GEBELERİN GRUPLARA GÖRE TANIMLAYICI BULGULARI

Elde edilen bilgilerin gruplara göre dağılımı ki kare analizi ile incelendi.

TABLO 1. DENEY VE KONTROL GRUBUNUN SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

		Deney		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	Ort±SS	25,37±4,5		25,35±4,2		25,36±4,4		0,987
Medeni Durum	Evli	41	100,0	38	95,0	79	97,5	0,241
	Bekâr	0	0,0	2	5,0	2	2,5	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0	0,0	1	2,5	1	1,2	0,679
	Okuryazar	0	0,0	1	2,5	1	1,2	
	İlköğretim mezunu	9	22,0	10	25,0	19	23,5	
	Lise mezunu	17	41,5	15	37,5	32	39,5	
	Üniversite ve üzeri	15	36,6	13	32,5	28	34,6	
Yaşanılan Yer	İl	18	43,9	18	45,0	36	44,4	0,314
	İlçe	21	51,2	18	45,0	39	48,1	
	Mahalle	2	4,9	1	2,5	3	3,7	
	Köy	0	0,0	3	7,5	3	3,7	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	31,7	8	20,0	21	25,9	0,172
	Çalışmıyor	28	68,3	32	80,0	60	74,1	
Gelir Durumu	Gelir giderimden az	1	2,4	3	7,5	4	4,9	0,502
	Gelirim giderime denk	27	65,9	27	67,5	54	66,7	
	Gelirim giderimden fazla	13	31,7	10	25,0	23	28,4	

*bağımsız t test

Deney grubunda olan gebelerin yaş ortalamasının 25,37±4,5, kontrol grubunda olan gebelerin yaş ortalamasının 25,35±4,2, çalışmaya katılan tüm gebelerin (deney+kontrol) yaş ortalamasının ise 25,36±4,4 olduğu saptandı. Ayrıca her iki grupta da gebelerin çoğunluğunun 18-25 yaş aralığında olduğu görülmekte olup, deney ve kontrol grubunun yaş dağılımı açısından benzer oldukları bulundu (p>0,05). Gruplarda medeni duruma göre dağılım incelendiğinde deney grubunun tamamı, kontrol grubunun %95'i evlidir. Medeni durum ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). Eğitim durumuna göre dağılım incelendiğinde deney grubunda ilköğretim mezunları oranı %22, lise mezunu olanların oranı %41,5, üniversite ve üzeri düzeyde eğitim düzeyine sahip olanların oranı %36,6'dır. Kontrol grubunda okuryazar olan ve olmayanların oranı %2,5 oranındadır.

İlköğretim mezunları oranı %25, lise mezunları oranı %37,5, üniversite mezunu olanların oranı %32,5'tir. Eğitim durumu ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yaşanılan yer dağılımı incelendiğinde deney grubunda ilde yaşayanların oranı %43,9, ilçede yaşayanların oranı %51,2, mahallede yaşayanların oranı %4,9'dır. Kontrol grubunda ilde yaşayanların oranı %45, ilçede yaşayanların oranı %45, mahallede yaşayanların oranı %2,5, köyde yaşayanların oranı %7,5'tir. Yaşanılan yer dağılımı ile çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalışma durumu incelendiğinde; deney grubunda çalışanların oranı %31,7, çalışmayanların oranı %68,3, kontrol grubunda çalışanların oranı %20, çalışmayanların oranı %80'dir. Çalışma durumu ile çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p>0,05$). Gelir durumu dağılımı incelendiğinde; deney grubunda geliri giderinden az olanların oranı %2,4, geliri giderine denk olanların oranı %65,9, geliri giderinden fazla olanların oranı %31,7'dir. Kontrol grubunda geliri giderinden az olanların oranı %7,5, geliri giderine denk olanların oranı %67,5, geliri giderinden fazla olanların oranı %25'dir. Deney ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu saptandı (Tablo 1).

4.2.GRUPLARIN GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM AĞRISINA İLİŞKİN BİLGİLERİNE AİT BULGULAR

TABLO 2. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ GEBELİĞE İLİŞKİN BİLGİLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

		Deney		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Düşük sayısı	0	36	87,8	33	82,5	69	85,2	0,358
	1	4	9,8	5	12,5	9	11,1	
	2	0	0,0	2	5,0	2	2,5	
	3	1	2,4	0	0,0	1	1,2	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	41	100,0	39	97,5	80	98,8	0,494
	Hayır	0	0,0	1	2,5	1	1,2	
Gebelik sürecin de sağlık sorunu olma durumu	Evet	12	29,3	7	17,5	19	23,5	0,162
	Hayır	29	70,7	33	82,5	62	76,5	
Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu	Evet	11	26,8	6	15,0	17	21,0	0,151
	Hayır	30	73,2	34	85,0	64	79,0	
Eğitim Alınan Kişi	Doktor	0	0,0	2	33,3	2	11,8	0,095
	Ebe	10	90,9	3	50,0	13	76,5	
	Serbest ebe	1	9,1	1	16,7	2	11,7	
Doğuma Hazır Hissetme Durumu	Evet	16	39,0	13	32,5	29	35,8%	0,645
	Hayır	25	61,0	27	67,5	22	64,2%	

Tablo 2’de gebelerin gruplara göre gebeliğe ilişkin özelliklerinin karşılaştırması yer almaktadır. Düşük sayısı incelendiğinde; deney grubunda düşük yapmayanların oranı %87,8, bir düşüğü olanların oranı %9,8, iki kez düşük yapanların oranı %0, üç kez düşük yapanların oranı %2,4’tür. Kontrol grubunda düşük yapmamış olanların oranı %82,5, bir düşük yapanların oranı %12,5, iki düşük yapanların oranı %5’tir. Düşük sayısı ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Gebeliğin planlı olma durumu incelendiğinde deney grubunun tamamı, kontrol grubunun ise %97,5’inin gebeliği planlıdır. Gebeliğin planlı olma durumu ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Gebelik süresince sağlık sorunu olma durumu dağılımı incelendiğinde deney grubunun %29,3’ü, kontrol grubunun %17,5’inin gebelik süresince sağlık sorunu olduğunu belirtti. Gebelik süresince sağlık problemi olma durumu ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu dağılımı

incelendiğinde deney grubunun %26,8'i, kontrol grubunun ise %15'i doğuma hazırlık eğitimi aldığını belirtti. Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu bakımından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Eğitim alınan kişi ile gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde; deney grubunda doktordan eğitim alanların oranı %0, ebeden eğitim alanların oranı %90,9, serbest ebeden alanların oranı %9,1'dir. Kontrol grubunda doktordan eğitim alanların oranı %33,3, ebeden eğitim alanların oranı %50, serbest ebeden eğitim alanların oranı %16,7'dir. Eğitim alınan kişi bakımından kontrol grubu ve deney grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Doğuma hazır hissetme durumu dağılımı incelendiğinde; deney grubunda hazır hissedenlerin oranı %39, hissetmeyenlerin oranı %61'dir. Kontrol grubunda hazır hissedenlerin oranı %32,5, hissetmeyenlerin oranı %67,5'dir. Doğuma hazır hissetme bakımından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

TABLO 3. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ DOĞUM AĞRISINA İLİŞKİN BULGULARININ KARŞILAŞTIRMASI

		Deney		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Tanımlanan Ağrı	Sırttan başlayıp karnıma yayılan bir ağrı	9	22,0	7	17,5	16	19,8	0,845
	Belime vuran bir ağrı	13	31,7	12	30,0	25	30,9	
	Bütün vücudumda hissettiğim bir ağrı	11	26,8	15	37,5	26	32,1	
	Dayanılabılır bir ağrı	5	12,2	3	7,5	8	9,9	
	Adet ağrısı gibi	3	7,3	3	7,5	6	7,4	
Normalde Ağrıyla Gidermede Yapılan Eylemler	Hiçbir şey yapmam	11	26,8	13	32,5	24	29,6	0,241
	Masaj yaparım	1	2,4	2	5,0	3	3,7	
	Sıcak uygulama yaparım	11	26,8	3	7,5	14	17,3	
	Ağrı kesici alırım	17	41,5	21	52,5	38	46,9	
	Farklı şeylerle uğraşarak dikkatimi dağıtırım	1	2,4	1	2,5	2	2,5	
Doğum Ağrısını Azaltabilecek Yöntemler	Duş almak	8	19,5	3	7,5	11	13,6	0,604
	Hareket etme	3	7,3	3	7,5	6	7,4	
	Pilates Egzersizi	4	9,8	3	7,5	7	8,6	
	İlaç kullanmak	3	7,3	1	2,5	4	4,9	
	Bilmiyorum	18	43,9	25	62,5	43	53,1	
	Meryem Ana Otu	3	7,3	3	7,5	6	7,4	
	Nefes Egzersizi	2	4,9	2	5,0	4	4,9	
Doğumu Hızlandıran Uygulamalar	Duş almak	2	4,9	3	7,5	5	6,2	0,273
	Hareket etmek	7	17,1	2	5,0	9	11,1	
	Bilmiyorum	18	43,9	21	52,5	39	48,1	
	Pilates Egzersizleri	5	12,2	2	5,0	7	8,6	
	Meryem Ana Otu	4	9,8	9	22,5	13	16,0	
	Hurma Yemek	4	9,8	3	7,5	7	8,6	
	İlişkiye girme	1	2,4	0	0,0	1	1,2	

Tablo 3'te tanımlanan ağrı ile çalışma grubu arasındaki ilişki yer almaktadır. Tabloya göre deney grubunda sırttan başlayıp karna yayılan ağrı olarak belirtenlerin oranı %22, bele vuran ağrı olarak tanımlayanların oranı %31,7, bütün vücutta hissedilen ağrı olarak belirtenlerin oranı %26,8, dayanılabilir ağrı olarak belirtenlerin oranı %12,2, adet ağrısı gibi olduğunu belirtenlerin oranı %7,3'tür. Kontrol grubunda sırttan

başlayıp karna yayılan ağrı olarak belirtenlerin oranı %17,5, bele vuran ağrı olarak tanımlayanların oranı %30, bütün vücutta hissedilen ağrı olarak belirtenlerin oranı %37,5, dayanılabilir ağrı olarak belirtenlerin oranı %7,5, adet ağrısı gibi olduğunu belirtenlerin oranı %7,5'tir. Tanımlanan ağrı ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Normalde ağrıyı gidermede yapılan eylemler ile gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde; deney grubunda hiçbir şey yapmadığını belirtenlerin oranı %26,8, masaj yaptığını belirtenlerin oranı %2,4, sıcak uygulama yapanların oranı %26,8, ağrı kesici alanların oranı %41,5, farklı şeylerle uğraşarak dikkatini dağıtanların oranı %2,4'tür. Kontrol grubunda hiçbir şey yapmadığını belirtenlerin oranı %32,5, masaj yaptığını belirtenlerin oranı %5, sıcak uygulama yapanların oranı %7,5, ağrı kesici alanların oranı %52,5, farklı şeylerle uğraşarak dikkatini dağıtanların oranı %2,5'tir. Normalde ağrıyı gidermede yapılan eylemler ile çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum ağrısını azaltabilecek yöntemlerin çalışma gruplarına göre dağılımı incelendiğinde deney grubunda duş almak %19,5, hareket etme %7,3, pilates egzersizi %9,8, ilaç kullanma %7,3, Meryem ana otu %7,3, nefes egzersizi %4,9, bilmeyenlerin oranı %43,6'dır. Kontrol grubunda duş almak %7,5, hareket etme %7,5, pilates egzersizi %7,5, ilaç kullanma %2,5, Meryem ana otu %7,5, nefes egzersizi %5, bilmeyenlerin oranı %62,5'tir. Doğum ağrısını azaltabilecek yöntemler ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğumu hızlandıran uygulamaların gruplara göre dağılımı incelendiğinde; Deney grubunda duş alma %4,9, hareket etme %17,1, pilates egzersizleri %12,2, Meryem ana otu %9,8, hurma yemek %9,8, ilişkiye girme %2,4 oranında belirtilmiş olup bilmeyenlerin oranı %43,9'dur. Kontrol grubunda duş alma %7,5, hareket etme %5, pilates egzersizleri %5, Meryem ana otu %22,5, hurma yemek %7,5 oranında belirtilmiş olup bilmeyenlerin oranı %52,5'tir. Doğumu hızlandıran uygulamaların gruplara göre dağılımı ile çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.3.GEBELERİN TRAVAY SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARI

TABLO 4. DOĞUMUN 1. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALARIN KARŞILAŞTIRMASI

		Deney		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Amniyotomi	Evet	9	22,0	14	35,0	23	28,4	0,146
	Hayır	32	78,0	26	65,0	58	71,6	
İndüksiyon	Evet	27	65,9	27	67,5	54	66,7	0,531
	Hayır	14	34,1	13	32,5	27	33,3	
Mobilizasyon	Evet	26	63,4	31	77,5	57	70,4	0,126
	Hayır	15	36,6	9	22,5	24	29,6	
Oksijen	Evet	0	0,0	1	2,5	1	1,2	0,494
	Hayır	41	100,0	39	97,5	80	98,8	
Lavman	Evet	13	31,7	12	30,0	25	30,9	0,53
	Hayır	28	68,3	28	70,0	56	69,1	
Oral Alım Kısıtlaması	Evet	1	2,4	2	5,0	3	3,7	0,491
	Hayır	40	97,6	38	95,0	78	96,3	

Deney grubunda amniyotomi %22, indüksiyon %65,9, mobilizasyon %63,4, lavman %31,7 oral alım kısıtlaması %2,4 oranındadır. Oksijene ait uygulama oranı ise bulunmamaktadır. Kontrol grubunda amniyotomi %35, indüksiyon %67,5, mobilizasyon %77,5, oksijen %2,5, lavman %30, oral alım kısıtlaması %5 oranındadır (Tablo 4).

TABLO 5. DOĞUMUN 1. EVRESİNDE UYGULANAN İLAÇLARIN KARŞILAŞTIRMASI

		Deney		Kontrol		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	
Oksitosin	Evet	23	56,1	27	67,5	50	61,7	0,204
	Hayır	18	43,9	13	32,5	31	38,3	
Prostoglandin	Evet	3	7,3	3	7,5	6	7,4	0,65
	Hayır	38	92,7	37	92,5	75	92,6	
Episodin	Evet	2	4,9	3	7,5	5	6,2	0,488
	Hayır	39	95,1	37	92,5	76	93,8	
Antibiyotik	Evet	3	7,3	5	12,5	8	9,9	0,342
	Hayır	38	92,7	35	87,5	73	90,1	
Cytotec	Evet	4	9,8	0	0,0	4	4,9	0,061
	Hayır	37	90,2	40	100,0	77	95,1	
Hidrasyon	Evet	3	7,3	6	15,0	9	11,1	0,229
	Hayır	38	92,7	34	85,0	72	88,9	

Tablo 5’te deney ve kontrol grubuna uygulanan ilaçlara ait bulgulara yer verildi. Buna göre deney grubunda oksitosin %56,1, prostoglandin %7,3, episodin %4,9, antibiyotik %7,3, cytotec %9,8, hidrasyon %7,3 oranındadır. Kontrol grubunda ise oksitosin %67,5, prostoglandin %7,5, episodin %7,5, antibiyotik %12,5, cytotec %0, hidrasyon %15 oranındadır.

TABLO 6. GEBELERİN HASTANEYE BAŞVURUDAKİ BAŞ SEVİYESİ VE MEMBRAN DURUMUNA AİT BULGULARININ DAĞILIMI

		Deney		Kontrol		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	
Baş Seviyesi	-3	31	75,6	35	87,5	66	81,5	0,168
	-2	9	22,0	3	7,5	12	14,8	
	-1	1	2,4	2	5,0	3	3,7	
Membranlar	Açık	8	19,5	16	40,0	24	29,6	0,037
	Kapalı	33	80,5	24	60,0	57	70,4	

Tablo 6’da gebelerin hastaneye geldiğindeki fetal baş seviyesi ve membranların durumuna ait bulgular verildi. Hastaneye başvurdaki baş seviyesinin gruplara göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda -3 oranı %75,6, -2 oranı %22, -1 oranı %2,4’tür. Kontrol grubunda -3 oranı %87,5, -2 oranı %7,5, -1 oranı %5’tir. Baş

seviyesi ile gruplar arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Membran ile grup arasındaki ilişki incelendiğinde deney grubunun %19,5'i açık, %80,5'i kapalı, kontrol grubunun %40'ı açık, %60'ı ise kapalıdır. Membran ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).



TABLO 7. GEBENİN SERVİKAL DİLATASYON, EFASMAN VE FKA SAYILARININ ORTALAMALARININ TRAVAY SÜRECİNDEKİ DAĞILIMI

	Deney		Kontrol		t; p
	Ort	ss	Ort	ss	
Dilatasyon (cm)					
Hastaneye Geldiğinde	2,56	1,12	2,60	1,28	-0,146; 0,884
Aktif Faz Uygulama Öncesi	4,54	0,50	4,73	0,51	-1,678; 0,097
Aktif Faz Uygulama Sonrası	5,00	0,63	4,93	0,69	0,509; 0,612
Geçiş Fazı Uygulama Öncesi	7,56	0,50	7,80	0,41	-2,354; 0,021*
Geçiş Fazı Uygulama Sonrası	8,27	0,59	7,98	0,53	2,345; 0,022*
Efasman (%)					
Hastaneye Geldiğinde	46,34	17,99	38,00	18,70	2,046; 0,044*
Aktif Faz Uygulama Öncesi	61,85	11,70	64,50	9,86	-1,100; 0,275
Aktif Faz Uygulama Sonrası	65,85	13,03	66,50	9,75	-0,252; 0,802
Geçiş Fazı Uygulama Öncesi	77,07	6,80	79,00	5,91	-1,360; 0,178
Geçiş Fazı Uygulama Sonrası	80,98	4,90	81,50	5,33	-0,461; 0,646
Fetal Kalp Atımı (dk)					
Hastaneye Geldiğinde	140,76	4,28	138,63	5,44	1,962; 0,053
Aktif Faz Uygulama Öncesi	137,61	6,12	137,70	5,68	-0,069; 0,945
Aktif Faz Uygulama Sonrası	138,00	7,85	134,05	8,32	2,199; 0,031
Geçiş Fazı Uygulama Öncesi	132,54	8,11	134,10	7,74	-0,887; 0,378
Geçiş Fazı Uygulama Sonrası	131,63	8,16	129,50	7,51	1,224; 0,225

Tablo 7’de gebelerin gruplara göre travay sürecindeki dilatasyon, efasman ve fetal kalp atım sayısı ortalamalarının dağılımı verildi. Hastaneye geldiğinde deney grubunda efasman değeri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunurken ($p<0,05$), diğer ölçümler anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Aktif faz uygulama sonrasında kontrol grubunun fetal kalp atım sayısı deney grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$). Geçiş fazı uygulama öncesinde kontrol grubunun dilatasyonu deney grubuna kıyasla daha yüksek bulunurken, uygulama sonrasında deney grubunun dilatasyon derecesi kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

TABLO 8. GEBELERİN TRAVAY SÜRECİNDEKİ AĞRI ALGILAMA PUAN ORTALAMALARI

	Deney		Kontrol		t; p
	Ort	ss	Ort	ss	
VAS					
Hastaneye Geldiğinde	2,24	1,37	2,05	1,48	0,610; 0,543
Aktif Faz Uygulama Öncesi	5,73	1,48	5,75	1,53	-0,055; 0,957
Aktif Faz Uygulama Sonrası	4,22	1,49	6,30	1,44	-6,392; 0,000*
Geçiş Fazı Uygulama Öncesi	9,29	0,90	9,50	1,11	-0,924; 0,358
Geçiş Fazı Uygulama Sonrası	7,93	1,13	9,65	0,83	-7,809; 0,000*

Tablo 8’de gebelerin gruplara göre VAS ölçüm değerleri yer almaktadır. Aktif faz uygulama sonrası ölçümlerinde VAS değeri gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kontrol grubunun VAS düzeyi deney grubundan anlamlı derecede daha yüksektir. Aynı şekilde geçiş fazı uygulama sonrası ölçümlerinde de VAS değeri gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Diğer ölçümler anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Kontrol grubunun VAS skoru deney grubundan anlamlı derecede daha yüksektir.

TABLO 9. AKTİF FAZ VE GEÇİŞ FAZINDA UYGULAMA ÖNCESİ-SONRASİ ÖLÇÜM FARKLARININ GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

		N	Ort	ss	t	p
Dilatasyon Fark (Aktif Faz)	Deney	41	0,463	0,505	2,443	0,017*
	Kontrol	40	0,200	0,464		
Efesman Fark (Aktif Faz)	Deney	41	4,000	13,638	0,879	0,382
	Kontrol	40	2,000	4,641		
VAS Fark (Aktif Faz)	Deney	41	-1,512	1,143	-9,578	0,000*
	Kontrol	40	0,550	0,749		
Fetal Kalp Atımı Fark (Aktif Faz)	Deney	41	0,390	7,402	2,023	0,046*
	Kontrol	40	-3,650	10,364		
Dilatasyon Fark (Geçiş Faz)	Deney	41	0,707	0,559	4,982	0,000*
	Kontrol	40	0,175	0,385		
Efesman Fark (Geçiş Faz)	Deney	41	3,902	7,028	1,037	0,303
	Kontrol	40	2,500	4,935		
VAS Fark (Geçiş Faz)	Deney	41	-1,366	1,135	-7,787	0,000*
	Kontrol	40	0,150	0,483		
Fetal Kalp Atımı Fark (Geçiş Faz)	Deney	41	9,463	8,112	0,887	0,378
	Kontrol	40	7,900	7,739		

*p<0,05

Tablo 9’da aktif faz ve geçiş fazında uygulama öncesi-sonrası ölçüm farklarının gruplara göre karşılaştırılması verildi. Aktif fazda dilatasyon, VAS ve fetal kalp atımı değerleri çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Dilatasyon değerinde deney grubundaki artış kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksektir. VAS ölçümü için deney grubunda düşüş, kontrol grubunda ise artış gözlemlendi. Fetal kalp atımında kontrol grubunda düşüş gözlenirken deney grubunda artış bulunmaktadır. Aradaki ölçüm farkları anlamlı bulundu. Geçiş fazında ise dilatasyon ve VAS ölçümleri gruplara göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geçiş fazında dilatasyon için deney grubundaki artış kontrol grubundaki artıştan anlamlı derecede daha yüksektir. VAS değeri için deney grubunda azalma görülürken kontrol grubunda artış gözlenmiş olup aradaki fark anlamlıdır.

4.4.GEBELERİN DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ BULGULARI

TABLO 10. DOĞUM SONU DÖNEMDE YENİDOĞANA AİT BULGULARIN DAĞILIMI

	Deney		Kontrol		p
	Ort	ss	Ort	ss	
Yenidoğan Apgar Puanı 1.dk	8,90	0,30	8,80	0,56	0,309
Yenidoğan Apgar Puanı 5.dk	9,90	0,30	9,80	0,56	0,309
Yenidoğan ağırlığı (gr)	3373,66	375,29	3252,25	353,56	0,138

Tablo 10’da Yenidoğanın 1. ve 5. dakika APGAR ile yenidoğan doğum ağırlığının gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Bulgulara göre, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

TABLO 11. DOĞUM SONU EBEVEYNLİK DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
DSEDO Toplam	Deney	41	5,39	1,28	0,768	0,445
	Kontrol	40	5,18	1,24		

Tablo 11’de doğum sonu ebeveynlik davranış ölçeği puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre doğum sonu ebeveynlik davranış ölçeği puan ortalamaları gruplara göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

TABLO 12. DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİNDEN ALINAN PUAN ORTALAMALARI

		N	Ortala ma	Std. Sapma	t	p
Duygusal Hafıza	Deney	41	2,26	1,03	-2,668	0,009*
	Kontrol	40	3,06	1,61		
Ambivalan Duygusal hafıza	Deney	41	5,20	1,43	-0,686	0,494
	Kontrol	40	5,41	1,42		
Hafızanın Merkezliliği	Deney	41	3,67	1,35	-0,054	0,957
	Kontrol	40	3,69	1,43		
Tutarlılık ve Tekrar yaşama	Deney	41	4,06	0,91	-1,921	0,058
	Kontrol	40	4,43	0,84		
Duyusal Hafıza	Deney	41	4,93	1,39	2,698	0,009*
	Kontrol	40	4,08	1,45		
İstemsiz Hatırlama	Deney	41	3,89	1,64	-2,018	0,047*
	Kontrol	40	4,64	1,69		

*p<0,05

Tablo 12’de gebelerin gruplara göre doğum hafızası ve hatırlama ölçeği alt boyutlarına yönelik bulguların dağılımı yer almaktadır. Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; duygusal hafıza, duyusal hafıza, istemsiz hatırlama alt boyutlarının gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülürken ($p<0,05$), diğer alt boyutlar anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Kontrol grubunun duygusal hafıza ve istemsiz hatırlama düzeyi deney grubundan anlamlı derecede daha yüksek iken, deney grubunun duygusal hafızası kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksektir.

5.TARTIŞMA

5.1.GEBELERİN TANIMLAYICI BULGULARININ TARTIŞILMASI

Araştırmamıza katılan gebelerin yaşlarına bakıldığında, her iki grubun da benzer olduğu görülmüştür. Yapılan benzer çalışmalarda araştırmaya alınan kadınların yaş ortalamalarının çalışmamızla benzerlik gösterdiği görüldü (Çelebi 2019, Taşkın 2019, Turan 2021).

Araştırmamızda yer alan gebelerin medeni durumları incelendiğinde %97,5'u evli bulunmuştur. Kobya Yılmaz'ın (2022) çalışmasında kadınların %97,7 si, Kılavuz'un (2017) 350 kadınla yaptığı çalışmada %98,6 sı (Kılavuz 2017), Topkara ve Çağan'ın (2021) çalışmasında ise 395 kadından %98,8'i evlidir (Topkara ve Çağan 2021). Çalışmamız medeni durum açısından literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermekte olup medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Gebelerin eğitim düzeylerine bakıldığında, deney ve kontrol grubunun benzer özellik gösterdiği ve gebelerin çoğunluğunun lise ve üzeri eğitimi olduğu saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanına (UEİVT) göre 25 yaş ve üzeri nüfusun bitirilen eğitim seviyesi oranları ilkokul ve üzerinde %92,5, ortaokul ve üzeri %69,8, lise ve üzeri %47,1, yükseköğrenim ise %23,9 olduğu belirtilmiştir (TÜİK 2022). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 2018 yılındaki raporunda ise hiç okula gitmemiş/ilkokulu tamamlamamış olan kadınların oranı %25, lise ve üzerinde eğitim almış kişilerin oranı ise %41 olduğu belirlenmiştir (TNSA 2018). TNSA ve TÜİK verilerine oranla araştırmamıza katılan gebelerin okuryazarlık oranı yüksektir. Bunun sebebinin araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların sosyoekonomik düzeyinin orta veya yüksek olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Gebelerin yaşadıkları yer incelendiğinde çoğunluğun il ve ilçe merkezinde yaşadığı görüldü. Günümüzde nüfusun çoğunluğu geniş imkânlar dolayısıyla köyden kente göç etmektedir. Kentte yaşamının sağladığı faydalardan en önemlisi de istenilen zamanda sağlık hizmetine ulaşmaktır. Çalışmanın yapıldığı Sakarya şehrinde de 2018 TÜİK verilerine göre nüfusun çoğu merkez ilçeler olan Adapazarı ve Serdivan'da yoğunlaştığı belirlenmiştir (TÜİK 2018, Sakarya Valiliği 2022).

Çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğu herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir. Gelir durumları incelendiğinde ise geliri giderine denk ya da fazla olanların sayısı geliri giderinden az olanlardan belirgin derecede fazla olduğu görülmüştür. Benzer çalışmalarda örnekleme alınan kadınların çalışma durumuna bakıldığında Irmak'ın 2022'deki çalışmasında 384 kadının %62,8'inin çalışmadığı, geliri giderine denk olanların %67,7 olduğu belirtilmiştir (Irmak 2022). Çelebi'nin (2019) çalışmasında katılımcıların %48,3'ünün çalışmadığı, geliri giderine denk veya fazla olanların oranının çoğunlukta olduğu sonucu elde edilmiştir (Çelebi 2019). Uysal'ın (2022) çalışmasında ise gebelerin çalışma oranının %17,8 olduğu geliri giderinden fazla olanların oranının ise %41,5 olduğu belirlenmiştir (Uysal 2022). Maddady ve arkadaşları (2018) yaptığı çalışmada gebelerin gelir durumunu nispeten yeterli olarak bulmuşlardır (Maddady et al 2018). Bu doğrultuda literatürdeki verilerin gebelerin çalışma durumu ve gelir durumu açısından çalışmamızla benzer olduğu söylenebilir. Türkiye'de 2022 yılında kadınlarda istihdam oranının %30,4, iş gücüne katılım oranının ise %35,1 olduğu açıklanmıştır (TÜİK 2018). Çalışmamıza katılan gebelerin çalışma oranı TÜİK verilerine göre daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebinin örneklem büyüklüğü ve katılımcıların gebeliğinin son evresinde olmasına bağlı olarak çalışmamaları/işten ayrılmaları olduğu düşünülmektedir. Ayrıca gebe kadınların çalışmamasına rağmen geliri giderine denk veya fazla olanların sayıca fazla olmasının sebebinin eşlerinin gelir durumuna bağlı olduğu düşünülmektedir.

5.2.GRUPLARIN GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM AĞRISINA İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Obstetrik özelliklere bakıldığında çalışmamızın örneklemini primipar/nullipar kadınlar oluşturdu. Türkiye'deki istatistikler incelendiğinde TÜİK 2022 yılı doğum istatistiklerinde canlı doğum sayısı 1 milyon 35 bin 795 tir. Doğurganlık hızı ise 2021

de 1,71 iken 2022 de 1,62 olarak belirlenmiştir. Doğurganlık hızımız zaman içinde azalma göstermiştir. Doğum sayısına bakıldığında ise 2022 de doğumların %38,2'sinin ilk doğum olarak gerçekleştiği görülmüştür (TÜİK 2022).

Doğurganlık tercihi aile planlaması hakkında potansiyel ihtiyacın değerlendirilmesinde önemli yer tutmaktadır. TNSA verilerinde son 5 yıllık dönemde gerçekleşen doğumlarla halen süren gebeliklerin %75'inin planlı ve istenmiş olduğu, %11'inin daha sonra olması tercih edildiği ve %15'inin istenmediği bulunmuştur. Ayrıca doğurganlığı sınırlama isteğinin yaşayan çocuk sayısının artması ile doğru orantılı şekilde arttığı belirtilmiş bu oranın çocuğu olmayan kadınlarda %3, iki çocuğu olanlarda %69 olduğu belirtilmiştir (TNSA 2018). Çalışmamızda gebeliğin planlı olma durumuna 'Evet' cevabını veren gebe oranı her iki grupta da benzerdir. Ayrıca çalışmamız yalnızca primipar gebeler üzerinde yapılmış olduğundan dolayı planlı gebelik oranı oldukça yüksek saptanmıştır.

Türkiye de riskli gebeliklerin sayısı azalmasına rağmen halen her üç gebelikten biri riskli sayılmaktadır (Arslan, Bani, Güneş ve Eryurt 2020). Çalışmamıza katılan gebelerin sadece % 23,5'i gebeliğinde sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Benzer bir çalışmada da çoğunluğun sorun yaşamadığı görülmüştür (Tosun 2019).

Gebelerin doğuma hazırlık eğitimine katılma durumuna bakıldığında her iki grubun da benzer olduğu ve çoğunluğun eğitime katılmadığı saptanmıştır. Eğitime katılanların eğitimi kimden aldıkları sorulduğunda ise geneli eğitimi bir ebeden aldığını belirtmiştir. Literatüre bakıldığında Irmak'ın (2022) çalışmasında %74,7'sinin doğum öncesi eğitim almadığı, Reyhan'ın çalışmasında %84,7'si eğitim almadığı, eğitim alan %15,3 gebeden %84,3'ünün bir ebeden eğitim aldığı, Aydın Beşer ve Seller Datlıcı'nın (2022) çalışmasında %90,4'ünün gebe eğitim sınıfına katılmadığı belirtilmiştir (Reyhan 2017, Aydın Şeşer ve Seller Datlıcı 2022, Irmak 2022). Gebe eğitiminin doğum korkusu ve sezaryene etkisini inceleyen bir çalışmada 270 gebeden 90 gebe, gebe eğitimi almış ve eğitim almayanların sezaryen oranı %37,2 iken eğitim alanların sezaryen oranı %10 ile anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Bıyık ve Arslan 2020). Bu doğrultuda çalışmamız doğuma hazırlık eğitimi alma durumu açısından diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir ($p>0,05$).

Doğum kadın yaşamındaki en önemli olaylardan biri olup kadının buna hazır hissetme durumu doğumun son anına kadar devam eder. Gebelikle birlikte fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler olur. Kadın bunlara ne kadar uyum sağlarsa gebelik ve doğumu o kadar keyif verici olarak hatırlar. Bunda gebelerin doğum öncesi eğitim almasının da etkili oluşu düşünülmektedir. Çalışmamızda doğuma hazır hissetme ile çalışma grubu arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır. Deney grubunda doğuma hazır hisseden gebe sayısı kontrol grubuna kıyasla daha fazladır. Bunun nedeninin randomizasyon yöntemimizden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tüm değişkenler için eşit grup oluşturmak blok randomizasyonda imkânsız olduğundan dolayı bu durum çalışmanın sınırlılıklarından biri görülebilir.

Doğum ağrılı ve uzun bir süreçtir. Her kadın için ağrının tanımı ve şiddeti farklı ve kendine özeldir. Bizim çalışmamıza katılan kadınlara doğum ağrısını nasıl tanımladıkları sorulduğunda deney ve kontrol grubunun ağrı tanımları benzer bulunmuştur. Ağrı, birey açısından gebe olsun veya olmasın rahatsız edici bir durumdur. Ağrıyı gidermek için kimi zaman ilaçlı kimi zaman ilaçsız yöntemler kullanılır. Doğumda da ağrının hafifletilmesi için non farmakolojik yöntemler ya farmakolojik ajanları tamamlayıcı olarak ya da temel tedavi yöntemi olarak kullanılması yıllar içinde popüler hale gelmiştir (Zuarez Easton, Erez, Zafran, Carmeli, Garmi and Salim 2023). Karaçam ve Akyüz'ün (2011) çalışmasında doğum süresince destek alan ve non farmakolojik yöntemleri aktif kullanan gebelerin farmakolojik yöntemlere daha az ihtiyaç duyduğu belirtilmiş (Karaçam ve Akyüz 2011). Çalışmamızda kadınların normalde ağrıyı gidermede yaptığı eylemlere bakıldığında çoğunlukla ağrı kesici aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca deney ve kontrol grubu bu anlamda benzer bulunmuştur. Doğum ağrısını azaltabilecek yöntemler sorgulandığında ise gebelerin çoğunluğunun bu konuda bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında doğum ağrısını azaltma yöntemleri bakımından benzerlik bulunmaktadır. Bu da homojen dağılıma işarettir. Literatürde bir tez çalışmasında kadınlara doğum ağrısını gidermede düşün etkili olup olmayacağı hakkındaki görüşleri sorulmuş ve hem deney hem de kontrol grubunda 'hayır' cevabı çoğunlukta alınmış (Tosun 2019).

Doğum eyleminin süresi her evrede farklılık göstermektedir. Ayrıca primipar ve multipar olmakta eylemin süresinde farklılığa sebep olabilir. Doğum eyleminin süresinin uzaması eylemde tıkanıklığa bu da bir komplikasyona işaret etmektedir. Maddady ve arkadaşları (2018) nulliplarlarda sıcak duş ve intravenöz hiyosin enjeksiyonunun etkilerini karşılaştırmış, sıcak duş kullanmanın eylemin aktif faz süresini azalttığını ve doğum yapacak tüm kadınlara tavsiye edilmesi gerektiğini çalışmasında belirtmiştir (Maddady et al 2018). Yüksel 2016 yılındaki tezinde eylemde uygulanan nefes egzersizlerinin travaya etkisi incelenmiş ve bu egzersizlerin algılanan doğum ağrısını azalttığı ve eylemin süresini kısalttığını belirtmiştir (Yüksel 2016). Çalışmamızda da gebelere doğumu hızlandıran uygulamalar sorulduğunda duş almak (%6,2), hareket etmek (%11,2), meryem ana otu (%16), pilates egzersizleri (%8,6), hurma yemek (%8,6), ilişkiye girmek (%1,2) ve bilmiyorum (%48,1) cevapları alınmıştır. Her iki grupta da gebelerin hızlandırıcı uygulamaları tam olarak bilmediği, bilenlerden ise deney grubunda hareket etmenin, kontrol grubunda ise meryem ana otunun süreci hızlandığını düşünenler çoğunluktadır. Doğumu hızlandıran uygulamaların gruplara göre dağılımı ile çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır.

5.3.GEBELERİN TRAVAY SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Kendiliğinden başlamayan veya yavaş ilerleyen doğumlarda uterus kontraksiyonlarının başlatılmasına ‘Doğum İndüksiyonu’ denir. İndüksiyon farmakolojik veya mekanik yolla olabilir. Genellikle prostoglandin ve oksitosin kullanımı yaygındır (Satılmış ve Aktaş Demir 2023). Mekanik olarak da amniyotomi kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin dışında doğumu başlatma amacı olmayan eylem içerisinde muhtemel durumlara karşı yapılan uygulamalar da bulunmaktadır. Örneğin; lavman rektumun boşalmasını sağlayarak fetal inişi kolaylaştırmak amacıyla, aç bırakmak ise acil sezaryen durumlarında anestezi kullanımına hazır olmak için uygulanır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 raporunda 41. haftadan önce komplikasyonu bulunmayan gebelere doğum indüksiyonunu önerecek yeterince kanıt bulunmadığını belirtmiştir (WHO 2018). Literatüre bakıldığında Uysal’ın çalışmasında gebelerin %14,4’üne indüksiyon uygulanmıştır. Bir başka çalışmada

yapılan indüksiyon uygulamasının olumsuz etkilerinin olduğu ve sezaryen veya operatif vajinal doğumlarla sonuçlandığı bildirilmiştir (Uysal 2020, Bay ve Bulut 2020). Çalışmamızda da doğumun 1.Evresinde gebelere bazı uygulamalar yapılmıştır. Yapılan uygulamalar açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelere doğumun 1.Evresinde uygulanan ilaçlara bakıldığında da deney ve kontrol gruplarının benzer oldukları görülmektedir. Prostoglandin ve cytotec genellikle doğumu ve kontraksiyonları başlatmak için oksitosin ise devam ettirmek için kullanılmaktadır. Çalışmamızda tüm gebelerde en çok oksitosin kullanımının olduğu görülmüştür. Su gelişi olan gebelerde enfeksiyon riskini önlemek amacıyla profilaktik antibiyotik başlanabilmektedir. Cochrane sistematik derlemesinde su gelişini takiben başlanan antibiyotik kullanımının koryoamniyonitte istatistiksel azalma ile ilişkili olduğu ve rutin olarak tavsiye edilmesi gerektiği belirtilmiştir (Kenyon, Boulvain and Neilson 2013). Çalışmamızda da antibiyotik kullanımının deney ve kontrol grubu arasında benzer olduğu, gebelerin çoğuna antibiyoterapi uygulaması yapılmadığı görülmüştür. Hidrasyon kullanımı genellikle gebelere sıvı desteği sağlaması, fetal hareketliliği düzenleme ve ağrı giderici olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda hidrasyon kullanımı açısından da her iki grup benzerdir.

Gebelerin hastaneye kabulünde baş seviyesine bakıldığında çoğunluğunun baş seviyesinin -3'te olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı. Hastaneye kabul sırasında membranların durumuna bakıldığında ise kontrol grubunun yarıya yakınının membranlarının açık olduğu deney grubunun ise çoğunluğunun membranlarının kapalı olduğu saptandı. Doğum sürecinde membranların mümkünse doğumdan hemen önce açılması gerekmektedir ve membranlar açıldıktan sonraki 12 saat içinde doğumun gerçekleşmesi gerekmektedir. Term gebeliklerde travay süresince kontraksiyonlar sonucunda kendiliğinden membranlar rüptüre olabilmektedir (Taşkın 2020).

Doğum ağrısını azaltmada kullanılan non-farmakolojik ebelik uygulamalarından biri hidroterapi/ılık/sıcak duş uygulamasıdır. Bu uygulama ile kadının suyu kullanarak rahatlaması sağlanır. Literatürde travay sürecinde duş almakla ilgili sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmaların daha çok doğum

konforu, doğum memnuniyeti ve doğum ağrısı ile ilgili oldukları, travayın ilerlemesinde duşun etkisinin değerlendirmeye alınmadığı görülmüştür (Tosun 2019, Uysal 2020). Çalışmamızda ılık duş uygulanan ve uygulanmayan iki gruba da travay süresince dilatasyon, efasman ve fetal kalp atımı değerlendirmesi yapılmış ve kaydedilmiştir. Bu doğrultuda gebelerin hastaneye başvuru sırasında, aktif faz ve geçiş fazı uygulama öncesindeki dilatasyon değerleri her iki grup için de benzerdir. Aktif faz uygulama sonrasında gruplar arasında bir fark yokken, geçiş fazında uygulama sonrasında deney grubunun dilatasyonu kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak daha yüksektir. Efasman ortalamaları incelendiğinde ise, sadece hastaneye geldiğinde deney grubunun efasmanı kontrol grubuna kıyasla daha yüksektir. Buna rağmen uygulama öncesi-sonrası efasman değerleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Behmanesh, Pasha ve Zeinalzadeh (2009), doğum yapmamış kadınlarda termoterapinin/sıcak uygulamaların (duş, hidroterapi vb.) doğum evrelerine etkisini inceledikleri çalışmada bu uygulamaların doğumun birinci evresinin süresini azalttığını saptamışlardır (Behmanesh, Pasha, Zeinalzadeh 2009). Başka bir çalışmada suda doğumun, travay ve yenidoğan üzerine etkilerini incelenmiş ve doğumun birinci evresinin süresinin suda doğum yapan kadınlarda (n=207), epidural analjezi (n=191) ve konvansiyonel vajinal doğumla (n=204) doğum yapan kadınlara göre daha kısa olduğu belirtilmiştir (Mollamahmutoğlu, Moraloğlu, Özyer, Akın Su, Karayalçın, Hançerlioğlu, Uzunlar, Dilmen 2012).

Doğum süresince kadının algıladığı ağrı azaldıkça fetal sıkıntının da azaldığı bilinmektedir (Maddady et al 2018). Travayda duş almak kan dolaşımını aktifleştirir ve annenin dokularından fetüse giden oksijen miktarını artırır. Böylece fetal distress azalmış olur. Çalışmamızda da gebelere ağrının belirgin şekilde hissedildiği aktif faz ve geçiş fazında ılık duş uygulanmış ve travay sürecindeki fetal kalp hızları değerlendirilmiştir. Gebelerin hastaneye geldiklerindeki fetal kalp hızı ortalaması deney grubunda 140,76 atım kontrol grubunda 138,63 atım bulundu. Aktif faz ve geçiş fazına gelindiğinde ise gebelere duş uygulandı. Sadece aktif faz uygulama sonrasında kontrol grubunun fetal kalp atım sayısı deney grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük bulundu. Genel olarak bakıldığında her iki grupta da fetal kalp atımının normal aralıklar dışına çıkmadığı ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Mollamahmutoğlu ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında suda doğum yapan 207

kadının bebeğinin kalp atımının normal sınırların dışına çıkmadığı, apgar puanlarının diğer gruplardaki bebeklerin apgarı ile benzer olduğu bulunmuştur (Mollamahmutoğlu, Moraloğlu, Özyer, Akın Su, Karayalçın, Hançerlioğlu, Uzunlar, Dilmen 2012).

Çalışmamızda gebelerin eylemin ilerlemesi ile ağrı algılama derecelerinin arttığını görülmektedir. Gruplar arasında hastaneye geldiğinde ve uygulama öncelerinde VAS puanları açısından anlamlı bir fark bulunmazken, her iki uygulama sonrasında da deney grubunun VAS puanı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşüktür. Taşkın'ın (2019) 104 gebe ile yapmış olduğu tez çalışmasında hidroterapinin ağrıya, anksiyeteye ve konfora etkisine bakılmış ve deney grubunun VAS puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır (Taşkın 2019). Yapılan başka bir hidroterapi çalışmasında da 5-6-7 cm dilatasyonda ağrı değerlendirmesi yapılmış ve deney grubunun VAS değerleri kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur (Tuncay 2016). Metinoğlu ve arkadaşlarının (2017) yayınlamış olduğu bir olgu sunumunda nullipar gebeye aralarında duş/hidroterapinin de olduğu non farmakolojik yöntemler uygulanmıştır. Ağrı 6/10 olduğunda gebe 30 dakika süre ile duшта kalmış gebenin bu süreçte 5-6 kontraksiyon hissettiği bu sıra yüz ifadesinin rahat ve gevşek olduğu değerlendirilmiştir. Ağrı düzeyini de uygulama sonrasında 4/10 olarak puanlamıştır (Metinoğlu, Yalçın Irmak, Albayrak Kaya 2017). Cluett, Burns ve Cuthbert (2018) cochrane derlemesinde doğumda suyun kullanımını karşılaştıran 15 çalışmayı incelemiştir. İnceleme sonucunda, suyu kullanan kadınların kullanmayanlara göre ağrıyı daha az algıladığı ve ağrı algısını azaltmada daha az epidurale ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Cluett, Burns, Cuthbert 2018). Başka bir çalışmada da doğumun ikinci evresinde suyun kullanımının maternal sonuçlarına bakılmış ve doğumda suyun kullanımının katılımcıların deneyimledikleri ağrı algısını önemli ölçüde azalttığını belirlemişlerdir (Nikodem, Edwards, Krzyzanski, Berghella, Hofmeyr 2022). Literatürde yer alan çalışma sonuçları bizim bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Bu doğrultuda hidroterapi/ılık duş uygulamasının doğum ağrısının daha az algılamasında etkili bir yöntem olduğu söylenebilir.

5.4.GEBELERİN DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda doğum sonu dönemde yenidoğana ilişkin bulgular incelenmiştir ve yenidoğanların apgar puan ortalamalarının her iki grup için de benzer olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda duş almanın yenidoğan apgarı üzerine olumsuz bir etkisinin olmadığı söylenebilir. Ayrıca deney ve kontrol grubundaki yenidoğanların ağırlığının da benzer olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçları olan çalışmalar da mevcuttur (Hamlacı 2013, Ak Sözer, Altuntuğ ve Ege 2019, Çelebi 2019).

Ebeveynlik davranışı postpartum dönemde yenidoğanla karşılaşılacak ilk dakikalardan itibaren annenin yenidoğanla ilgilenmesi, ona sevgi sözcükleri sarf etmesi, gülümsemesi, bebeğin sağlığına ve verilecek bakıma yönelik sorular sorması gibi meraklı ve olumlu davranışlarda bulunması durumudur (Britton, Gronwaldt and Britton 2001). Annenin bebeğine yönelik gösterdiği bu tutum ve davranışlar devam eden süreçte anne ve bebek arasındaki bağlanmayı, iletişimi ve ebeveynlik davranışını olumlu yönde etkileyecektir. Çalışmamızda doğum sonu ebeveynlik davranış ölçeğinin puan ortalamalarının gruplara göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Literatürde bizim çalışma sonucumuzun aksine Tuncay'ın (2016) 80 gebe ile yaptığı çalışmada deney grubundaki gebelere hidroterapi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda DSEDÖ puan ortalaması deney grubunda 5.03 ± 0.70 , kontrol grubunda 3.00 ± 0.82 bulunmuş ve hidroterapi ile DSEDÖ arasında anlamlı ilişki olduğu, hidroterapi grubundaki annelerin daha pozitif ebeveynlik davranışı sergilediği görülmüştür (Tuncay 2016) Çalışma sonucumuzun bu çalışma ile farklı olmasının nedeni örneklem grubumuzun sosyodemografik farklılıklarından kaynaklanabilir. Ayrıca literatürde ılık duş uygulaması sonrasında ebeveynlik davranışını değerlendiren yeterli sayıda çalışma olmadığı için bu konuda daha fazla randomize kontrollü çalışmanın yapılması önerilmektedir. Literatürde ebeveynlik davranışını etkileyen faktörlerle ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Örneğin; Özkan, Kanbur, Apay, Kılıç, Ağapınar ve Özorhon (2013), 234 annenin doğum sonu dönemdeki ebeveynlik davranışlarını değerlendirmiştir. Annelerin %9' u '0' puan alırken toplam puan ortalamasının $3,20 \pm 1,95$ (orta düzey) olduğu ve aile tipi, eğitim, gelir düzeyleri,

gebeliğin istenmesi gibi faktörlerin puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır (Özkan, Kanbur, Apay, Kılıç, Ağapınar ve Özorhon 2013). Çelebi (2019) tez çalışmasında doğum şeklinin bebeği algılama, bağlanma ve ebeveynlik davranışına etkisini araştırmış DSEDÖ puan ortalamasının 3.24 ± 1.59 olduğu vajinal doğumlarda DSEDÖ puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Çelebi 2019). Koç, Özkan ve Bekmezci'nin (2016) çalışmasında DSEDÖ puan ortalaması 4.18 ± 1.34 olarak belirlenmiş ve annelerin sosyoekonomik ve obstetrik özellikleri ile doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur (Koç, Özkan ve Bekmezci 2016). Başka bir çalışmada ise doğum sonu anne memnuniyeti ve ebeveynlik davranışı arasında zayıf olsa da aynı yönde ve anlamlı ilişki bulunmuştur (Ayvaci, Bağcı, Paparacı, Demirtaş, Bay ve Karakoç 2022). Bizim çalışmamızda örneklem grubunun primipar kadınlardan oluşması ve istenen gebeliğin yüksek oranda olması nedeniyle ebeveynlik davranış ölçeğinden alınan puanın her iki grup için de oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Hafıza, yaşanan olay ve durumların, bilgi, birikim ve alışkanlıkların farklı şekillerde beyinde kaydedilmesidir. Diğer tüm yaşananlar gibi doğumda kadının yaşamında önemli etkiler bırakan, zaman içerisinde istemli veya istemsiz olarak hatırlanan bir olaydır. Bireysel farklılıklar, doğumun nasıl algılandığı, doğum hakkındaki görüşler, doğum öncesi, sırası ve sonrasındaki ruh halindeki psikolojik değişiklikler doğum anılarında farklılık yaratabilmektedir. Tüm bunlar doğrultusunda doğum deneyimi kadınların yaşamı üzerinde uzun ya da kısa süreli, pozitif ya da negatif etkiler bırakabilir (Foley et al 2014). Kadının yaşamında olumlu bir doğum hafızası oluşturmada ebelik bakımı büyük yer kaplamaktadır. Daha önce deneyimlemediği belirsiz bir süreçte ağrı çeken bir kadının yanında olmak onun ağrısının dindirmek için uygulamalar yapmak gebenin süreci olumlu olarak deneyimlemesini böylece doğum sonrası dönemde olumlu anıları hatırlaması sağlanmış olur. Bu olumlu deneyimi sağlamada ebelik uygulamalarından biri olan hidroterapi/ılık duş uygulaması ile kadının algıladığı ağrı azalır, kadın kendini rahatlamış hisseder ve doğumda kendinin ve çevresinin farkında olarak otonomi kazanır. Bu sayede kadın, doğumda dikkatini sadece ağrıya vermiş olmaz, bebeğine kavuşmanın verdiği heyecan ve mutlu bekleyişe odaklanabilir. Süreci bu şekilde güzel ve rahat geçiren gebe doğum eylemini güzel olarak hafızasına kodlar ve doğum sonrası dönemde yıllar geçse bile olumlu olarak

hatırlar (Crawley, Wilkie, Gamble, Creedy, Fenwick, Cockburn and Ayers 2018). Goikoetxea ve arkadaşlarının çalışmasında doğum deneyiminin algılanmasında olumlu ve olumsuz anıların en az 8 aya kadar yoğunlukta ve sürekli kaldığı sonucuna ulaşmışlardır (Goikoetxea et al. 2023). Reshef, Mouadeb, Sela, Weiniger ve Freedman (2023), doğum, travma ve aile ilişkilerini 228 kadınla inceledikleri çalışmada travmaya bağlı stres bozuklukları ile sonuçlanan doğumlarda anne bebek bağlanmasına ilişkin daha fazla sorun yaşandığını tespit etmişlerdir (Reshef, Mouadeb, Sela, Weiniger ve Freedman 2023). Çankaya ve Akın (2023) tarafından yapılan çalışmada postpartum dönemdeki kadınlarda doğum hafızası ve annelik fonksiyonu arasındaki ilişki incelenmiştir. DHVHÖ toplam puan ortalamasının 85,6 olduğu, annelik fonksiyonu ölçeği ile doğum hafızası ve hatırlama ölçeği tutarlılık alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda anlamlı fark bulunduğu saptanmış, doğum hafızası ve annelik fonksiyonu arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirtilmiştir (Çankaya ve Akın 2023). Yunanistan’da suda doğum yapan kadınların deneyimlerini inceleyen niteliksel bir çalışmada 12 kadınla görüşülmüş ve tüm kadınların suda doğumu memnuniyetle karşıladığı ve olumlu bir doğum deneyimlediklerini belirtilmiştir (Antonaoku, Kostoglou, Papoutsis 2018). Bu nedenle doğum deneyiminin olumlu olması son derece önemlidir. Çalışmamızda doğum hafızası ve hatırlama ölçeği alt boyutlarına bakıldığında; kadınların doğum anına yönelik karışık duygularını belirleyen “ambivalan duygusal hafıza”, doğumun annenin öz kimliği ve yaşamında ne kadar merkezi bir yer edindiğini gösteren “hafızanın merkezi”, doğum hafızasının tutarlı, parçalara ayrılmamış ve süreklilik halinde olma durumunu ve bugünmüş gibi ne kadar çok tekrarlandığını gösteren “tutarlılık ve tekrar yaşama” alt boyutları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, gebenin doğum deneyimine ait olumsuz ve/veya karışık duygulara sahip olduğunu gösteren “duygusal hafıza” puanı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde doğumla ilgili her türlü anıyı istemsiz hatırlamanın daha sık olduğunu gösteren “istemsiz hatırlama” puanı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Doğum anındaki koku, tat, ses ve hastaya yapılan tüm dokunmaların ne kadar iyi hatırladığını gösteren “duygusal hafıza” puanı ise deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Literatürde ılık duş uygulamasının veya diğer nonfarmakolojik yöntemlerin doğum hafızasına

etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu yönden çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma travaydaki gebelere uygulanan ılık duşun ağrı, ebeveynlik davranışı ve doğum hafızasına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kapsamında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamalarının $25,36 \pm 4,4$ olduğu, %39,5'inin lise mezunu olduğu, %74,1'inin herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında sosyodemografik bulgular açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).
- Araştırmaya katılan gebelerin %98,8'inin gebeliğinin planlı olduğu, %79'unun doğuma hazırlık eğitimi almadığı, eğitim alanların çoğunun bir ebeden eğitim aldığı (%77,8) ve %35,8'inin doğuma hazır hissettiği saptanmıştır. Ayrıca doğuma hazır hissetme durumuyla gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).
- Araştırmaya katılan gebelerin ağrıyı çoğunlukla (%32,1) bütün vücudunda hissettiği bir ağrı olarak tanımladığı, normalde ağrıyı gidermek için ağrı kesici aldığı (%46,9) saptanmıştır. Doğum ağrısını gidermede kullanılan yöntemleri çoğunluğunun bilmediği (%53,1), en bilinen yöntemin duş almak olduğu (%13,6), doğumu hızlandıran uygulamalardan ise en çok meryem ana otunu bilenlerin (%16) olduğu saptanmıştır. Doğum ağrısına ilişkin bulgularla ilgili gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).
- Doğumun 1.evresinde gebelere en çok mobilizasyon (%70,4) ve oksitosin uygulamasının (%66,7) yapıldığı, tüm gebelere en az bir ilaç uygulandığı, bu ilaçlar arasında da en çok oksitosinin (%61,7) uygulandığı saptanmıştır. Çalışmamızda gruplar arasında uygulanan ilaçlar açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

- Araştırmaya katılan gebelerin hastaneye başvuruındaki baş seviyeleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken membran durumları açısından fark bulunmuştur (0,037).
- Gebelerin hastaneye başvuruındaki dilatasyonlarının ortalama 1,28 cm olduğu, gruplar arasında geçiş fazında dilatasyon açısından uygulama öncesinde ($p=0,021$) ve sonrasında ($p=0,022$) anlamlı fark olduğu, geçiş fazında uygulama sonrasında dilatasyonun deney grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan deney grubundaki gebelerde aktif faz uygulama sonrası ve geçiş fazı uygulama sonrası ağrı puanlarının (VAS) önemli düzeyde azaldığı ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha az olduğu görülmüştür ($p=0,000$) ($p=0,000$).
- Aktif faz ve geçiş fazında uygulama öncesi-sonrası efesman açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Deney ve kontrol grupları arasında yenidoğan apgarı ve yenidoğan ağırlığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır.
- Deney grubunda DSEDÖ puanı (5,39) nispeten daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Gebelerin DHVHÖ'nden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında olumsuz olan alt boyutlarda (duygusal hafıza ve istemsiz hatırlama) kontrol grubunda, olumlu olan alt boyutunda ise (duygusal hafıza) deney grubunda anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şu şekildedir;

- Doğum öncesi hazırlık eğitiminin önemi konusunda hem anne hem babalara rutin poliklinik kontrollerinde danışmanlık verilmesi ve katılımın sağlanması,
- Doğum ağrısını azaltmada maliyeti oldukça düşük olan ebeler uygulamarının kullanımı ile ilgili birim içi eğitimler verilerek yaygınlaştırılması,
- Doğumhanelerde ebelerin hidroterapi/ılık duş uygulamasının yaygınlaştırılması için kontrendikasyonu olmayan tüm gebelere tavsiye edilmesi konusunda aktif rol alması,

- Erken dönemde ebeveynlik davranışı oluşturmak için anne-bebek etkileşiminin desteklenmesi ve takip edilmesi,
- Travayda ılık duş/hidroterapi uygulamasının ebeveynlik davranışı ve doğum hafızasına etkisini inceleyen daha yüksek örnekleme sahip randomize kontrollü çalışma yapılması,
- Travay sürecinde ılık duşun/hidroterapinin kullanılmasının doğum ve doğum sonu sürece etkisi ile ilgili daha fazla randomize kontrollü çalışma yapılarak kanıt düzeyinin artırılması,
- Doğum sonu ebeveynlik davranışı ve doğum hafızası ve hatırlama ölçeğinin cronbach alfa değerlerinin orta düzeyde bulunması sebebiyle, ölçeklerin revize edilmesi ve ya güvenirliliği daha yüksek yeni ölçekler geliştirilmesi,
- Ilık duş/hidroterapi uygulamasının diğer non farmakolojik yöntemlerle birleştirilerek uygulanması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Acavut G. (2020). Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj Ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı Ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi. S.B.Ü. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ)
- Aghil Dizaj P. (2020) Primipar Annelerde Latent Fazda Yapılan Ayak Masajının Doğum Ağrısı Algısı Üzerine Etkisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma AY).
- Akarsu KR. (2018). Doğum Eyleminde Ağrı Yönetimi (Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Yöntemler) İçinde: Normal Doğum ve Sonrası Dönem, Çalık YK, Çetin CF. (Ed), İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul, s.103-116.
- Akbarzadeh M, Nematollahi A, Farahmand M, Masoudi Z, Amooee S. (2018). The effect of two-staged warm compress on the pain duration of first and second labor stages and apgar score in prim gravida women: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 7(1):21-26.
- Ak Sözer G, Altuntuğ K, Ege E. (2019). Doğum ağrısı ve masaj. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 5(3):389-393.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2015). ACOG Committee opinion: Pain relief during labor. *Obstetrics & Gynecology*, 104(1):213.
- Anim Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5):CD000331.

- Antonaoku A, Kostoglou E, Papoutsis D. (2018). Experiences of greek women of water immersion during normal labour and birth: A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, 2(7):1-8.
- Archie CL. (2007). *The Course and Conduct of Normal Labor and Delivery*. Lange Medical Books, 10.Ed, New York, p.203-211.
- Arslan H, Bani B, Güneş K, Eryurt MA. (2020). Türkiye’de riskli gebelikler: 2018 TNSA bulguları. *Türkiye Nüfus Bilim Dergisi*, 42(1):64-91.
- Aslan Eti F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 6(1):9-15.
- Atkinson RC, Shiffrin RM. (1968). Human Memory: A proposed system and its control processes. *Psychology of Learning and Motivation Journal*, 2(1):89-195.
- Aydın Beşen M, Seller Datlıcı A. (2022). Kadınların doğum sürecine uyumu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1):170-182.
- Aydın ON. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2):37-48
- Ayers S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 34(3):253-263.
- Ayvacı HK, Bağcı H, Paparacı İS, Demirtaş HM, Bay F, Karakoç H. (2022). Doğumda anne memnuniyeti ve erken ebeveynlik davranışı arasındaki ilişki. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3):226-234.
- Badr LK, Ayvazian N, Lamah S, Charafeddine L. (2018). Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal?. *Infant Behavior and Development*, 51(1):15-23.
- Bağ L. (2020). Valethamat Bromür Ve Hyosin-N-Butilbromür’ün Doğumun Aktif Fazı Ve Ortalama Doğum Süreleri Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. S.B.Ü. Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Antalya, (Danışman: Op. Dr. Özgür ÖZDEMİR)
- Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. (2011). Biofeedback for pain management during labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (6):Cd006168.

- Bay F, Bulut ÖÜ. Doğum indüksiyonu: Maternal, fetal-neonatal etkileri, ebeinin rolü. (2020). *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1):4-14.
- Behmanesh F, Pasha H, Zeinalzadeh M. (2009). The effect of heat therapy on labour pain severity and delivery outcome in parturient women. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 11(2):188-192.
- Berghella V, Baxter J, Chauhan S. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199(5), 445- 454.
- Bıyık İ, Aslan MM. (2020). Gebelikte eğitimin doğum korkusu ve sezaryen oranlarına etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 9(2):77-82.
- Binder JR, Desai RH. (2011). The neurobiology of semantic memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(1):527-536.
- Britton HL, Gronwaldt V, Britton JR. (2001). Maternal postpartum behaviors and mother-infant relationship during the first year of life. *The Journal of pediatrics*, 138(6): 905-909.
- Callister LC. (2004). Making meaning: Women's birth narratives. *Journal Of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33(4):508-518.
- Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(3):179-193.
- Chapman V, Charles C. (2013). *The Midwife's Labour and Birth Handbook*, 3rd Edition
Travay ve Normal Doğum, Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı. (2018). Çeviri: Öztürk Can H, Yücel Ü, Hadımlı A. 3. Baskı, Nobel Kitabevleri, Ankara, s.1-128.
- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. (2018). Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 5(5):CD000111.
- Cook A, Wilcox G. (1997). Pressuring pain alternative therapies for labor pain management. *AWHONN Lifelines*, 1(2):36-41.

- Cowan E, Heale R, Horrigan J, Koren I. (2017). Hydrotherapy as a nursing intervention for labour pain: A literature review. *Diversity of Research in Health Journal*, 1(1):121-132.
- Crawley R, Wilkie S, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J, Cockburn N, Ayers S. (2018). Characteristics of memories for traumatic and non-traumatic birth. *Applied Cognitive Psychology*, 32(5):1-24.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Sheffield JS. (2016). Williams Obstetrik, 24.Baskı, New York.
- Çalışır H, Karaçam Z, Akgül FA, Arslan Kurnaz D. (2009). Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği'nin türkçe formunun geçerliği ve güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1):1-8.
- Çankaya S, Akın B. (2023). Doğum sonu dönemdeki kadınların doğum hafızası ile annelik fonksiyonu arasındaki ilişki. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 8(2):380-388.
- Çelebi EZ. (2019). Doğum Şeklinin Annelerin Bebeklerini Algılama, Bağlanma Ve Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Filiz OKUMUŞ).
- DeCherney AH, Nathan L. (2007). Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology. In: Archie CL. The Course and Conduct of Normal Labor and Delivery. Lange Medical Books, 10.Ed, New York, p.203-211.
- Demirtaş Alpsalaz S, Yağmur Y. (2022). Doğum eyleminde uygulanan tamamlayıcı ve alternatif yöntemler. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3):337-347.
- Dinç A. (2022). Doğumun Başlaması Ve Doğum Süreci. Efe Akademi, s. 67-80.
- Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. (2009). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2):CD007214.

- Ergin BA, Bal DM, Dereli Yılmaz S. (2017). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. 1. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara.
- Ersanlı C. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ).
- Eti Aslan F. (1998). Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması, VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, s.178-186.
- Fenech G, Thomson G. (2014). Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(1):185-193.
- Feyzioğlu A, Tankut Ü. (2022). Bellek. İçinde: Aslan C. Sanber İ. Güncel Psikoloji ve Sosyoloji Araştırmaları. Akademisyen Yayınevi, Bilimsel Araştırmalar Kitabı.
- Foley S, Crawley R, Wilkie S, Ayers S. (2014). The birth memories and recall questionnaire (BirthMARQ): development and evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:1-8.
- Gonzalez MN, Trehan G, Kamel I. (2016). Pain management during labor part I: pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia. *Topics in Obstetrics & Gynecology Practical CME Newsletter for Clinicians*, 36(11):1-7.
- Göker N. (2019). Travayda Aktif Faz Süresinin, Doğumun İkinci Evresine Ve Postpartum Konfora Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt BİLGİN).
- Güner ÖÖ, Kavlak O, Sevil Ü, Ertem G. (2016). Perinatoloji ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, s.299-372.
- Hamlacı Y, LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Saadet YAZICI).

Harper B. (2014). Birth, bath and beyond: The Science and safety of water immersion during labor and birth. *The Journal of Perinatal Education*, 23(3):124-134.

International Association for The Study of Pain (IASP). (Erişim Tarihi: 10.5.2023 Erişim Adresi: <https://www.iasp-pain.org/>)

Irmak A. (2022). Anne Dostu Bir Hastanede Dünya Sağlık Örgütünün Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerilerinin Uygulanma Durumu. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Prof. Dr. Ayden ÇOBAN).

İpek A. (2014). Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına Ve Doğumun Süresine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ).

İsbir GG, İnci F. (2014). Traumatic childbirth and nursing approaches. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1):29-40.

Kaçar N. (2020). Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan ebelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2(2):113-130.

Kaplan E. (2021). Hemşire Ve Ebelere Yönelik: Doğum Ağrısında Kullanılan Non Farmakolojik Yöntemler. İksad Yayınevi. Ankara.

Karaçam Z, Akyüz E. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. İ.Ü. *Flornce Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1):45-53.

Karaduman S. (2017). Sakral Bölgeye Yapılan Masajın Doğuma Etkisi, G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Semra ÇEVİK).

Kenyon S, Bouvain M, Neilson JP. (2013). Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2(12):CD001058.

Kılavuz M. (2017). Tamamlayıcı Ve Alternatif Sağlık Yaklaşımlarının Gebelikte Kullanımı. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ).

- Kılıç M. ve Öztunç G. (2012). Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(21):35-51.
- Klomp T, Van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro Janssen ALM. (2012). Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9):CD009351.
- Koç Ö, Hava Özkan H, Hediye Bekmezci H. (2016). *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6(2):143-150.
- Kömürcü N, Ergin AB, Buckley S, Çalık KY, Çoker H, Karabekir N, Özdamar D. (2014). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 2-178.
- Kömürcü N, Ergin AB, Çalışkan E, Buckley JS, Çalık YK, Çoker H, Karabekir N. (2014). Doğum Ağrısının Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. 2.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, s.74.
- Kömürcü N, Berkiten Ergin A. (2008) Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Bedray Yayıncılık, İstanbul.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of systematic reviews*, (8):1-3.
- Li A, Wang C, Zhou H, Li G. (2022). Influences of position midwifery combined with mindful behavior training during pregnancy for elderly parous women on delivery outcome and parenting competence. *Acta Medica Mediterranea*, 38(6):3957-3965.
- Macdonald S (Ed), Magill Cuerden J, Warwick C. (2012). Mayes' midwifery. 14th ed, Elsevier publication, London, UK.
- Maddady Maddady S, Alizadeh Charandabi SM, Shafaei FS, Mirghafourvand M. (2018). Comparing the Effects of Hot Shower and Intravenous Injection of Hyoscine on the Pain Intensity and Duration of Active Phase of Labour in Nulliparous Women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(8):7-11.

- Metinoğlu M, Yalçın Irmak A, Albayrak Kaya S. (2017). Doğumu kolaylaştırıcı non-farmakolojik yöntemlerin bir nullipar gebe vakasında uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3):173-184.
- Mollamahmutoğlu L, Moraloğlu Ö, Özyer Ş, Akın Su F, Karayalçın R, Hançerlioğlu N, Uzunlar Ö, Dilmen U. (2012). The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 13(1):45-49.
- Murray SS, McKinney ES, Gorrie TM. (2002). Foundations of Maternal and Newborn Nursing. 3th Ed, W.B Saunders Company, Philadelphia, p. 242-394.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. p.1-89. (Erişim tarihi: 27.05.2023, Erişim Adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthywomen-and-babies-pdf-35109866447557>)
- Nikodem VC, Edwards SE, Krzyzanski AM, Berghella V, Hofmeyr G.J. (2022). Immersion in water during the second stage of labour: A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*, 4(6): 100721.
- Novikova N, Cluver C. (2012). Local anaesthetic nerve block for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4):CD009200.
- Özkan H, Çelebioğlu A, Üst ZD, Kurudirek F. (2016). Doğum sonu dönemde babaların ebeveynlik davranışlarının incelenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6(3):191-196.
- Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç M, Ağapınar S, Özorhan EY. (2013). Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3):117-121.
- Park M, Park KM. (2019). Effects of a reinforcement program for postpartum care behavioral skills of couples with their first baby. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(2):137- 148.

- Pereda-Goikoetxea B, Marín Fernández B, Huitzi Egilegor JX, Elorza Puyadena MI. (2023). The voice of memory in hospital birth: A phenomenological study. *Midwifery*, 116:103531. 1-9.
- Rathfisch G. (2017). Doğum Eylemi. İçinde: Beji NK (Ed). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.364-375
- Rathfisch G, Güngör İ. (2015). Doğum Eyleminde Ağrıyla Birliktelik. İçinde: Beji N (Ed), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s:3-20.
- Reshef S, Mouadeb D, Sela Y, Weiniger FC, Freedman SA. (2023). Childbirth, trauma and family relationships. *European Journal of Psychotraumatol*, 4(1):2157481.
- Reyhan F. (2017). Gebelerin Suda Doğuma İlişkin Bilgi Ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. E.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Doç. Dr. Fatma Deniz Sayiner).
- Roberts CL, Raynes Greenow CH, Nassar N, Trevena L, Mccaffery K. (2004). Protocol for a randomised controlled trial of a decision aid for the management of pain in labour and childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 4:1-9.
- Santana SL, Gallo SBR, Ferreira JHC, Quantana MS, Marcolin CA. (2013). Effect of showerbath on pain relief of parturients in active labor stage. *Rev Dor. SãoPaulo*, 14(2):111-113.
- Satılmış İG, Aktaş Demir S. (2023). Dünyada doğumda uygulanan girişimlerde iki uç durum: “Çok Az-Çok Geç” ve “Çok Fazla-Çok Erken” yapılan uygulamalar. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1):205-216.
- Scott J, Huskisson EC. (1976). Graphic representation of pain. *The Journal Of The International Study of Pain*, 2(2):175-184.
- Sezer Yıldız M. (2019). Doğumhanede Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. E.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Prof. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN).

- Smith CA, Collins CT, Crowther CA. (2011). Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7):CD009215.
- Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, Mesgarpour B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):CD009232.
- Solso RL, Maclin MK, Maclin OH. (2013). Cognitive Psychology. Bilişsel psikoloji. 5. Baskı, Ayçiçeği Din A. Kitabevi Yayıncılık, İstanbul.
- Şimşek NH, Demirci H, Bolsoy N. (2018). Sosyal destek sistemler ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2):97-103.
- Taşkın L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 16. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara, s.275-433.
- Taşkın A. (2019). Doğumun I. Evresinde Sıcak Duş Uygulamasının Ağrı Anksiyete Ve Konfor Üzerine Etkisi. K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli, (Danışman: Doç. Dr. Ayla ERGİN).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Doğum sonu bakım yönetim rehberi. Ankara.
- T.C. Sakarya Valiliği. (2022). İl Brifingi. (Erişim tarihi: 30.05.2023 Erişim Adresi: <http://www.sakarya.gov.tr/sehrimiz1>)
- Terry WS. (2009). Learning & Memory: Basic Principles, Processes and Procedures. Öğrenme & Bellek: Temel İlkeler, Süreçler Ve İşlemler. 3.Baskı, Cangöz Tavat B. (2013). Anı Yayıncılık, Ankara.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2014). Obstetric Care Consensus No 1. *Society For Maternal&Fetal Medicine*, 1:1-19.
- Topkara FN. (2019). Doğum Hafızası Ve Hatırlama Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Güvenirlik Çalışması Ve Postpartum Depresyon Prevalansı. E.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÇAĞAN).

- Topkara FN, Çağan Ö. (2021). Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin incelemesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3):245-253.
- Tosun S. (2019). Travayda Duş Almanın Annenin Doğum Ve Doğum Sonrası Konforuna Etkisi. A.S.B.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KOYUN).
- Tosun S, Taştekin Ouyaba A. (2021). Travayda Duş Almanın Doğum Memnuniyetine ve Doğum Sonrası Konforuna Etkisi. *Ahi Evran Medical Journal*, 5(2):126-133.
- Tournaire M, Theau Yonneau A. (2007). Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine : ECAM*, 4(4):409-417.
- Tulunay M, Tulunay FC. (2000). Ağrı Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri. 2.Baskı, Alemkar Ofset Yayıncılık, İstanbul, s.91-107.
- Tuncay S. (2016). Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti Ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi. Y.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN).
- Tuncay S, Kaplan S, Moraloğlu Tekin Ö. (2017). An assessment of the effects of hydrotherapy during the active phase of labor on the labor process and parenting behavior. *Clinical Nursing Research*, 28(3):298-320.
- Tulving E, Szpunar KK. (2009). Episodic memory. *Scholarpedia*, 4(8):3332.
- Turan A. (2021). Doğum Eyleminde Sakral Bölgeye Yapılan Sıcak Uygulamanın Kadınların Ağrı Düzeyi ve Doğum Süreçlerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK)
- Turan A, Yılmaz T. (2019). Doğumun İkinci Evresinin Süresi, Uzaması Ve Yönetimi. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2):102-119.

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). Doğum İstatistikleri. (Erişim Tarihi: 27.05.2023 Erişim adresi: <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Dogum-Istatistikleri-2022-49673>).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). İş Gücü İstatistikleri. (Erişim Tarihi: 26.05.2023 Erişim adresi: <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Isgucu-Istatistikleri-2022-49390>).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). Ulusal Eğitim İstatistikleri. (Erişim Tarihi: 25.05.2023 Erişim adresi: <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2022-49756>).
- Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Kurumu (TNSA), 2018 Ana Raporu (Erişim Tarihi: 27.05.2023 Erişim Adresi: [http://Www.Sck.Gov.Tr/Wp/Content/Uploads/2020/08/Tnsa 2018 Ana Rapor.Pdf](http://Www.Sck.Gov.Tr/Wp/Content/Uploads/2020/08/Tnsa%2018%20Ana%20Rapor.Pdf)).
- Türkmen H. (2023). Focused attention methods and focus points at labor. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 6(1):55-62.
- Uysal C. (2020). Doğum Ağrısı Yönetiminde Steril Su Enjeksiyonunun Etkisi: Randomize, Tek Kör, Plasebo Kontrollü Bir Çalışma. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. İlkay BOZ).
- Uysal C, Boz İ, Salman S. (2022). Doğum eyleminin aktif fazında yaşanan bel ağrısının yönetiminde steril su enjeksiyonunun etkisi: Randomize plasebo kontrollü bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(2):163-174.
- World Health Organization. (2016). Care in Normal Birth, A practical guide, (Erişim Adresi:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf).
- World Health Organization. (2018). WHO Recommendations On Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. p.19-195.

- Yeşilçiçek Çalık K. (2011). Doğum Eyleminde Sp6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ).
- Yeşildağ B, Gölbaşı Z. (2018). Doğum ağrısının yönetiminde non farmakolojik yöntemlerin etkinliğini değerlendiren lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3):104-111.
- Yıldız H. (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2):98-105.
- Yılmaz Sezer N. (2012). Doğum Salonunda Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Non Farmakolojik Yöntemleri Bilme Ve Kullanma Durumları. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ).
- Yüksel H. (2016). Normal Doğumda Nefes Egzersizlerinin Doğum Travayına Etkisi. A.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Yasemin Çayır).
- Zauderer RC, Lowdermilk LD, Perry ES, Cashion K, Alden RK (Ed.). Maternity Women's Health, Elsevier Publication, 11.Ed, London, UK, s.381-409.
- Zuarez-Easton S, Erez O, Zafran N, Carmeli J, Garmi G, Salim R. (2023). Pharmacologic and non pharmacologic options for pain relief during labor: An expert review. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 228(5):1249-1258.

EKLER

Ek-1) TANITICI ANKET FORMU

Ek-1) TANITICI ANKET FORMU

Bu çalışma 'Travay Sürecinde Duş Almanın Algılanan Doğum Ağrısı, Ebeveynlik Davranışı ve Doğum Hafızasına Etkisi''nin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Soruların doğru şekilde yanıtlanması, sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir. Elde edilen veriler bilimsel amaçlarla kullanılacak, başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Anket No: :

Tarih:

Hasta Adı-Soyadı:

A) GEBENİN SOSYO -DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ:

1-Yaşınız:.....

2-Medeni durumunuz?

1.Evli 2.Bekar

3-Eğitimin durumunuz?

1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3. İlköğretim mezunu 4.Lise mezunu

5. Üniversite ve üzeri

4-Yaşadığınız yer?

1.İl 2.İlçe 3.Mahalle 4.Köy

5- Çalışma durumunuz?

1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor

6-Gelir durumunuz?

1.Gelirim giderimden az 2.Gelirim giderime denk 3.Gelirim giderimden fazla

B) GEBELİĞE İLİŞKİN BİLGİLER:

1-Gebelik Haftası:

2-Gebelik Sayısı:

3-Düşük sayısı:

4-Kürtaj sayısı:

5-Gebeliğiniz planlı mıydı?

1. Evet 2. Hayır

6-Gebelik sürecinde herhangi bir sağlık sorununuz oldu mu?

1. Evet (Belirtiniz).....

2. Hayır

7-Gebelik döneminde doğuma/doğum ağrısına yönelik hazırlık eğitim aldınız mı?

() Evet

() Hayır

8-Evet ise kimden eğitim aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Doktor 2. Ebe 3. Hemşire 4. Doula/Serbest Ebe 5. Diğer

9-Kendinizi normal doğum yapmak için hazır hissediyor musunuz?

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

10-Şu anki ağrınızı tanımlar mısınız?

1. Sırttan başlayıp karnıma yayılan bir ağrı 2. Belime vuran bir ağrı

3. Bütün vücudumda hissettiğim bir ağrı 4. Dayanılabılır bir ağrı

5. Adet ağrısı gibi

6. Diğer.....

11-Normal yaşantınızda ağrınız (adet ağrısı vb.) olduğunda ağrınızı gidermek için ne tür girişimler yaparsınız?

1. Hiçbir şey yapmam

2. Masaj yaparım

3. Sıcak uygulama

yaparım

4. Ağrı kesici alırım

5. Farklı şeylerle uğraşarak dikkatimi dağıtırım

6. Müzik dinlerim

7. Diğer

12-Sizce doğum ağrılarını azaltabilecek yöntemler nelerdir?

.....

13-Doğum sürecini hızlandırdığını düşündüğünüz uygulamalar nelerdir?

.....

Ek-2) DOĞUM EYLEMİNE İLİŞKİN İZLEM FORMU

Ek-2) DOĞUM EYLEMİNE İLİŞKİN İZLEM FORMU

1-Gebelik Haftası :

2- Doğum ağrılarının başladığı tarih saat/gün :

3- Doğumun 1. evresinde yapılan uygulamalar

- | | | | |
|---------------|---------------|---------------|------------------------|
| 1. Amniyotomi | 2. İndüksiyon | 3. Yürütme | 4. Oksijen İnhalasyonu |
| 5. Lavman | 6. Aç bırakma | 7. Diğer..... | |

4-Doğumun 1. evresinde uygulanan ilaçlar

- | | | | |
|----------------|---------------------|--------------|---------------|
| 1. oksitosin | 2. Prostoglandin E2 | 3. Epidosin | 4. Dolantin |
| 5. Antibiyotik | 6. Cytotec | 7. Hidrasyon | 8. Diğer..... |

5- Travayda uygulanan duş öncesi ve sonrası değerlendirmeler

Değerlendirme Kriterleri	Hastaneye Başvuruda	4-5 cm iken Uygulama Öncesi	4-5 cm iken Uygulama Sonrası	7-8 cm iken Uygulama Öncesi	7-8 cm iken Uygulama Sonrası
Saat					
Dilatasyon					
Efesman					
Baş Seviyesi					
Membranlar					
VAS Değeri					
Fetal Kalp Atımı					

6-Sıcak duş uygulamasının başlangıç saati: 1.uygulama 2.uygulama ...

7-Sıcak Duş uygulamasının bitiş saati: 1.uygulama 2.uygulama ...

8-Doğumun şekli: ()NSD ()Vajinal Müdahaleli Doğum

()Sectio/Sezeryan

9-Epizyotomi/ Laserasyon: ()Var ()Yok

10-Yenidoğan Apgar Puanı: 1.Dakika 5.Dakika

11-Yenidoğanın cinsiyeti: () Kız ()Erkek

12-Yenidoğanın Ağırlığı:

EK-3) GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VİSUAL ANALOG SCALE)

EK-3) GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VİSUAL ANALOG SCALE)

Ad-Soyad:



EK-4) DOĞUM SONRASI EBEVENLİK DAVRANISI ÖLÇEĞİ

EK-4) DOĞUM SONRASI EBEVENLİK DAVRANISI ÖLÇEĞİ

Doğumdan sonra ebeveyn ve bebeğin karşılaştığı ilk 10 dakika içinde gözlemci, ebeveynin bebeğine karşı gösterdiği davranışları gözlemleyerek, var olan davranışa artı (+) ve olmayan davranışa eksi (-) işareti koyarak kayıt edilmiştir.

Öğeler	Açıklama	+ -
1.Yakın temas	Bebeği giysili ya da çıplak olarak mümkün olduğu kadar bedenine temas edecek şekilde yakın tutma ve koluyla sarma ya da kucaklama.	
2.Sevgiyle dokunma	Bakım ya da inceleme amaçları dışında nazikçe okşama, öpme, öpücük gönderme, el çırpma, yanağını okşama gibi davranışlarla bebeğe sevgiyle dokunma.	
3.Bebeği inceleme	Bebeğin üzerini açarak ellerini, parmaklarını ve ayaklarını kontrol etme gibi araştırmacı davranışlarda bulunma.	
4.Sevgiyle konuşma	Bebekle sevgi sözcükleri kullanarak ve sevecen bir tonda konuşma.	
5.Olumlu yorumlar	Bebek hakkında olumsuz ya da hiç bir anlam içermeyen sözler yerine olumlu sözler söyleme (Örneğin: Tatlı, iyi, güzel gibi ya da gelecekle ilgili olumlu ifadeler kullanma. "Büyüdüğünde baban gibi çok güçlü olacaksın").	
6.Mutluluk	Zamanın %75'inden fazlasında gülümseme ve/veya mutlu görünme.	
Toplam Puan		

EK-5) DOĞUM HAFİZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ

EK-5) DOĞUM HAFİZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ

DOĞUM HAFİZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ								
Bu ölçek en son çocuğunuzun doğumunun hatıralarının nasıl olduğu ve doğumu şu anda hatırladığınızda nasıl hissettiğiniz ile ilgili ifadeler içermektedir. Doğum anılarına ilişkin aşağıda bulunan ifadeleri değerlendirip, ilgili rakamı daire içerisine alarak katılma derecenizi belirtiniz. Teşekkür ederiz.								
	DUYGUSAL HAFIZA	Kesinlikle Katılmıyorum.						Kesinlikle Katılıyorum.
1	Doğum anındaki duygularım son derece olumluydu.	1	2	3	4	5	6	7
2	Doğum anındaki duygularım son derece olumsuzdu.	1	2	3	4	5	6	7
3	Doğumu hatırladığımda, duygularım son derece olumludur.	1	2	3	4	5	6	7
AMBİVALAN DUYGUSAL HAFIZA								
4	Doğum anında olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım.	1	2	3	4	5	6	7
5	Doğumu hatırladığımda olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
HAFIZANIN MERKEZLİLİĞİ								
6	Doğum deneyimi, yaşamımdaki diğer deneyimlerden etkilenmiştir.	1	2	3	4	5	6	7
7	Doğum deneyimi kendimi ve dünyayı anlamamda odak noktası olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7
8	Doğum deneyimi yaşamımda bir dönüm noktası olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7
9	Doğum deneyiminin geleceğim üzerindeki etkileri hakkında sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
TUTARLILIK VE TEKRAR YAŞAMA								
10	Doğumu anını içerisinde büyük eksiklikler olmayan, mantıklı ve tutarlı bir olay olarak hatırlarım	1	2	3	4	5	6	7
11	Doğum anını bazı kısımları eksik olarak, parçalar halinde hatırlarım.	1	2	3	4	5	6	7
12	Doğumu hatırladığımda, doğum anında gördüklerimi tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
13	Doğumu hatırladığımda, doğum anında vücudumda hissettiklerimi tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
14	Doğumu hatırladığımda, doğumu geçmişte olmuş gibi değil de sanki doğum şuan oluyormuş gibi hissedip, tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
15	Doğumu hatırladığımda, doğum anında duyduğum sesleri tekrar duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
DUYUSAL HAFIZA								
16	Doğumu düşündüğümde, kokuları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17	Doğumu düşündüğümde, tatları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
18	Doğumu düşündüğümde, sesleri hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19	Doğumu düşündüğümde, dokunuşları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
İSTEMSİZ HATIRLAMA								
20	Doğum anı (ya da doğum anındaki olayların bir kısmı) ben düşünmesem bile kendiliğinden aklıma gelir.	1	2	3	4	5	6	7
21	Günlük yaşamımda gerçekleşen olaylar beklenmedik bir şekilde doğum anını (ya da doğum anındaki olayların bir kısmını) hatırlatır.	1	2	3	4	5	6	7



EK-8) BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK-8) BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı; katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Travay Sürecinde Duş Almanın Algılanan Doğum Ağrısı, Ebeveynlik Davranışı Ve Doğum Hafızasına Etkisi’’dir. Araştırmanın amacı; travay esnasında ki duş uygulamasının algılanan ağrıya, ebeveynlik davranışına ve doğum hafızasına değerlendirilmektir. Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için gebeliğinizin 37-41. haftalar arasında olmanız, 18-41 yaş aralığında olmanız ve araştırmaya katılmayı kabul etmeniz gerekir. Anket sorularını yanıtlamanız çok vaktinizi almayacaktır, süre kısıtlamanız bulunmamaktadır. Örneklem dâhil olacak kadınların atanacakları grup randomizasyon ile belirlenecektir. Randomizasyon kapalı zarf yöntemi ile yapılacaktır. Örneklem oluşturmak için araştırmacılar gebelere çalışma hakkında bilgi verecek ve randomizasyon işlemi için bir zarfa ‘Duş Grubu’(40 kişi), diğerine ‘Kontrol Grubu’(40 kişi) yazıları konacaktır. Örneklem dâhil olma kriterlerine uyan gebelere araştırma hakkında bilgi verilecek, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden zarflardan birisini seçmeleri istenecektir.

Deney Grubuna; Araştırmaya katılmayı kabul eden ve randomizasyonla deney grubuna alınan gebelere araştırmanın 1. aşamasında ilk olarak tanıtıcı anket formu doldurulacak ve hastaneye başvuruındaki ağrı düzeyi sorgulanacaktır. Daha sonra araştırmacı tarafından bu grupta yer alan kadınların doğum eylemine ilişkin takipleri yapılacaktır. Servikal dilatasyonu 4-5 cm ulaşan gebeye 20 dakika süre ile 1. ılık duş uygulaması yapılacaktır. Duş uygulaması öncesinde ve Duş uygulaması sonrasındaki 5 dakikalık sürede Görsel kıyaslama Ölçeği ile ağrı düzeyi sorgulanacak ve kaydedilecektir. Aynı işlem 2. Uygulama olarak gebe 7-8 cm servikal dilatasyona ulaştığında tekrarlanacaktır. Araştırmanın 2. aşamasında doğum sonundaki ilk 10 dakikalık dönemde anne ve bebek etkileşim ve ten tene temasın başlatılması sağlanacak ve bu süre içinde doğum sonu ebeveynlik davranışı ölçeği doldurulacaktır. Aynı zamanda da doğum ve doğum sonrasına ilişkin takip bilgileri kaydedilecektir. Araştırmanın 3. aşamasında doğum sonrası birinci haftada doğum hafızası ve hatırlama ölçeği doldurulacaktır. Kontrol Grubuna; Araştırmaya katılmayı kabul eden ve randomizasyonla kontrol grubuna alınan gebelere 1. aşamasında ilk olarak tanıtıcı anket formunu doldurması sağlanacaktır. Daha sonra araştırmacı tarafından kontrol grubundaki kadınlar doğumhanede takipleri yapılacaktır. Kontrol grubunda yer alan kadınlara herhangi bir müdahalede bulunulmayacak ve kliniğin rutin takip protokolü (İndüksiyon uygulaması dâhil) doğrultusunda izlenecektir. Kontrol grubunda yer alan kadınların servikal dilatasyonu 4-5 cm ve 7-8 cm olduğunda ağrı düzeyleri Görsel Kıyaslama Ölçeği ile değerlendirilecek ve doğum eylemine ilişkin izlem formundaki

kısımlar doldurulmaya devam edilecektir. Araştırmanın 2.aşamasında doğum sonundaki ilk 10 dakikalık dönemde anne ve bebek etkileşim ve ten tene temasın başlatılması sağlanacak ve bu süre içinde doğum sonu ebeveynlik davranışı ölçeği doldurulacaktır. Aynı zamanda da doğum ve doğum sonrasına ilişkin takip bilgileri kaydedilecektir. Araştırmanın 3. aşamasında doğum sonrası birinci haftada doğum hafızası ve hatırlama ölçeği doldurulacaktır. Araştırma ile ilgili olarak, ankette yer alan sorulara size uygun olan yanıtları vermeniz sizin sorumluluklarınızdır. Eksik bilgi verilmesi durumunda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; doğum ağrınızın azalması, doğum sonu memnuniyet durumunuzun yüksek olması, güzel bir doğum süreci olarak hatırlanması ve bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka çalışmalara ışık tutmasıdır. Bu araştırmada invaziv bir girişim uygulanmayacağı için katılımcılar için risk bulunmamaktadır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllüğün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilir. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş kabul edilir.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin

bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON ve FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI SOYADI		
TARİH		

