



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

**TRAVAY SÜRECİNDE REFAKATÇI VARLIĞININ DOĞUM
KORKUSU, DOĞUM AĞRISI ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NESLİHAN KURT

**AMASYA
ARALIK 2025**

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

**TRAVAY SÜRECİNDE REFAKATÇI VARLIĞININ DOĞUM
KORKUSU, DOĞUM AĞRISI ÜZERİNE ETKİSİ**

Neslihan KURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Doç. Dr. Duygu MURAT ÖZTÜRK

AMASYA
ARALIK 2025

YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Neslihan KURT tarafından hazırlanan “TRAVAY SÜRECİNDE REFAKATÇI VARLIĞININ DOĞUM KORKUSU, DOĞUM AĞRISI ÜZERİNE ETKİSİ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Duygu MURAT ÖZTÜRK

Ebelik Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Demet ÇAKIR

Ebelik Anabilim Dalı, Gaziosmanpaşa Üniversitesi

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Zeliha KARAPELİT

Ebelik Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi

.....

Tez Savunma Tarihi: 22/ 12/ 2025

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Doç. Dr. Gonca ÜSTÜN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Neslihan KURT

22/12/2025



Sevgili aileme

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimin her aşamasında yardımını ve bilgisini esirgemeyen, her zaman pozitif ve anlayışlı yaklaşımıyla beni yönlendiren, daima teşvik eden, desteği ile her zaman güç bulduğum değerli hocam Doç. Dr. Duygu MURAT ÖZTÜRK' e en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma jürimde yer alarak katkı ve önerilerini sunan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Zeliha KARAPELİT ve Dr. Öğr. Üyesi Demet ÇAKIR' a

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşarak akademik gelişimime katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma içten teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim boyunca yanımda olan beni her daim teşvik eden sevgili aileme,
Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen yüksek lisans arkadaşlarıma,
Desteklerini her daim hissettiğim Suluova Devlet Hastanesi doğum salonu ekip arkadaşlarıma,

Veri toplama sürecimde destek olan Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma hastanesi Doğum salonu ekibine,

Verileri toplama sürecimde destek olan ebe arkadaşlarıma ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere,

Saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Neslihan KURT

ÖZET

TRAVAY SÜRECİNDE REFAKATÇI VARLIĞININ DOĞUM KORKUSU, DOĞUM AĞRISI ÜZERİNE ETKİSİ

Neslihan KURT

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aralık 2025
Danışman: Doç. Dr. Duygu MURAT ÖZTÜRK

Bu çalışma ile travay sürecinde anne yanında bulunan doğum destekçisinin (refakatçının) doğum korkusu ve doğum ağrısı üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmaktadır. Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışma, 15 Haziran 2024- 15 Aralık 2024 tarihleri arasında Suluova Devlet Hastanesi ve Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanelerinin Doğum Salonlarında gerçekleştirilmiştir. Anket, Latent fazda (0-5 cm) doğum salonuna kabul edilen gebelere aktif faza geçtiğinde veya 4-6 saat travay takibi yapılan 143 (64 refakatçi olan, 79 refakatçısı olmayan) gebeye uygulanmıştır. Veriler, sosyodemografik verilerden ve obstetrik verilerden oluşan Gebe Tanıtım Formu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu, Angle Doğum Ağrısı Ölçeği, VAS Ağrı Skalası ve Doğum Sonuçları Bilgilerini içeren form ile toplanmıştır. Bu çalışmadaki tüm verilerin analizleri RStudio (versiyon 4.4.3) programı aracılığı ile yapılmıştır. Veriler, Student-t testi, Mann-Whitney U testi, ki-kare testi ve Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Refakatçinin varlığı ile hem VAS skoru hem de Angle skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Aynı zamanda Angle ölçeğinin, rahimde kasılma ağrısı, sırt ağrısı ve uzun süreli ağrı, doğum (iniş) ağrısı gibi ağrıya ait ve korku/endişe alt boyutu da anlamlı bulunmuştur. Wijma skoru ile refakatçinin varlığı arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Refakatçi olan grupta Wijma ölçeği skoru $50,4\pm 27,3$ iken, refakatçısı olmayan grupta bu değer $63,8\pm 29,2$ olarak hesaplanmıştır. Refakatçi desteğinin klinik parametrelerden çok, kadınların doğum deneyimine ilişkin algı ve memnuniyet düzeylerinde etkisi olduğu, doğum sürecine aktif katılımı artırdığını, bazı müdahalelerin azalmasına katkı sağladığını ve literatürdeki bulgularla uyumlu olduğu göstermektedir. Araştırmamızın sonucunda gebelik sürecinde yürüyüş, masaj veya pilates gibi aktivitelerin uygulanmasının doğum korkusu ve ağrı algısını azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Bu durum, gebelerin hem psikolojik iyilik halini hem de doğum deneyimini olumlu yönde etkilemektedir. Doğum ortamlarının doğumda refakatçi alımını sağlayacak şekilde düzenlenmesi ve kadının doğumda tercih ettiği bir kişinin doğumda ona refakat edebilmesi ve aynı zamanda sürekli ebe desteği sağlanabilecek şekilde yeni düzenlemelerde yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum destekçisi, Doğum ağrısı, Doğum korkusu, Ebe, Refakatçi

ABSTRACT

THE EFFECT OF A COMPANION'S PRESENCE DURING LABOR ON FEAR OF CHILDBIRTH AND LABOR PAIN

Neslihan KURT

Amasya University, Institute of Health Sciences
Midwifery Department, Master's Thesis, December 2025
Advisor: Assoc. Dr. Duygu MURAT ÖZTÜRK

This study aims to examine the effect of the presence of a birth support person (companion) alongside the mother during labor on fear of childbirth and labor pain. It is a descriptive study. The study was conducted between June 15, 2024, and December 15, 2024, in the delivery rooms of Suluova State Hospital and Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Training and Research Hospital. The questionnaire was administered to 143 pregnant women (64 with companions, 79 without companions) who were admitted to the delivery room in the latent phase (0-5 cm) and who entered the active phase or underwent labor monitoring for 4-6 hours. Data were collected using a Pregnant Woman Introduction Form consisting of sociodemographic and obstetric data, the Wijma Birth Expectation/Experience Scale Version A, the Angle Labor Pain Scale, the VAS Pain Scale, and a form containing information on birth outcomes. All data in this study were analyzed using RStudio (version 4.4.3) software. Data were evaluated using Student-t test, Mann-Whitney U test, chi-square test, and Spearman correlation coefficient. A statistically significant difference was found between the presence of a caregiver and both the VAS score and the Angle score ($p<0,001$). Additionally, the pain subscale (such as uterine contraction pain, back pain and prolonged pain, and labor pain) and the fear/anxiety subscale of the Angle scale were also found to be significant. A significant difference was also found between the Wijma score and the presence of a caregiver ($p<0,001$). The Wijma scale score was $50,4\pm27,3$ in the group with a caregiver, while it was $63,8\pm29,2$ in the group without a caregiver. The study shows that companion support has a greater impact on women's perceptions and satisfaction levels regarding their birthing experience than on clinical parameters, increasing their active participation in the birthing process, contributing to a reduction in some interventions, and is consistent with findings in the literature. Our research also revealed that activities such as walking, massage, or Pilates during pregnancy are effective in reducing fear of childbirth and perceived pain. This positively affects both the psychological well-being and the birthing experience of pregnant women. It is recommended that birthing environments be redesigned to accommodate companions, allowing a woman to be accompanied by someone of her choice during childbirth, and that new arrangements be made to ensure continuous midwifery support.

Keywords: Birth support, Labor pain, Fear of birth, Midwife, Companion

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Doğum Eylemi ve Süreci.....	4
2.1.1. Doğum sürecinin evreleri.....	4
2.1.1.1. Doğumun birinci evresi.....	4
2.1.1.2. Doğumun ikinci evresi.....	5
2.1.1.3. Doğumun üçüncü evresi.....	5
2.1.1.4. Doğumun dördüncü evresi.....	5
2.1.2. Doğum sürecini etkileyen faktörler.....	5
2.2. Doğum Korkusu	6
2.2.1. Doğum korkusunun sınıflandırılması.....	7
2.2.2. Doğum korkusuna neden olan faktörler	7
2.3. Doğum Ağrısı.....	8
2.3.1. Doğum ağrısının özellikleri	9
2.3.2. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler	9
2.3.2.1. Non-farmakolojik yöntemler.....	9
2.3.3. Doğum ağrısının yönetiminde ebe nin rolü	11
2.4.Doğumda Sosyal Destek ve Sosyal Destek Sistemleri	12
2.4.1.Doğumda sosyal destek bileşenleri.....	13
2.4.2. Doğumda sosyal destek kaynakları.....	13
2.4.2.1.Doğum sürecinde ebe desteği.....	13
2.4.2.2.Doğum sürecinde refakatçi desteği.....	16

2.4.3. Doğumda destekleyici bakımın faydaları	16
2.4.4. Doğumda sosyal destek tercihleri	17
3.YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2.Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
3.4.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri.....	20
3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri	20
3.4.3 Araştırmadan çıkarılma kriterleri	20
3.5. Veri Toplama Form ve Araçları	20
3.5.1. Gebe tanıtım formu	20
3.5.2. Wijma doğum beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu:.....	20
3.5.3. Angle Doğum Ağrısı Ölçeği (A-LPQ-Angle Labor Pain Questionnaire):	21
3.5.4. Visual Analog Skala (Vas).....	21
3.5.5. Doğum sonuçları bilgilerini içeren form	22
3.6. Verilerin Toplanması	22
3.7. Verilerin Analizi.....	22
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	23
4.BULGULAR	24
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	25
4.3.Gebelerde Doğum Sırasında Uygulanan Uygulamaların Wijma, Angle ve VAS Skorlarına Etkisine İlişkin Bulgular	26
4.4. Gebelerde Yürüyüş, Masaj veya Pilatesten En Az Birinin Uygulanmasına Göre Wijma, Angle ve VAS Skorları.....	28
4.5. Gebelerde Refakatçi Bulunma Durumu, Refakat Eden Kişiler ve Sağladıkları Duygusal/Fiziksel Destek Bulguları	30
4.6. Gebelerde Refakatçi Olan ve Olmayan Gruplarda Doğum Öncesi ve Doğum Sürecindeki Uygulamalara İlişkin Bulgular	31
4.7.Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre VAS Skoru	32
4.8. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Angle Skoru Ve Cronbach's Alpha Katsayısı...	33

4.9. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Angle Alt Boyut Skorları ve Cronbach's Alpha Katsayıları	33
4.10. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Wijma Skoru Ve Cronbach's Alpha Katsayısı	34
4.11. Gebelerde Refakatçi Varlığı/Yokluğuna Göre Hastane ve Doktor/Ebe Memnuniyetinin Karşılaştırılması	35
4.12. Gebelerde Refakat eden gruba göre Wijma, Angle ve VAS skorları	35
5.TARTIŞMA	37
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	37
5.2. Gebelerde Doğum Sırasında Uygulanan Uygulamaların Wijma, Angle ve VAS Skorlarına Etkisine İlişkin Bulguların tartışılması	39
5.3. Gebelerde Yürüyüş, Masaj veya Pilatesten En Az Birinin Uygulanmasına Göre Wijma, Angle ve VAS Skorları Bulgularının Tartışılması	41
5.4. Gebelerde Refakatçi Bulunma Durumu, Refakat Eden Kişiler ve Sağladıkları Duygusal/Fiziksel Destek Bulguların Tartışılması	42
5.5. Gebelerde Refakatçi Olan ve Olmayan Gruplarda Doğum Öncesi ve Doğum Sürecindeki Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması	43
5.6. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Angle ve VAS Skoru Bulgularının Tartışılması	44
5.7. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Wijma Skoru Bulgusunun Tartışılması	45
5.8. Gebelerde Refakatçi Varlığı/Yokluğuna Göre Hastane ve Doktor/Ebe Memnuniyetinin Karşılaştırılması	46
5.9. Gebelerde Refakat eden gruba göre Wijma, Angle ve VAS skorlarının Tartışılması	46
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	49
EKLER	60
Ek-1: Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzni	61
Ek-2: Suluova Devlet Hastanesi Kurum İzni	62
Ek-3: Angle Doğum Ağrısı Ölçeği (A-LPQ-Angle Labor Pain Questionnaire):	63
Ek-4: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W- Deq) A Versiyonu	64
Ek-5: Vizuel Analog Skala (Vas)	68
Ek-6: Gebe Tanıtım Formu	69
Ek-7: Doğum Sonuçları Bilgilerini İçeren Form	70

ÖZGEÇMİŞ	72
----------------	----



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	24
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	25
Tablo 4.3. Gebelerde Doğum Sırasında Uygulanan Uygulamaların Wijma, Angle ve VAS Skorlarına Etkisine İlişkin Bulgular.....	26
Tablo 4.4. Gebelerde Yürüyüş, Masaj veya Pilatesten En Az Birinin Uygulanmasına Göre Wijma, Angle ve VAS Skorları.....	28
Tablo 4.5. Gebelerde Refakatçi Bulunma Durumu, Refakat Eden Kişiler ve Sağladıkları Duygusal/Fiziksel Destek Bulguları.....	30
Tablo 4.6. Gebelerde Refakatçi Olan ve Olmayan Gruplarda Doğum Öncesi ve Doğum Sürecindeki Uygulamalara İlişkin Bulgular.....	31
Tablo 4.7. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre VAS Skoru.....	32
Tablo 4.8. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Angle Skoru Ve Cronbach's Alpha Katsayısı.....	33
Tablo 4.9. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Angle Alt Boyut Skorları ve Cronbach's Alpha Katsayıları.....	33
Tablo 4.10. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Wijma Skoru ve Cronbach's Alpha Katsayısı.....	34
Tablo 4.11. Gebelerde Refakatçi Varlığı/Yokluğuna Göre Hastane ve Doktor/Ebe Memnuniyetinin Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.12. Gebelerde Refakat Eden Gruba Göre Wijma, Angle ve VAS Skorları.....	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. VAS, Wijma, Angele ve Angle Alt Boyutları Arası İlişki.....	29
---	----



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklama

D

Etki Büyüklüğü

Kısaltmalar

Açıklama

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

W-DEQ

Wijma Doğum

Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

WHO

Dünya Sağlık Teşkilatı

TENS

Transkütanöz Elektriksel Sinir
Stimulasyonu

ICM

Uluslararası Ebeler
Konfederasyonu

A-LPQ

Angle Labor Pain Questionnaire

VAS

Vizuel Analog Skala

1.GİRİŞ

Doğum, kadın yaşamında yalnızca biyolojik değil; aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel yönleriyle kapsamlı bir deneyimdir. Kadının doğuma ilişkin algısı ve deneyimi, yalnızca doğumun seyrini etkilememekle birlikte doğum sonrası ruhsal durumunu, anne-bebek bağlanmasını, emzirme davranışlarını ve genel yaşam kalitesini de etkilemektedir (World Health Organization [WHO], 2018). Günümüzde obstetri alanında anne ve bebeğin sağlıklı doğum yapmasının yanı sıra kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşaması da temel hedeflerden biri haline gelmiştir.

Annenin olumlu bir doğum deneyimi yaşaması için gebelik ve doğum sürecini sorunsuz bir şekilde geçirmesi önemlidir. Gebelik sürecinde sık rastlanan sorunlardan biri doğum korkusu (fear of childbirth) olup; kaygı, kontrol kaybı duygusu, doğuma karşı olumsuz beklentiler ve doğum şekline yönelik tercihler üzerinde etkili olmaktadır. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği (W-DEQ) ile yapılan çalışmalarda, kadınların yaklaşık %10–15’inde ağır düzeyde doğum korkusu bulunduğu bildirilmiştir (Wijma, Wijma ve Zar, 1998; Nilsson vd., 2018). Doğum korkusu; sezaryen talebinde artış, doğum sonrası depresyon ve anksiyete riskinde yükselme, ayrıca olumsuz doğum deneyimleri ile ilişkilendirilmiştir (O’Connell vd., 2017). Türkiye’de yapılan bir çalışmada da kadınların yaklaşık üçte birinin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı, %15’inin ise şiddetli doğum korkusu taşıdığı ve doğum korkusu ile ağrı algısı arasında güçlü pozitif ilişki bulunduğu raporlanmıştır (Çelik vd., 2019).

Doğum ağrısı fizyolojik sürecin doğal bir parçası olmakla birlikte, kadının algısı bireysel faktörler, psikolojik durum, sosyal destek düzeyi ve sağlık ekibiyle olan ilişkiden etkilenmektedir (Sauls, 2002). Yoğun doğum ağrısı ve anksiyete, maternal katekolamin düzeylerini artırarak uterin kontraksiyonların etkinliğini azaltabilir, doğum süresini uzatabilir ve daha fazla tıbbi müdahale gereksinimine yol açabilir (Lederman vd., 1978; Buckley, 2023). Bunun yanı sıra, aşırı kaygı ve ağrı doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebilir ve postpartum depresyon riskini artırabilir (Nilsson vd., 2018). Türkiye’de yapılan bir araştırmada da, travay odasındaki fiziksel koşulların ve annenin destek/ kontrol algısının doğum korkusu ve memnuniyet üzerinde doğrudan etkili olduğu; tek kişilik odalarda ve destek algısı yüksek olan kadınların doğum korkusunun daha düşük, memnuniyet düzeyinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur (Demirel vd., 2022).

Gebelik ve doğum sürecinde kadın vücudunda çeşitli değişiklikler meydana gelir. Korku, baş etmede güçlük ve ağrı gibi engeller, doğum sürecini karmaşık hâle getirebilir. Sosyal destek, bu engellerin aşılmasında kritik rol oynar ve doğum korkusunu azaltarak olumlu deneyim sağlamaya katkıda bulunur (Adams vd., 2012; Fenwick vd., 2009). Doğum desteği, sadece sağlık profesyonelleri tarafından değil, gebelerin yakınları, eşi veya aile üyeleri aracılığıyla da sağlanabilir. Destek olacak kişi ile gebeler arasında önceden kurulmuş duygusal bağ ve güven duygusu bulunması, sürecin etkinliği açısından önemlidir (Lally vd., 2008; Smith vd., 2020).

Doğum sürecinde sağlanan sosyal destek kritik önem taşımaktadır. Sosyal destek, psikolojik stresin olumsuz etkilerini tamponlayarak bireyin kaygı düzeyini azaltmakta ve baş etme becerilerini güçlendirmektedir (Cohen ve Wills, 1985). Doğum destekçisi, anneye sürekli fiziksel, duygusal ve bilişsel destek sağlayarak bu süreçte önemli bir rol üstlenmektedir. Destekçiler; doğumun farklı evrelerinde annenin yanında bulunmakta, nefes ve gevşeme teknikleri öğretmekte, mobilizasyonu teşvik etmekte ve annenin kendini daha güçlü hissetmesine katkı sağlamaktadır (Bohren vd., 2017). Türkiye’de yapılmış bir tez çalışmasında adolesan gebelerde algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının doğum korkusunu azalttığı saptanmıştır (Buldum, 2018).

Cochrane derlemeleri, doğum sırasında sürekli destek alan kadınlarda sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarının azaldığını, doğum süresinin kısaldığını, analjezi kullanımının azaldığını ve doğum deneyiminin daha olumlu değerlendirildiğini ortaya koymuştur (Bohren vd., 2017). Benzer şekilde, destekçinin varlığı doğum korkusunun azalması, ağrı algısının hafiflemesi, anksiyetenin düşmesi ve doğum sonrası dönemde anne memnuniyetinin artması ile ilişkilendirilmiştir (Sauls, 2002; PCORI, 2023). Türkiye’de yapılan sistematik bir inceleme ise doğum korkusunu azaltmaya yönelik eğitim, danışmanlık, nefes teknikleri, müzik terapisi gibi destekleyici yöntemlerin etkili olduğunu ortaya koymuştur (Çiftçi vd., 2022). Bu bulgular, doğum destekçisinin sağladığı psikososyal desteğin önemini yerel bağlamda da doğrulamaktadır. Ancak ebe ve refakatçi destekleri birbirinden farklı uygulamalar içerir. Bahsi geçen çalışmalarda yer alan eğitim, danışmanlık ve müzik terapisi gibi uygulamalar ebelerin sağladığı desteklerdir.

Türkiye’de son yıllarda “Anne Dostu Hastane” uygulamaları kapsamında doğum destekçisinin varlığına yönelik adımlar atılmakta, ancak uygulamada kurumlar arası farklılıklar ve sınırlılıklar görülmektedir (Şenoğlu ve Karaçam, 2019). Bu bağlamda doğum destekçilerinin doğum korkusu ve ağrı üzerindeki etkilerinin ülkemizde sistematik biçimde

incelenmesi hem akademik bilgi birikimine hem de sağlık politikalarının gelişimine katkı sağlayacaktır.

Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışma ile travay sürecinde anne yanında bulunan doğum destekçisinin (refakatçının) doğum korkusu ve doğum ağrısı üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmaktadır. Araştırmada, doğum destekçisi varlığının kadınların doğum korkusu düzeylerini azaltacağı, ağrı algısını hafıfleteceğı, anksiyeteyi düşüreceğı ve doğum deneyimlerinin daha olumlu olmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi ve Süreci

Doğum; son adet tarihinden 40 hafta sonra, gebelik sonucu oluşan fetus ve eklerinin uterusun dışına atıldığı olaydır. Doğum uterusun büyüyebileceği en büyük düzeye ulaştığı ve fetusun uterus dışında yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir süreçte gerçekleşmektedir. Vajinal Doğum sürecinin kendiliğinden başlaması, tek canlı bir fetusun vertex pozisyonunda, baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan, sağlıklı bir bebek ve anne ile sonuçlanması beklenir (Taşkın, 2012).

2.1.1. Doğum sürecinin evreleri

Doğum süreci dört evreden oluşmaktadır. Bu evrelerin bilinmesi ve düzenli olarak takip edilmesi, doğum yönetiminin doğru yapılabilmesi ve anne-bebek sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır (Taşkın, 2021).

2.1.1.1. Doğumun birinci evresi

Doğumun birinci evresi servikal açıklığın 10 cm olması ile tamamlanan evredir. Bu evre kendi içinde latent faz ve aktif faz olarak ikiye ayrılmaktadır. (Singh vd.,2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için 2018 yılında yayınladığı intrapartum bakım önerileri rehberi, intrapartum bakım için içinde sürekli ebe desteği ve refakatçi seçme hakkının da yer aldığı 56 kanıt temelli öneride bulunmaktadır. Latent ve aktif fazlar için aşağıdaki tanımların kullanılması önerilmektedir (WHO, 2018).

Latent faz: Dilatasyon evresinin ilk aşaması olan latent faz, uterus kontraksiyonları, bir dereceye kadar servikal efasman ve dilatasyonun 5 cm olduğu zamana kadar devam ederek daha yavaş ilerleyen servikal değişikliklerle karakterize olan bir zaman dilimidir (WHO, 2018).

Aktif faz: Dilatasyon evresinin aktif fazı, düzenli uterus kontraksiyonları, önemli derecede servikal efasman ve dilatasyonun 5 cm'den serviksin tam açılmasına kadar daha hızlı ilerleyen servikal değişikliklerle karakterize olan bir zaman dilimidir (WHO, 2018).

2.1.1.2. Doğumun ikinci evresi

Doğumun ikinci evresi servikal açıklığın 10 cm olmasından doğum gerçekleşene kadar olan evredir (Singh vd.,2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılı intrapartum bakım önerileri rehberine göre doğumun ikinci evresi; tam servikal dilatasyon ile bebeğin doğumu arasındaki zaman periyodudur. Bu evrede uterus kontraksiyonlarının itici gücünün sonucu olarak, kadının istem dışı fetüsü aşağı itme, doğurma dürtüsü vardır (WHO, 2018).

Primipar gebelerde (İlk doğumunu yapanlarda) doğum genellikle 3 saat içinde, multipar gebelerde (sonraki doğumlarda) ise doğum genellikle 2 saat içinde tamamlanmaktadır (WHO, 2018).

2.1.1.3. Doğumun üçüncü evresi

Bu evre, nörolojik, hormonal, fizyolojik ve psikolojik dengenin olduğu, bu denge eşliğinde bebeğin doğumu ile başlayıp, uterusun kontraksiyonu sonucu plasenta ve zarlarının uterus duvarından ayrılması ve dışarı atılması (plasenta ve zarların doğumu) ile tamamlanan süreçtir (Gyte, 2006a).

2.1.1.4. Doğumun dördüncü evresi

Plasentanın doğumundan itibaren 1-4 saati kapsar (Taşkın, 2012).

Doğumun dördüncü evresi plasentanın doğumu ile başlamakta ve sonrasındaki ilk dört saati kapsamaktadır. Bu evre anestezi uygulanmışsa ve ilk üç evreye ilişkin bir komplikasyon gelişmişse uzayabilir. Fetüs ve anne için hayati önemi olan bir evredir. Bu evrede annede başta üreme sistemi olmak üzere annenin bütün sistemi gebelik öncesi döneme dönmeye ve stabilize olmaya başlar. Eş zamanlı olarak fetüste intrauterin hayattan ekstrauterin hayata geçiş yaptığından adaptasyonu bu evrede başlamaktadır. (Yılmaz, 2017).

2.1.2. Doğum sürecini etkileyen faktörler

Doğum süreci, fizyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyo-kültürel gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Lowe, 2002). Bu faktörler doğumun seyrinde ilerlemesini engelleyebilmektedir. Özellikle doğum korkusu yaşaması, doğum ağrısı ile baş edememesi gibi durumlar kadının bu süreci zorlu yaşamasına neden olabilmektedir (Serçekuş ve Okumuş, 2009; Adams, Eberhard-Gran ve Eskild, 2012).

2.2. Doğum Korkusu

Doğum fizyolojik ve biyolojik değişimlerin yaşanmasının yanında mutluluk, heyecan ve korku gibi güçlü hislerin de yaşandığı bir süreçtir (Yılmaz ve Ozan, 2020). Bir kadının gebe kaldıktan sonra yaşadığı en büyük stres doğum eylemi üzerine olmaktadır, temel nedeni gebelik sürecinin sonu kontrol edilemeyen doğum eylemi ile bittiği içindir. Bu gebelik süresince kadın, hem bebeğini kucağına almanın hayalini kurar, hem de doğum esnasındaki zorluklar ve sıkıntıları düşünerek çeşitli nedenler ile korku yaşayabilmektedir (White ve Klein, 2002; Begic vd.,2014).

Gebelerde sık karşılaşılan doğum korkusu, doğum sürecine yönelik olumsuz duygu ve düşüncelerle kendini gösteren bir durumdur. Bu korku, hafif düzeylerden başlayarak aşırı şiddetli boyutlara kadar ilerleyebilir ve bazı durumlarda önemli bir sorun haline gelerek ‘tokofobi’ ya da ‘klinik doğum korkusu’ olarak tanımlanabilir (Esen ve Uyar, 2020).

Doğum eylemi sonucu belirsizliklerin olduğu ve kesin olarak önceden tahmin edilemeyen bir süreç olması sebebiyle, çoğu kadın doğum eylemine yönelik korku yaşamaktadır. (Uçar ve Gölbaşı, 2015). 18 ülkeden 29 çalışmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasına göre dünya genelindeki gebelerin yaklaşık %14’ü doğum korkusu yaşamaktadır (O’Connell vd., 2017) Türkiye’de Körükçü ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada; multipar gebelerde doğum korkusu prevalansının %40, primipar gebelerde ise %46,6 olduğu belirlenmiştir (Körükçü vd., 2010).

Birçok düzeylerde ve birçok nedenlerle ortaya çıkan doğum korkusu özellikle aşırı düzeyde olduğunda doğum eyleminin gidişatını olumsuz etkileyerek maternal ve neonatal komplikasyonların gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir. (Waldenström vd.,2006; Zar vd.,2001). Ayrıca istemli infertilite, gebelik ve doğum komplikasyonları, doğumda artmış analjezi kullanımı, artmış doğum müdahaleleri, acil ve isteğe bağlı sezaryen, postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, anne bebek bağlanmasında gecikme, eş ile ilişkide sorun yaşamaya sebep olabilmektedir (Zar vd.,2001; Fenwick vd.,2009).

Gebelik süreci boyunca, özellikle doğuma dair korkuların erken dönemde fark edilip yönetilebilmesi için, ebeler başta olmak üzere kadın sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin; kadınların bu konudaki tutumlarını gebelik öncesinden itibaren değerlendirmesi ve uygun müdahaleleri planlayarak uygulaması büyük önem taşımaktadır (Kaya ve Güler, 2021).

2.2.1. Doğum korkusunun sınıflandırılması

Doğum korkusu üç aşamada sınıflandırılmaktadır:

Primer Tokofobi: Gebelik olayı olmadan başlayan korkuya primer tokofobi denir. Erken dönemlerde başlayabilir hatta bu dönem adölesan çağına kadar inmektedir. Bu kadınlar gebe kalmaktan korkup kaçınabilir hatta küretaja ve sezaryana yönelebilirler. Çok istemelerine rağmen gebe kalmayabilir, çocuk sahibi olmayabilir evlat edinmeyi tercih edebilirler. Genellikle kuşaklar arasında aktarılan bir durumdur. Kızlarına annelerinden miras gibi aktarırlar. Özellikle çocukluk çağında geçirilmiş cinsel travma, adölesan dönem ve öncesindeki cinsel taciz öyküleri tokofobi sıklığını artırmaktadır. Travmayı düşünme özellikle vajinal doğumdan kaçınmalara sebep olabilir (Di Renzo GC, 2003).

Sekonder Tokofobi: Geçirilmiş travma yaratan bir obstetrik olay sonucu ortaya çıkan doğum korkusudur. Genellikle geçirilmiş travmatik olay bir önceki doğum öyküsüdür. Bir önceki doğumu zor olan kadınların sonraki doğumlarında doğum korkusu yaşama sıklıkları artmaktadır. Geçirilmiş doğum öyküsünün dışında abortus, ölü doğum ya da travmatik vajinal muayene de sekonder tokofobi nedenleri arasındadır (Puşuroğlu, 2021).

Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi: Doğum öncesi dönemde yaşanan depresyon nadir de olsa tokofobi ile görünebilir. Nadir olarak bazı kadınlar doğum öncesi dönemde depresyon belirtisi olarak yoğun fobi ve doğumdan kaçınma davranışı gösterebilir. Böyle vakalarda kadın bebeğini doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünür (Alessandra ve Roberta, 2013; Hofberg ve Brockington, 2000).

2.2.2. Doğum korkusuna neden olan faktörler

Doğum korkusu biyolojik, psikolojik, sosyal ya da ikincil gibi nedenlerden kaynaklı olabilir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Ayrıca kadının önceki psikolojik rahatsızlığı ya da büyük bir günlük stresör de kadının doğum korkusu yaşaması nedenlerindendir. Doğum korkusu yaşanmasına sebep olan faktörlerin ortaya çıkarılması kadının doğum korkusunu serbest bırakmasını sağlayabilir (Rathfisch, 2012).

Doğum korkusunun altında yatan en önemli sebepler genelde kendisi veya bebeğinin zarar görebileceği ve doğum ağrısının dayanılmaz düzeyde olacağına ilişkin düşünceleridir (Bilge vd.,2022). Benzer bir şekilde İsviçre’de yapılan bir çalışmada bebeğin sağlığı (%50) ve doğum ağrısı (%40) olduğu ifade edilmiştir (Geissbuehler ve Eberhard, 2002).

Gebelikte yaşanan belirsizlikler, bebeğin doğumda ölebileceği endişesi, genetik hastalık riski, acil sezaryen olasılığı, komplikasyonlar, sağlık çalışanlarına güvensizlik,

hastane ortamına yabancılık, fiziksel koşullarla ilgili kaygılar, doğumda destek alamama korkusu, plansız gebelik, bilgi eksikliği ve aile ya da eş desteğinin olmaması doğum korkusuna neden olabilmektedir (Melender ve Lauri, 2002; Konar vd.,2021).

Doğum korkusunun nedenlerine yönelik yapılan araştırmalarda çeşitli risk faktörleri belirlenmiştir. Örneğin, çocukluk döneminde cinsel taciz öyküsü bulunan kişilerde doğum korkusu gelişme oranı %12 olarak bildirilmiştir (Hofberg ve Ward, 2003). Sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerde doğum korkusu yaşama oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Waldenström vd., 2006; Hildingsson vd., 2002). Ayrıca genç yaşta gebeliklerde doğum korkusunun görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (Waldenström vd., 2006). Kaygı ve anksiyete düzeyi yüksek bireylerde de doğum korkusunun daha yüksek oranda izlendiği rapor edilmiştir (Saisto vd., 2001). Ayrıca, doğum korkusunun nedenleri ve etkileyen faktörlerini inceleyen 21 makaleden oluşan bir sistematik derlemede; stres, anksiyete, depresyon ve sosyal destek eksikliğinin doğum korkusuna neden olduğu, ancak yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, etnik köken ve vücut kütle indeksi ile doğum korkusu arasında güçlü bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (Dencker vd., 2019).

Kadınları doğum sürecinde etkileyen bir diğer önemli faktör de olumsuz doğum hikâyelerinin paylaşılmasıdır (Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Vajinal ve sezaryen doğum yapan kadınlar, doğumdan sonra doğumla ilgili olumlu duygulara sahip olmalarına rağmen, süreci ağırlı, korkutucu, ürkütücü ve yaşamı tehdit edebilecek bir deneyim olarak tanımlamışlardır (Kitapçıoğlu vd., 2010).

2.3. Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı bilinen en şiddetli ağrı olarak tariflenmekte ve kontrol edilmekte en zorlanılan ağrı olarak yorumlanmaktadır. Akut süreli bir ağrıdır. Doğum ağrısının ve fizyolojisinin anlaşılabilmesi için kadın genital organlarının yapısı ve innervasyonunun bilinmesi gerekir (Ertem ve Sevil ,2005).

Bazıları için doğum sırasındaki ağrı dayanılmazken bazıları için ise çok azdır. Doğum ağrısı; kadının önceki doğum deneyimleri, korkusu, ağrı toleransı, kaygısı, psikolojik durumu, etnik kökeni, sosyal destek düzeyi, kontrol kaybı, kültürel arka planı ve doğum sürecine ilişkin beklentilerinden etkilenir. (Lowe, 2002; Brown vd., 2021).

2.3.1. Doğum ağrısının özellikleri

Doğum ağrısı, gebelik sürecindeki diğer ağrılardan daha şiddetli ve yoğun bir ağrı olarak tariflenmektedir. Kasılmalarla beraber artan bir özellik gösterir ve kadınların en güçlü ağrılarından biri olarak kabul edilir (Melzack ve Wall, 1982).

Doğum ağrıları genellikle düzenli aralıklarla gelir ve kasılmaların şiddetine göre artar. Ağrının bu periyodik yapısı, doğumun ilerleyişiyle bağlantılıdır (Simkin, 2010).

Ağrı, doğum evrelerine göre farklı bölgelerde hissedilir. Erken evrede daha çok alt karın ve sırt bölgesinde olurken, ilerleyen evrelerde vajinal ve perineal bölgeyi de kapsar (Lally vd., 2008).

Doğum ağrısı, uterus kasılmaları, servikal dilatasyon ve pelvik yapıların gerilmesinden kaynaklanır. Ağrının sinirsel iletimi omurilikteki farklı segmentlerden geçer (Jones, 2013).

Doğum ağrısı, fiziksel olduğu kadar psikolojik olarak da kadını etkiler. Korku, endişe ve stres ağrı algısını artırabilir (Melzack, 1999).

2.3.2. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler

Ağrı ile baş etmede kullanılan yaklaşımlar farmakolojik ve non farmakolojik olarak iki grupta ele alınmaktadır (Yıldırım ve Şahin, 2003).

2.3.2.1. Non-farmakolojik yöntemler

Non-farmakolojik yaklaşımlar, ilaç kullanılmadan kadının rahatlamasını ve ağrı algısının azaltılmasını hedefler. Temel olarak gevşeme, tensel ve zihinsel uyarılma yöntemleri ile Lamaze ve Dick-Read solunum tekniklerini içerir (Yıldırım ve Şahin, 2003).

Düşük maliyetli olmaları nedeniyle non-farmakolojik yöntemler, pek çok ülkede ağrı yönetiminde yaygın biçimde uygulanmaktadır. Literatürde, bu yöntemlerin anne ve fetus üzerinde olumsuz bir etkisine rastlanmamıştır (Smith vd., 2020; Suarez-Easton vd., 2023).

1. Gevşeme Metotları

Yoga: Esneklik ve güç egzersizlerini nefes, gevşeme ve meditasyonla birleştirerek kadınları doğuma hazırlar ve endorfin salınımını artırır. Doğum öncesi eğitimlerde bu tekniklere yer verilir (Bonapace vd., 2018).

Hipnoz: Derin gevşeme ve yoğun konsantrasyon sağlayarak gebenin rahat doğum yapmasına yardımcı olur, bireyin içsel gücünü fark etmesine katkı sağlar. Bilinçaltına yönlendirme ile önerilerin uygulanması desteklenir (İsbir ve Okumuş, 2011; Höbek-Akarsu, 2018).

Biyofeedback: Bireyin fizyolojik süreçlerini fark ederek olumlu yönde düzenlemesini sağlar. Doğumda verilen parametre bilgileri, dikkati başka yöne çekerek ağrı algısını azaltır ve gevşemeyi destekler (Frank vd., 2010; Güder, 2020).

Müzik: Doğumda müzik terapisi, annenin cesaretini artırır, güven duygusunu pekiştirir, kaygıyı azaltır ve ağrı ile başa çıkmasına yardımcı olur. Ayrıca anne-bebek bağına destekler. Analjezik etkisi kapı kontrol teorisiyle açıklanır (Güder, 2020).

Akupunktur: Vücudun belirli noktalarına ince iğnelerle uygulanan stimülasyon, enerji kanalları ve organlar arasındaki dengeyi yeniden sağlar. Sedatif, analjezik, psikolojik ve homeostatik etkileri bulunur (Smith vd., 2020; Raana ve Fan, 2020; Yang, 2022; Allameh vd., 2015). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, doğum ağrısında elektroakupunkturun analjezik etkisinin yeterli olduğu saptanmıştır (Yeşildağ ve Gölbaşı, 2024).

Hareket Özgürlüğü, Yürüyüş ve Pozisyon Değişikliği: Doğum sırasında kadınlar ağrıyla başa çıkmak için yürüyüş yapmak ve pozisyon değiştirmeyi tercih eder (Simkin ve Bolding, 2004). Cochrane derlemesine göre, dik ve hareketli pozisyonlar doğumun birinci evresini yaklaşık 1 saat 22 dakika kısaltmakta, epidural kullanımını ve sezaryen oranını azaltmaktadır (Lawrence vd., 2013).

2. Tensel Uyarılma Metotları

Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS): Doğum ağrısını azaltmak için T10-L1 ve S2-S4 bölgelerine elektrotlar yerleştirilir. Kadın, cihazın kadranı veya düğmeleriyle stimülasyonu kontrol eder. TENS, vızıltı ya da iğne batması hissi yaratarak ağrı algısını azaltır (May ve Elton, 1998; Smeltzer ve Bare, 2000; Simkin ve Bolding, 2004). Erken doğum evresinde endorfin üretimini destekleyerek daha etkili olduğu düşünülür. Anne ve fetus için yan etkisi bildirilmemiştir ancak faydası sınırlı olup, fetal kalp izleminde elektriksel girişime neden olabilir (May ve Elton, 1998; Smeltzer ve Bare, 2000; Simkin ve Bolding, 2004).

Masaj: Doğumda sık kullanılan, ağrı algısını azaltan ekonomik ve kolay öğrenilen bir yöntemdir (Simkin ve Bolding, 2004; Kömürcü vd., 2014; Rathfisch, 2012). Kadın veya bir başkası tarafından uygulanabilir ve doğumun tüm evrelerinde kullanılabilir.

Manuel Masaj Türleri:

- **Dairesel kalça masajı:** Doğumun ilk evresinde kalçaya dairesel hareketlerle uygulanan rahatlatıcı bir masajdır (Khoirunnisa vd., 2019).

- **Sakral basınç (bel masajı):** Sırt ağrısı yaşayanlara avuç içiyle sakral bölgeye basınç uygulanır (Dubey ve Lata, 2017).

- Tüm sırt masajı: Diz çökme veya oturma pozisyonunda sırt, boyun, omuz ve kalça başlangıç noktalarına nazik masaj yapılır (Dubey ve Lata, 2017).

- Efloraj: Parmak uçlarıyla karın ve sırta dokunularak sinir uçları uyarılır, ağrı algısı azalır (Dubey ve Lata, 2017).

Hidroterapi: Vücudun tamamına veya belirli bölgelerine uygulanan oturma banyoları, buhar banyoları, kolon irrigasyonu ve sıcak-soğuk kompresler gibi yöntemleri içerir. Doğum sırasında kullanımı, ağrı yönetiminde farmakolojik tedavi ihtiyacını azaltır, gevşemeyi artırır ve doğum sürecini hızlandırır. Ayrıca doğum kanalı ile perinenin elastikiyetini geliştirerek yırtıkların şiddetini ve insidansını düşürür, epizyotomi gereksinimini azaltır (Kömürcü ve Berkiten Ergin, 2008; Karagülle, 2008).

Intradermal Steril Su Enjeksiyonu (ISSE): Sakral bölgeye dört intradermal steril su kabarcığı uygulanmasıdır. Yaklaşık iki saat süren analjezik etkisi, kapı kontrol mekanizmasıyla açıklanmaktadır. Yan etkisi bulunmaması ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle özellikle bel ağrısının giderilmesinde tercih edilmektedir (Yılar, 2014).

3. Mental Uyarılma

Odaklanma ve Dikkat Dağıtma; Dikkatin ağrı dışındaki uyarılara yönlendirilmesi, ağrı algısını azaltır. Yürüyüş, yemek, nefes egzersizleri, sosyal etkileşim ve televizyon gibi aktiviteler, kadının ağrıya odaklanmasını engeller. Bu yöntemler genellikle diğer tekniklerle birlikte uygulanır (Prasertcharoensuk ve Thinkhamrop, 2004; Avcıbay ve Alan, 2011).

2.3.3. Doğum ağrısının yönetiminde ebeğin rolü

Kadınlar, sağlıklı bir doğum süreci geçirebilmek ve doğumla başa çıkabilmek için desteklenmeye ihtiyaç duyarlar. Doğum için hastaneye yatırılan gebelerde, doğum gerçekleşene kadar geçen sürede doğum ağrıları ortaya çıkar ve doğum yaklaştıkça bu ağrıların şiddeti ve sıklığı artar. Bu süreç, hem gebeler hem de aileleri tarafından özel ve anlamlı bir deneyim olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, doğum ağrılarının etkili bir şekilde yönetilmesi, doğumdan duyulan memnuniyetin sağlanmasında önemli bir kriter olarak görülmektedir (Öz vd., 2019).

Doğum sürecinde yaşanan ağrı, ebe ile gebenin birlikte hareket ederek yönetmesi gereken bir durumdur. Ağrı yönetiminde zamanında ve etkili müdahale yapıldığında, doğum deneyimi olumlu bir hal alır ve olumsuz ebelik algıları ile doğuma ilişkin negatif izlenimlerin oluşmasının önüne geçilir. Bu nedenle, ebelerin gebelere bireysel ihtiyaçlarına uygun bakım sunmaları, pozitif ve destekleyici iletişim kurmaları, gebenin ağrıyla başa çıkabilmesini

sağlamaları gerekmektedir. Böylece, kadınların doğum sürecini daha rahat ve konforlu geçirmeleri mümkün olur (Kaçar, 2020).

Ebeler, doğum ağrısının kontrolünde hayati bir role sahiptir. Doğum salonlarında görev yapan ebelerin başlıca sorumlulukları; gebenin doğum sürecindeki psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak, doğum ağrısının yönetiminde destek olmak ve gebe ile iş birliği yaparak doğumun sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamaktır. Araştırmalar, ebe desteğiyle gerçekleşen doğumlarda, ağrının daha az hissedildiğini göstermektedir (Aslan ve Badır, 2005).

Ebeleri doğum sürecinde diğer sağlık personelinde ayıran en önemli özellikler; gebenin yanında daha uzun süre bulunmaları, gebenin ağrıyla başa çıkma yöntemlerine hakim olmaları ve gerektiğinde bu yöntemleri gebeye öğretmeleri, empatik bir tutum sergilemeleri, rehberlik etmeleri ile gerekli tedavi ve takipleri yapmalarıdır (Aslan ve Badır, 2005).

Ebeler, doğum eylemi boyunca kadının yanında yer alan, doğumun takibini yapan ve doğumu gerçekleştiren birincil sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle, doğum sırasında sunulan kaliteli ebelik hizmeti, kadının doğum deneyimini olumlu hale getirebilir (Akarsu, 2013).

2.4. Doğumda Sosyal Destek ve Sosyal Destek Sistemleri

Doğum korkusu ve doğum ağrısıyla başa çıkmada sosyal destek önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Doğum eylemi tamamen kontrol altına alınabilen bir süreç değildir. Kadınlar bu dönemde korku, kaygı ve baş etmede yetersizlik gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmekte ve bu durum kimi zaman sezaryen doğumu tercih etmelerine neden olabilmektedir (Sezen ve Ünsalver, 2018). Kadınlar, yaşadıkları güçlükleri azaltmak ve süreci daha olumlu geçirebilmek için çeşitli baş etme yolları aramaktadırlar (Coşar ve Demirci, 2012). Bu bağlamda, doğum sürecinde sosyal destek ve sosyal destek sistemlerinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Doğum yapan her kadın, farklı türde desteğe ve önemsendiğini hissetmeye ihtiyaç duymaktadır. Sosyal destek; aile bireyleri, arkadaşlar ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanabilmektedir. Özellikle ebeler, doğum sürecinde bütüncül bir yaklaşımla kadınlara destekleyici bakım sunarak onların daha rahat ve sağlıklı bir doğum yapmalarına katkı sağlamaktadır. Ayrıca bu destek, anne ve bebek sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine de önemli ölçüde yardımcı olmaktadır (Karaçam vd., 2011).

Doğumda verilen desteğin temel amacı; kadının doğum sürecinde güçlenmesini sağlamak, annelik rolüne uyumunu kolaylaştırmak, rahatlamasına yardımcı olmak, duygusal gereksinimlerini karşılamak ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını desteklemektir (Şahin vd., 2009). Dünya Sağlık Örgütü de kadınların olumlu bir doğum deneyimi yaşayabilmeleri için, eylem boyunca kendi seçtikleri bir refakatçinin yanlarında bulunmasını önermektedir. Ayrıca DSÖ (2018), doğumda sağlanan sosyal desteğin yalnızca kadının psikolojik iyilik halini güçlendirmekle sınırlı kalmadığını; doğum süresinin kısalması, müdahaleli doğum oranlarının azalması, ağrı algısının hafiflemesi ve kadının kendini daha yeterli hissetmesi gibi pek çok olumlu etkisinin bulunduğunu da vurgulamaktadır. Bununla birlikte, destekleyici bir refakatçinin varlığı kadının doğum memnuniyetini artırmakta, annelik rolüne uyumunu kolaylaştırmakta ve doğum sonrası depresyon riskini azaltmaktadır. Bu olumlu katkılar yalnızca anneye sınırlı kalmamakta; bebek sağlığına da yansımakta, anne-bebek bağının güçlenmesine, emzirmenin erken başlamasına ve yenidoğan bakımının daha kolay benimsenmesine yardımcı olmaktadır (WHO, 2018).

Doğumda sağlanan kesintisiz sosyal destek, rutin bir uygulama olarak benimsenmeli ve kadına güç kazandırmalıdır. Gebe, stresin azaltıldığı, mahremiyetine saygı gösterilen ve güven duyduğu bir ortamda bulunmalıdır. Bu bağlamda, hastanelerde kadının kendi seçtiği doğum destekçisinin yanında bulunmasına izin verilmeli ve bu uygulama teşvik edilmelidir (Kınık ve Özcan, 2022).

2.4.1. Doğumda sosyal destek bileşenleri

Sosyal destek bileşenleri destek türlerine göre; duygusal, fiziksel, bilgi, savunuculuk ve benzer grup desteği şeklinde fonksiyonlarına göre kategorize edilmiştir (Şimşek vd., 2018). Sosyal destek bileşenleri destek sağlayan kaynaklara göre; ebe desteği ve refakatçi desteği olarak sınıflandırılmaktadır.

2.4.2. Doğumda sosyal destek kaynakları

2.4.2.1. Doğum sürecinde ebe desteği

Duygusal destek

Doğumda duygusal destek, gebede rahatlık, güven, önemsenme ve kontrol hissi oluşturur. Bu destek; empati, etkin dinleme, göz teması, saygılı yaklaşım, kaygıyı azaltma, cesaretlendirme ve bakım sağlama gibi bileşenleri içerir. Böylece gebelerin pozitif

düşünmesi desteklenir ve doğum korkusu ile kaygıları azalır (Karaçam vd., 2011). Duygusal destek ayrıca; yumuşak ses tonu, nazik beden dili, onaylayıcı sözler, göz teması ve ebenin varlığı ile sağlanır (Kaçar ve Yazıcı, 2020).

Ebeler gebenin ve eşinin duygusal durumunu gözetmeli, gebenin bakımına katılması için teşvik etmeli ve eşlerin stresini azaltarak gebenin de stresinin azalmasına yardımcı olunmalıdır. Eşlerin bu süreçte birbirlerine destekleyici yaklaşımları, stresle baş edebilme yeteneklerini arttırabilmektedir (Adams ve Bianchi, 2008). Ayrıca yapılan bir çalışmada doğumda duygusal desteğin doğum konforunu ve doğum memnuniyetini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Perkins vd., 2019).

Fiziksel destek

Fiziksel destek, gebeye doğrudan yardım sağlamayı içermekte olup, uygun bir çevre düzenlemesi ile kadının rahatlaması sağlandığında doğum deneyimi olumlu yönde etkilenmektedir (Gökçek, 2022; Uludağ ve Mete, 2015). Bu destek türü, gebeye fiziksel konfor sunmayı amaçlamakta ve doğum sırasında uygulanması, ağrının yönetilmesine katkı sağlayarak doğum eyleminin ilerleyişini kolaylaştırmakta ve doğum memnuniyetini artırmaktadır (Kaçar ve Yazıcı, 2020). Bunun yanı sıra, fiziksel destek gebelerin memnuniyetini yükseltmenin ötesinde, vajinal doğuma yönlendirmede de olumlu bir etki sağlamaktadır (Gökçek, 2022).

Fiziksel destek sağlanırken gebenin kişisel tercihleri ve kültürel değerleri göz önünde bulundurulmalıdır (Kaçar vd., 2020). Doğum eylemi sırasında gebeye uygun pozisyon verilmesi, non-farmakolojik yöntemlerin uygulanması, ısı ve ses düzeyinin ayarlanması, mahremiyetin sağlanması, istirahat ve beslenme gibi unsurlar aracılığıyla fiziksel konfor sağlanabilir (Rathfisch, 2012; Levett vd., 2016).

Yapılan bir çalışmada doğumda birinci ve ikinci evrede sıcak uygulama yöntemlerinin ve ebelerin birebir desteğinin, ağrı hissinin azaltılmasında önemli olduğu tespit edilmiştir (Türkmen ve Oran,2019).

Bilgilendirme Desteği

Bilgilendirme desteği, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmalı ve kadın ile ailesine yapılan uygulamalar hakkında yeterli açıklama ve eğitim verilmelidir. Gebelere doğum süreci ile ilgili bilgiler sunulurken tıbbi terimler, anne adaylarının anlayabileceği biçimde aktarılmalı; kadınlar dinlenmeli ve istekleri doğrultusunda onlarla etkili bir iletişim kurulmalıdır (Gökçek ve Yazıcı, 2022). Doğum sırasında bilgilendirmenin etkinliği, iletişimin niteliğine bağlıdır. Hem sözlü hem de sözsüz iletişim, verilen mesajın etkisini

artırır. Bu süreçte kadının kültürel düzeyi gözetilmeli ve bilgiyi ne ölçüde anladığı dikkatle değerlendirilmelidir (Adams ve Bianchi, 2008).

Lothian'ın (2006) gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların büyük çoğunluğunun doğuma ilişkin bilgi edinme isteği içinde oldukları, doğuma hazırlık kurslarına katılan kadınların ise doğum sürecine yönelik uygulamaları daha iyi kavradıkları belirtilmektedir. Araştırma bulgularına göre, bu kurslara katılan kadınların %77'si doğum sırasında kendilerine daha fazla güven duyduklarını, %58'i ise tıbbi müdahalelere ilişkin kaygılarının azaldığını ifade etmiştir (Lothian,2006). Doğum eylemi sürecinde kadının bilgilendirilmesi, kullanılan tıbbi terimlerin sade ve anlaşılır bir şekilde aktarılması, anksiyetenin azalmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca, solunum, gevşeme ve ıkınma tekniklerine yönelik verilen eğitimlerin kadınların rahatlamasına ve özgüven düzeylerinin artmasına olumlu etki ettiği bildirilmektedir. Bu doğrultuda, gebelerin doğum sürecine aktif katılımı desteklenmekte ve doğumdan duyulan memnuniyetin arttığı vurgulanmaktadır (Uludağ ve Mete, 2015).

Savunuculuk/savunma desteği

Savunuculuk desteği, kadınların sağlıklarına ilişkin alacakları kararlarda onlara yardımcı olmak ve haklarını gereksinimleri doğrultusunda korumak olarak tanımlanmaktadır (Gökçek ve Yazıcı, 2022). Bu destek, gebeyi korumayı ve onun kararlarına saygı göstermeyi de kapsamaktadır (Kaçar ve Yazıcı, 2020). Savunuculuk, annenin haklarının korunmasını, yargılayıcı olmayan bir bakımın sunulmasını, sağlıkla ilgili risk ve yararların eksiksiz biçimde açıklanmasını, mahremiyetin gözetilmesini, kadının doğuma dair beklenti ve isteklerinin kabul edilmesini, korkularını ve gereksinimlerini ifade etmesi için cesaretlendirilmesini, ayrıca savunmasız kaldığı durumlarda onun sesi olunmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda ebeler, kadınlara anlayabilecekleri dilde ve bireyselleştirilmiş bir bakım sunmalıdır (Foley vd., 2002).

Amerikan Hemşire-Ebeler Koleji tarafından 1993 yılında “Kadınları Dinle” teması ile bu kadınların ve çocuk sahibi olan ailelerin sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde, geçmişten gelen kadınların sesinin gelecekteki kadınlara rehberlik etmesi önermiştir. (Kathryn, 1993). Daha yakın bir zamanda Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM) ise 2022 yılında “ebeler kadın hakları savunucusudur” temasını ele almıştır (Uluslararası Ebeler Konfederasyonu [ICM], 2022).

2.4.2.2. Doğum sürecinde refakatçi desteği

Doğum sürecinde sosyal destek sağlık çalışanlarının dışında, gebenin eşi ya da deneyimli bir yakını tarafından sağlanmaktadır (Pascali-Bonaro ve Kroeger 2004; Rosen 2004). Doğumda yardım düşüncesi yeni değilken, kadınların sosyal destek ve refakatçi tercihleri ülkeden ülkeye ve kültürden kültüre değişiklik göstermektedir (Timur ve Hatun Şahin, 2010). Dünyanın her yerinde travaydaki kadınlar, yanında bulunan doğum refakatçısının desteğiyle, ilgili ve nazik bir sağlık profesyoneli eşliğinde güvenli bir ortam sağlanarak sağlıklı doğum yapmak ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek isterler (Gökçek ve Yazıcı, 2024).

Doğum yapan gebenin ve yakınlarının doğum ve doğum sonrası süreçte korku ve kaygıları bulunmaktadır. Gebeler bu korkular ve endişeler ile baş edebilmek için çevresindeki bireylerin desteğine ihtiyaç duyarlar. Doğum sürecinde sağlanan desteğin sürekli olması olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlamaktadır (Gökçek ve Yazıcı, 2024). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) pozitif doğum deneyimine yönelik intrapartum önerilerinden biri de, her kadına doğum süresince yanında bulunacak bir refakatçiyi seçme hakkının tanınmasıdır (Yıldız, 2019).

2.4.3. Doğumda destekleyici bakımın faydaları

Destekleyici bakım, doğum sürecinde kadının duygusal, fiziksel ve bilişsel ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayarak olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Literatürde, doğum sırasında kesintisiz destek alan kadınların doğum sürelerinin kısaldığı, ağrı algılarının azaldığı ve doğumdan memnuniyet düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (Hodnett vd., 2013). Ayrıca, bu bakımın medikal müdahale gereksinimini azalttığı, anksiyeteyi düşürdüğü ve kadının kendine güvenini artırdığı vurgulanmaktadır (Uludağ ve Mete, 2015).

Doğumda bulunan refakatçinin psikolojik destek olmanın yanı sıra bir takım fiziksel destekte bulunması da mümkündür. Fiziksel destek sağlayacak kişinin kim olduğuna bağlı olarak yapılacak destekte değişebilir. Ama genel olarak masaj gibi sıcak uygulama gibi uygulamalardan bahsetmek mümkündür. Tayvan da randomize kontrollü olarak yapılan bir çalışmada masajın etkisine bakılmış olup masajın doğumda ağrı ve kaygıyı azaltan bir yöntem olduğu ve eşlerin masaja katılmasının kadınların doğum sürecini olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmıştır (Chang vd., 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (2018), doğumda sürekli desteğin kadın sağlığı açısından önemli bir uygulama olduğunu ve her gebenin bu haktan yararlanması gerektiğini belirtmektedir

(WHO.,2018) Sonuç olarak, destekleyici bakım doğum deneyimini olumlu yönde etkilemekte, anne ve bebek sağlığının korunmasına katkı sağlamaktadır.

2.4.4. Doğumda sosyal destek tercihleri

Doğumda sosyal destek sağlayacak olan kişinin kim olacağı tercihi elbette gebenin karar verebileceği bir konudur. Demir'in yapmış olduğu Nitel bir çalışmada, destekçi olacak kişi için annelerini tercih ettikleri, kendisi ve bebeğiyle ilgili bilgi alabilmek için ise sağlık personelinin tercih ettiğini bildirmiştir. Çalışmada kadınlardan birisinin "Annem ve ebeden destek almayı tercih ederim, bir tek onlardan çekinmezdim, utanmazdım. Diğer doğumumda ebe tanıdıktı, çok güzel geçti doğumum, çok yardımcı oldu sağ olsun, başımdan hiç ayrılmadı." şeklinde ifade ettiği görülmektedir (Demir, 2023). Bu da bizlere kadının yalnız kalmak istemediği hem bir yakınından hem de ebeden destek almak istediğini göstermektedir.

Timur ve Şahin'in (2010) yaptığı araştırmada da benzer bulgulara ulaşılmış; kadınların çoğunluğunun doğum sırasında yanlarında birinin bulunmasını istedikleri ve ilk tercih olarak annelerini seçtikleri belirlenmiştir. Ayrıca Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, doğum deneyimini olumlu olarak değerlendiren kadınların puanlarının, olumsuz deneyim yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Timur ve Şahin, 2010).

Gökçek ve Yazıcı'nın (2024) gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%94) doğum sırasında bir refakatçi tercih ettiği ve ilk sırada annelerini seçtikleri belirlenmiştir. Ayrıca, doğumda destekçi tarafından yeterli destek alan kadınların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gökçek ve Yazıcı, 2024).

Kadınlar doğum eylemi süresince sosyal desteğe ihtiyaç duymasına rağmen hastanelerin politikası kapsamı doğrultusunda buna izin verilmemektedir. Bu durum karşısında kadınların doğum ile baş etmesinde güçlük yaşamasına neden olabilmektedir. Hastanenin politikaları doğrultusunda ziyaretçilere esneklik göstermesi, doğum salonları ve hastane ortamlarının mahremiyeti koruyacak şekilde düzenlenmesi, kadının doğum öncesi geldiği kontrollerde destekçisi ile katılıp kadın ile beraber gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler hakkında eğitimlere eşlik etmesi önerilir (Timur ve Hotun Şahin,2010).

Doğum sırasında kendi seçeceği bir doğum arkadaşının desteği, stresini ve gerginliğini hafifletmesine yardımcı olabilir (Gadappa ve Deshpande,2021). Sonuç olarak ebeler ve

destek sistemlerinin bir bütüncül olarak hareket etmesi ve gebeyi desteklemesi olumlu doğum deneyimlerinin yaşanmasını sağlamakta ve kadınların memnuniyetini arttırmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, travay sürecinde anne yanında bulunan doğum destekçisinin (refakatçının) doğum korkusu ve doğum ağrısı üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmada, doğum destekçisi varlığının kadınların doğum korkusu düzeylerini azaltacağı, ağrı algısını hafifleteceği, anksiyeteyi düşüreceği ve doğum deneyimlerinin daha olumlu olmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



3.YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Doğum korkusu, doğum ağrısı

Bağımsız değişkenler: Doğum destekçisi, sosyo-demografik özellikler

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15 Haziran 2024- 15 Aralık 2024 tarihleri arasında Suluova Devlet Hastanesi ve Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanelerinin Doğum Salonlarında yatmakta olan gebelere uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Suluova Devlet Hastanesi doğum salonunda travay takibi olan tüm gebeler oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla G* Power (v3. 1.9.7) programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Küçük etki büyüklüğü ($d=0,3$) varlığını, $\alpha=0,05$ düzeyinde yüzde %95 güç analizine göre 134 gebeye ulaşılması hedeflenmiştir. %10 kayıp payı eklendiğinde 148 gebeye ulaşılması hedeflenmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul eden travayda doğum süreci takip edilerek doğum yapan kadınları kapsamıştır. Araştırma 80 Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve 63 Suluova Devlet Hastanesi olmak üzere toplam 143 gebe ile tamamlanmıştır. Toplamda yanında refakatçi bulunan gebe sayısı 64, refakatçisi olmayan gebe sayısı 79 dur. Posthoc güç analizi yapıldığında her bir ölçeğe göre Wijma doğum beklentisi/Deneyimi ölçeği (W- DEQ) A Versiyonu cohens d 0,47 varlığını, α 0,05 düzeyinde %87 bulunmuş, Angle Doğum Ağrısı Ölçeği (A-LPQ-Angle Labor Pain Questionnaire) cohens d 0,55 varlığını, α 0,05 düzeyinde %94 bulunmuş, Visual Analogue Scale (VAS) ağrı cohens d 0,67 varlığını, α 0,05 düzeyinde %99 bulunmuştur.

3.4.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri

Doğum eylemi sürecinde Latent fazda doğum salonuna kabul edilen gebeler veya travayda en az 4 saat takip edilmiş gebeler

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler

İletişim ve mental güçlüğü olmayan gebeler

3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

Doğum eylemi sürecinde Aktif fazda doğum salonuna kabul edilen veya travayda 4 saatten az takip edilen gebeler

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen gebeler

3.4.3 Araştırmadan çıkarılma kriterleri

Anket formunun tamamını doldurmayan gebeler

3.5. Veri Toplama Form ve Araçları

Veriler, sosyodemografik verilerden ve obstetrik verilerden oluşan Gebe Tanıtım Formu, Wijma doğum beklentisi/Deneyimi ölçeği (W- DEQ) A Versiyonu, Angle Doğum Ağrısı Ölçeği (A-LPQ-Angle Labor Pain Questionnaire), Visual Analogue Scale (VAS) ağrı skalası ve Doğum Sonuçları Bilgilerini içeren form ile toplanmıştır. Latent faz da (0-5 cm) doğum salonuna kabul edilen gebelere aktif faza geçtiğinde veya 4-6 saat travay takibi yapıldığında uygulanmıştır.

3.5.1. Gebe tanıtım formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan formda gebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren (yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu, gebelik sayısı vb.) 21 soru yer almaktadır.

3.5.2. Wijma doğum beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu:

Doğum korkusunun düzeyini belirlemek amacıyla WIJMA Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği kullanılmaktadır (Wijma vd., 1998). 33 maddeden oluşan, 0 ve 5 arasında

derecelendirilen altılı likert tipi bir ölçektir. 0 rakamı “Tamamen”, 5 rakamı ise “Hiç” ifadelerine karşılık gelmektedir. Ölçek sonunda elde edilen toplam puana göre dört doğum korkusu derecesi belirlenebilir. Bunlar düşük derecede doğum korkusu (puan ≤ 37), orta derecede doğum korkusu (puan 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu (puan 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu (puan ≥ 85) şeklindedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Körükçü tarafından yapılmıştır ve cronbach alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur (Körükçü vd., 2012). Bu araştırma da Wijma ölçeğinde Cronbach’s alpha katsayısı 0,933 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10).

3.5.3. Angle Doğum Ağrısı Ölçeği (A-LPQ-Angle Labor Pain Questionnaire):

Doğum ağrısını ölçmeye özgü geliştirilen ilk ölçüm aracı, Angle ve ark’ı tarafından geliştirilen Angle Labor Pain Questionnaire (A-LPQ)’dir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve Özerdoğan (2021) tarafından yapılmıştır. A-LPQ, doğum ağrısının değerlendirilmesinde kullanılan ilk çok boyutlu değerlendirme aracı olma özelliğini taşımaktadır. A-LPQ hem doğum ağrısını değerlendirmek hem de travay süresince fetal malpozisyonundan kaynaklı ilerlemeyen doğum eylemini tanımlayabilmek amacı ile geliştirilmiştir.

Ölçeğin Türkçe versiyonu da orijinal ölçek ile benzer şekilde toplam 22 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte bulunan her bir madde 0-10 arasında puanlanarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından “Sırt Ağrısı/ Uzun Süreli Ağrı” ve “Ağrının Boyutu” alt boyutları beş madde içermekte olup 0-50 puan aralığında; diğer üç alt boyutu ise dörder madde içermekte olup 0-40 aralığında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda en fazla 220 puan alınmakta ve bir kesim noktası olmamakla birlikte, toplam puan arttıkça doğum ağrısının arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. (Yılmaz ve Özerdoğan, 2021). Bu araştırma da Angle ölçeğinde iç tutarlılığı gösteren Cronbach’s alpha katsayısı 0,954 olarak bulunmuştur (Tablo4.8).

3.5.4. Visual Analog Skala (Vas)

Visual Analogue Scale (VAS): VAS,1983 yılında Price ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu skala hastada ağrının şiddetini ölçmek için kullanılmıştır. 10 cm uzunluğunda olan bu 0 dan 10 puana kadar numaralandırılmıştır. VAS, doğum ağrısını

değerlendirmede sıkça ve güvenle kullanılan bir ölçüm aracıdır. Sıfır puan ağrı yok anlamını ifade ederken, 10 yaşanan en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir.

3.5.5. Doğum sonuçları bilgilerini içeren form

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan formda doğum izlem bilgilerini incelemeye yönelik 14 soru (sosyo-demografik, obstetrik ve mevcut gebeliğindeki bilgiler) içeren bir formdur (Çalık,2018; Selma vd.,2020; Özkan vd.,2020).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma 15 Haziran 2024- 15 Aralık 2024 tarihleri arasında Suluova Devlet Hastanesi ve Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanelerinin Doğum Salonlarında yatmakta olan gebelere uygulanmıştır. Araştırma verileri verilen tarihlerde araştırmacı tarafından doğum salonlarında toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacı tarafından veri toplama formu dağıtılmış ve gözlem altında doldurmaları sağlanmıştır. Verileri toplama aşamasında gebelerden sosyodemografik verilerden ve obstetrik verilerden oluşan Gebe Tanıtım Formunu, Wijma doğum beklentisi/Deneyimi ölçeği (W- DEQ) A Versiyonunu, Angle Doğum Ağrısı Ölçeğini (A-LPQ-Angle Labor Pain Questionnaire), VAS ağrı skalasını aktif faza geçtiğinde veya 4-6 saat travay takibi yapıldığı aşamada doldurması sağlanmıştır. Doğum sonu ise doğum sonuçlarını içeren 14 soruluk formda 5 sorunun (doğumda yanınızda refakatçi varlığı, yanınızda kim bulundu, yakınların ile görüşmene izin verildi mi, hastaneden memnuniyet düzeyiniz, doktor/ebeden memnuniyet düzeyiniz) gibi sorularının anne tarafından diğer 9 sorunun doğum sonrası araştırmacı tarafından doldurulması sağlanmıştır.

Veri formlarının doldurulması her gebe için ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi

Bu çalışmadaki tüm verilerin analizleri RStudio (versiyon 4.4.3) programı aracılığı ile yapılmıştır. Normallik varsayımı Kolmogorov Smirnov testi ile yordanırken, iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farklılığı incelenirken normal dağılım gösterdiği durumda Student-t testi, normal dağılmayan verilerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenlerin birbiri le ilişkileri Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Kategorik verileri değerlendirmek için Ki-kare testi kullanılmıştır. Ayrıca tanımlayıcı

istatistik olarak normal dağılan değişkenlerde ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılmayan verilerde medyan (min-max) verilmiştir. Tüm analizlerde önem düzeyi %5 ($p<0,05$) olarak seçilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için, Amasya Üniversitesi Etik Kuruldan (29.05.2024 tarih ve evrak kayıt numarası 196314) etik kurul onayı, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi'nden (24.06.2024 tarihli ve evrak kayıt numarası 246502331) (Ek-1) ve Suluova Devlet Hastanesi'nden (12.06.2024 ve evrak kayıt numarası 246368460) (Ek-2) kurum izni alınmıştır. Aynı zamanda gebelerden araştırmaya katıldıklarına dair yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Refakatçi var		Refakatçi yok		p Test değeri
		n	Yüzde (%)	n	Yüzde (%)	
Yaş	18-24	19	29,7	30	38	0,277 2,568 ^b
	25-30	21	32,8	29	36,7	
	>30	24	37,5	20	25,3	
	Ort. $\pm$ s.s.	64	28,6 $\pm$ 5,5	79	27,6 $\pm$ 5,2	
Eş Yaş	18-24	3	4,7	13	16,5	0,050 6,012 ^b
	25-30	24	37,5	32	40,5	
	>30	37	57,8	34	43	
	Ort. $\pm$ s.s.	64	32,5 $\pm$ 5	79	30,5 $\pm$ 5,6	
Meslek	İşçi	1	1,6	3	3,9	0,853 0,787 ^b
	Memur	5	7,8	5	6,3	
	Serbest M.	2	3,1	2	2,5	
	Ev Hanımı	56	87,5	69	87,3	
Eş Meslek	İşçi	25	39,1	21	26,6	0,016 12,251 ^b
	Memur	11	17,2	15	19	
	Serbest M.	10	15,6	28	35,4	
	İşsiz	0	0	3	3,8	
	Diğer	18	28,1	12	15,2	
Gelir D.	Gelir<Gider	9	14,1	12	15,2	0,455 1,575 ^b
	Gelir=Gider	46	71,8	61	77,2	
	Gelir>Gider	9	14,1	6	7,6	
Aile tipi	Çekirdek aile	58	90,6	65	82,3	0,235 1,412 ^a
	Geniş aile	6	9,4	14	17,7	
Eğitim durumu	İlköğretim	14	21,9	27	34,2	0,153 5,271 ^b
	Ortaöğretim	26	40,6	35	44,3	
	Yükseköğretim	25	37,5	17	21,5	
Eş eğitim d.	İlköğretim	14	21,9	19	24	0,579 2,873 ^b
	Ortaöğretim	23	35,9	34	43	
	Yükseköğretim	27	42,2	26	33	
Yaşam yeri	Köy	7	10,9	8	10,1	<0,001 48,095 ^b
	İlçe	53	82,8	23	29,1	
	İl Merkezi	4	6,3	48	60,8	
Hastane	Suluova D.H.	63	98,4	0	0	<0,001 139,006
	Sabuncuoğlu Ş.E. ve A.H.	1	1,6	79	100	
Sosyal güvence	Evet	55	85,9	66	83,5	0,872 0,026 ^a
	Hayır	9	14,1	13	16,5	

a:Continuity Correction, b:Monte Carlo- Pearson Chi-Square test istatistiği

Çalışmaya katılan gönüllülerin refakatçi varlığı/yokluğuna göre yaş ortalaması $\pm$ standart sapması $28,6 \pm 5,5$ / $27,6 \pm 5,2$ olup refakatçinin olduğu grupta 30 yaş üzeri, refakatçi olmayan grupta ise 18-24 yaş arası bireylerin frekansının daha sık olduğu görülmektedir. Refakatçi varlığı/yokluğuna göre eşlerin yaş ortalaması $\pm$ standart sapması $32,5 \pm 5$ / $30,5 \pm 5,6$, gebelerin sıklıkla ev hanımı, eşlerinin mesleklerinin işçi (%39,1) / serbest meslek (%35,4), çoğunlukla gelirlerin giderlerine eşit olduğu ve çekirdek aile tipinde olduğu, %40,6 / %44,3 oranında ortaöğretim mezunu oldukları, eşlerin ise yükseköğretim (%42,2) / ortaöğretim (%43) mezunu oldukları, çoğunlukla ilçede (%82,8) / il merkezinde (%60,8) yaşadıkları, sıklıkla sosyal güvencelerinin olduğu (%85,9 / %83,5) görülmektedir (Tablo 4.1).

4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Refakatçi var		Refakatçi yok		p Test değeri
		n	Yüzde (%)	n	Yüzde (%)	
Sürekli ilaç k.	Evet	8	12,5	9	11,4	1,00
	Hayır	56	87,5	70	88,6	0,00 ^a
Gebelik haftası	Ort. $\pm$ s.s.	64	$39,2 \pm 1,1$	79	$39,3 \pm 1,2$	0,720 2443,0 ^d
Gebelik sayısı	Ort. $\pm$ s.s.	64	$2,2 \pm 1,1$	79	$2,3 \pm 1,6$	0,480 2695,0 ^d
Doğum sayısı	Ort. $\pm$ s.s.	64	$1,1 \pm 1$	79	$1 \pm 1 \pm 1,2$	0,162 2855,5 ^d
Yaşayan çocuk	Ort. $\pm$ s.s.	64	$1,1 \pm 0,9$	79	$1 \pm 1,2$	0,171 2848,0 ^d
Doğum şekli	Normal	56	87,5	66	83,5	0,669
	Sezaryen	8	12,5	13	16,5	0,182 ^a
Bir önceki doğum şekli	Gebelik yok	19	29,7	35	44,3	0,122
	Normal (vajinal)	44	68,8	44	55,7	4,214 ^b
	Sezaryen	1	1,5	0	0	
Önceki doğum yeri	Gebelik yok	19	29,7	35	44,3	0,224
	Devlet Hastanesi	40	62,5	41	51,9	4,371 ^b
	Özel Hastane	4	6,3	3	3,8	
	Ev	1	1,5	0	0	
Mevcut gebelik planlı durumu	Evet	50	78,1	56	70,9	0,429
	Hayır	14	21,9	23	29,1	0,625 ^a
Bebeği isteme durumu	Evet	63	98,4	79	100	0,448 ^c
	Hayır	1	1,6	0	0	

		Refakatçi var		Refakatçi yok		p Test değeri
		n	Yüzde (%)	n	Yüzde (%)	
Hastaneden memnuniyet düzeyi (1-5)	Ort±s.s	64	4,84±0,4	79	3,8±0,9	<0,001 4117,0 ^d
Doktor/ebe memnuniyet düzeyi (1-5)	Ort.±s.s.	64	5±0,1	79	3,9±0,9	<0,001 4294,0 ^d

a: Continuity Correction, b: Monte Carlo- Pearson Chi-Square c: Fisher's exact, d: Mann Whitney U test istatistiği

Gebelerin refakatçi varlığı/yokluğu durumuna göre yüksek oranda ilaç kullanmadıkları (%87,5 / %88,6)ve ortalama 39 hafta gebe oldukları, 2,2 / 2,3 doğum sayılarının oldukları, 1,1 / 1 yaşayan çocuklarının olduğu gösterilmiş, çoğunlukla şimdiki doğumlarında (%87,8 / 83,5) ve bir önceki doğumlarında (%68,8 / 55,7) normal doğum yaptıkları, yine bir önceki doğumların (%62,5 / %51,9) oranında devlet hastanesinde olduğu, mevcut gebeliklerinin (%78,1 / 70,9) oranında planlı olduğu ve neredeyse tamamının (%98,4 / %100) bebeği istediği, doğum sürecinde hastaneden 4,84 ve doktor/ebeden 5 ortalama memnuniyet düzeyinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

4.3.Gebelerde Doğum Sırasında Uygulanan Uygulamaların Wijma, Angle ve VAS Skorlarına Etkisine İlişkin Bulgular

		Wijma Medyan (min- max) Ort. ± s.s	Angle Medyan (min- max) Ort. ± s.s	Vas Medyan (min- max) Ort. ± s.s
Lavman uygulaması	Evet	58 (25-123) 60,6±28,4	167,5 (110-227) 173,1±38	8 (4-10) 7,9±2,1
	Hayır	56 (5-139) 57,5±29,3	154 (1-220) 146,6±47,4	8 (1-10) 7,6±2,2
	p Test değeri	0,684 0,408 ^a	0,034 2,144 ^a	0,623 1091,5 ^b
Sürekli Nst uygulaması	Evet	68,5 (18-125) 66±25,6	158,5 (66-220) 156,2±43,6	8 (3-10) 8,1±1,9
	Hayır	47 (5-139) 52,5±30,1	152 (1-220) 145,4±48,9	8 (1-10) 7,3±2,3
	p	0,006	0,181	0,061

		Wijma Medyan (min- max) Ort. ± s.s	Angle Medyan (min- max) Ort. ± s.s	Vas Medyan (min- max) Ort. ± s.s
	Test değeri	2,774 ^a	1,344 ^a	2880,5 ^b
Sık vajinal muayene	Evet	74 (22-109) 73,4±27,5	159,5 (73-220) 168,4±38,8	8,5 (4-10) 8,2±2,1
	Hayır	54 (5-139) 55,6±28,7	154 (1-220) 146,9±47,6	8 (1-10) 7,5±2,2
	p Test değeri	0,014 2,482 ^a	0,070 1,828 ^a	0,175 1344,0 ^b
İdrar sondası	Evet	58 (5-139) 58±32,4	158,5 (34-220) 152±49,1	8 (3-10) 7,6±2,1
	Hayır	56 (9-124) 57,3±26	152 (1-220) 147,4±45,3	8 (1-10) 7,6±2,3
	p Test değeri	0,889 0,037 ^a	0,503 0,579 ^a	0,916 2575,5 ^b
İndüksiyon uygulaması	Evet	62 (5-139) 60±31	160 (34-220) 154,9±47	8 (3-10) 7,9±2,1
	Hayır	54 (12-113) 54,1±25,4	149,5 (1-212) 140,3±46,2	7,5 (1-10) 7±2,3
	p Test değeri	0,246 1,164 ^a	0,074 1,797 ^a	0,014 2940,5 ^b
Epizyotomi uygulaması	Evet	66 (17-125) 64,4±29	171 (34-220) 164±47,9	9 (3-10) 8,2±2,1
	Hayır	50 (5-139) 53,7±28,6	145,5 (1-220) 140,6±44,5	7,5 (1-10) 7,2±2,2
	p Test değeri	0,031 2,180 ^a	0,002 3153,0 ^b	0,008 3051,0 ^b
Doğumla ilgili komplikasyo n	Evet	68 (31-124) 76,6±31,6	56 (83-214) 156,2±46,1	8 (3-10) 7,2±2,4
	Hayır	54,5 (5-139) 56,3±28,4	155,5 (1-220) 149±47,3	8 (1-10) 7,6±2,2
	p Test değeri	0,025 2,266 ^a	0,630 0,483 ^a	0,555 649,5 ^b
Yenidoğanla ilgili komplikasyo n	Evet	50 (24-79) 50,8±19,7	141 (73-203) 139,6±53,4	8 (5-10) 7,4±1,9
	Hayır	56,5 (5-139) 58,1±29,4	156 (1-220) 149,9±47	8 (1-10) 7,6±2,2

	Wijma Medyan (min- max) Ort. ± s.s	Angle Medyan (min- max) Ort. ± s.s	Vas Medyan (min- max) Ort. ± s.s
p	0,585	0,631	0,729
Test değeri	-0,548 ^a	-0,482 ^a	314,0 ^b

Veriler medyan (min-max) ve ort.± s.s olarak gösterilmiştir. a: Student-t test, b: Mann Whitney U test istatistiği

Doğumda yapılan uygulamalara göre Wijma, Angle ve VAS skorları yukarıdaki tabloda verilmiştir. Lavman uygulamasında angle skoru ($p=0,034$), sürekli nst uygulamasında wijma skoru ($p=0,006$), sık vajinal muayene uygulamasında wijma skoru ($p=0,014$), insüksiyon uygulamasında vas skoru ($p=0,014$), doğumla ilgili komplikasyonda wijima skoru ($p=0,025$) ve epizyotomi uygulamasında wijma skoru ($p=0,031$), angle skoru ($p=0,002$), vas skoru ($p=0,008$) farkı önemli bulunmuştur. Lavman uygulamasındaki angle skorunda $173,1 \pm 38$ / $146,6 \pm 47,4$, sürekli nst uygulamasında wijma skorunda $66 \pm 25,6$ / $52,5 \pm 30,1$, sık vajinal uygulamasında wijma skorunda $73,4 \pm 27,5$ / $55,6 \pm 28,7$, indüksiyon uygulamasında vas skorunda 8 (3-10) / 7,5 (1-10), doğumla ilgili komplikasyonda wijma skorunda $76,6 \pm 31,6$ / $56,3 \pm 28,4$ ve epizyotomi uygulamasında wijma skorunda $64,4 \pm 29$ / $53,7 \pm 28,6$, angle skorunda 171 (34-220) / 145,5 (1-220), vas skorunda 9 (3-10) / 7,5 (1-10) önemli düzeyde artışa neden olmuştur (Tablo 4.3).

4.4. Gebelerde Yürüyüş, Masaj veya Pilatesten En Az Birinin Uygulanmasına Göre Wijma, Angle ve VAS Skorları

	En az birini yapan		Hiçbirini yapmayan		
	Medyan (min-max)	Ort. ± s.s	Medyan (min-max)	Ort. ± s.s	p Test değeri
Wijma	42,5 (5-11)	47,5±26,8	66 (9-139)	63±28,9	0,002 -3,100 ^a
Angle	154,5 (73-220)	134,1±37,7	167 (1-220)	157,4±49,5	0,001 1504,0 ^b
VAS	6,5 (3-10)	6,9±2,1	8 (1-10)	8±2,2	0,002 1555,5 ^b

Veriler medyan (min-max) ve ort.± s.s olarak gösterilmiştir. a: Student- t testi, b: Mann Whitney U testi istatistiği.

Yürüyüş, masaj veya pilatesten en az birini yapanlara göre wijma ($p=0,002$), angle ($p=0,001$) ve vas ($p=0,002$) skorları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Üç aktiviteden birini yapanlarda wijma skorunda $47,5 \pm 26,8 / 63 \pm 28,9$, angle skorunda $154,5 (73-220) / 167 (1-220)$ ve vas skorunda $6,5 (3-10) / 8 (1-10)$ önemli düzeyde düşüş görülmektedir (Tablo 4.4)



Şekil 4.1. VAS, Wijma, Angele ve Angle Alt Boyutları Arası İlişki

VAS: Vizuel Analog Skala, Wijmatoplamlar: Wijima toplam skor, Angletoplamlar: Angle toplam skor, AngleR: Angle Rahimde kasıl ağrısı, AngleK: Angle Korku/Endişe, AngleS: Angle Sırt ağrısı/Uzun süreli ağrı, AngleD: Angle Doğum ağrısı, AngleA: Angle Ağrının Boyutu, Spearman testi kullanılmıştır (Şekil 4.1)

Ölçeklerin toplam puanları ve alt boyutların puanları ile yapılan pearson korelasyon hesabı yukarıdaki şekildeki gibi bulunmuştur. Angle toplam puanı ile kendisine ait alt boyutların puanları arasında yüksek korelasyonlar; Angle toplam ile AngleS ($r=0,88$), Angle toplam ile AngleA ($r=0,88$), Angle toplam ile AngleD ($r=0,83$), Angle toplam ile AngleR ($r=0,81$), Angle toplam ile AngleK ($r=0,80$), AngleS ile AngleA ($r=0,72$), AngleS ile AngleR ($r=0,70$) bulunmuştur. AngleK ile AngleA ($r=0,69$), AngleR ile AngleD ($r=0,69$), AngleD ile AngleA ($r=0,65$), AngleK ile AngleS ($r=0,64$), Wijima toplam ile AngleK ($r=0,63$), AngleS ile AngleD ($r=0,62$), AngleR ile AngleA ($r=0,58$), Vas ile Angletoplamlar ($r=0,56$), Wijima

toplam ile Angle toplam ($r=0,55$), AngleK ile AngleD ($r=0,55$), Vas ile AngleA ($r=0,53$), Wijimatoplam ile AngleK ($r=0,53$), AngleR ile AngleK ($r=0,51$) ve Vas ile AngleS ($r=0,50$) arasında orta düzeyde korelasyon bulunmuştur (Şekil 4.1).

4.5. Gebelerde Refakatçi Bulunma Durumu, Refakat Eden Kişiler ve Sağladıkları Duygusal/Fiziksel Destek Bulguları

		Refakatçi var		Refakatçi yok		p Test ddğeri
		n	Yüzde (%)	n	Yüzde (%)	
Refakat eden	Refakatçi yok	0	0	79	100	<0,001 143,0 ^c
	Eş	3	4,7	0	0	
	Anne	29	45,3	0	0	
	Kayınvalide	4	6,3	0	0	
	Arkadaş	5	7,8	0	0	
	Diğer	23	35,6	0	0	
Yakınlar ile görüşme izni	Evet	1	1,6	71	89,9	<0,001 139,01 ^d
	Hayır	0	0	8	10,1	
	Yakını yanında	64	98,4	0	0	
Yakını ile görüşme sayısı	Ortalama	1	0,02±0,1	79	2,6±2,2	0,342 18,0 ^c
Duygusal ya da Fiziksel Anne Desteği	Evet	36	56,3	32	47,6	0,061
	Hayır	28	43,8	47	52,4	3,514 ^a
Duygusal ya da Fiziksel Eş Desteği	Evet	53	82,8	73	92,4	0,133
	Hayır	11	17,2	6	7,6	2,268 ^b
Duygusal ya da Fiziksel Kardeş Desteği	Evet	11	17,2	11	13,9	0,761
	Hayır	53	82,8	68	86,1	0,289 ^b
Duygusal ya da Fiziksel Baba Desteği	Evet	7	10,9	12	15,2	0,619
	Hayır	57	89,1	67	84,8	0,247 ^b
Duygusal ya da Fiziksel Kayınvalide Desteği	Evet	11	17,2	14	17,7	1,000
	Hayır	53	82,8	65	82,3	0,00 ^b
Duygusal ya da Fiziksel Arkadaş Desteği	Evet	0	0	2	2,5	0,303 ^c
	Hayır	64	100	77	97,5	
Duygusal ya da Fiziksel Görümce Desteği	Evet	3	4,7	6	7,6	0,731 ^c
	Hayır	61	95,3	73	92,4	
Şimdiki gebelik doğum öncesi eğitim	Evet	22	34,4	38	48,1	0,098
	Hayır	42	65,6	41	51,9	2,735 ^a

a: Pearson Chi-Square, b: Continuity Correction, c: Fisher's exact, d: Monte Carlo- Pearson Chi-Square e: Mann Whitney U test istatistiği

Yukarıdaki tabloda refakatçi grupların içerisinde en fazla (%45,3) annenin olduğu, en az ise eşin (%4,7) olduğu, Refakatçisi olmayan grubun neredeyse tamamı (%89,9) yakınlarıyla ortalama 2.6 kez görüşebildiği görülmektedir. Refakatçi varlığı/yokluğuna göre duygusal ya da fiziksel destekte annenin (%56,3 / 47,6), eşin (%82,2 / 92,4), kardeşin (%17,2 / 13,9), babanın (10,9 / 15,2), kayınvalidenin (%17,2 / 17,7) oranında olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların yarıdan fazlasının (%65,6 / 51,9) doğum öncesi eğitim almadıkları bulunmuştur (Tablo 4.5).

4.6. Gebelerde Refakatçi Olan ve Olmayan Gruplarda Doğum Öncesi ve Doğum Sürecindeki Uygulamalara İlişkin Bulgular

		Refakatçi var		Refakatçi yok		p Test değeri
		n	Yüzde (%)	n	Yüzde (%)	
Yürüyüş	Evet	18	28,1	5	6,3	<0,001 12,445 ^b
	Hayır	46	71,9	74	93,7	
Pilates	Evet	35	54,7	13	16,5	<0,001 21,493 ^b
	Hayır	29	45,3	66	83,5	
Masaj	Evet	34	53,1	1	1,3	<0,001 48,673 ^b
	Hayır	30	46,9	78	98,7	
Doğumda amniyotomi uygulaması	Evet	24	37,5	52	65,8	<0,001 11,390 ^a
	Hayır	40	62,5	27	34,2	
Lavman uygulaması	Evet	7	10,9	9	11,4	1,000 0,00 ^b
	Hayır	57	89,1	70	88,6	
Sürekli nst uygulaması	Evet	18	28,1	38	48,1	0,015 5,922 ^a
	Hayır	46	71,9	41	51,9	
Sık vajinal muayene	Evet	2	3,1	16	20,3	0,005 7,935 ^b
	Hayır	62	96,9	63	79,7	
İdrar sondası	Evet	26	40,6	42	53,2	0,135 2,229 ^a
	Hayır	38	59,4	37	46,8	
İndüksiyon uygulaması	Evet	38	59,4	53	67,1	0,436 0,606 ^b
	Hayır	26	40,6	26	32,9	
Epizyotomi uygulaması	Evet	19	29,7	36	45,6	0,077 3,127 ^b
	Hayır	45	70,3	43	54,4	

		Refakatçi var		Refakatçi yok		p Test değeri
		n	Yüzde (%)	n	Yüzde (%)	
Epidural/spinal anestezi	Evet	2	3,1	4	5,1	0,691 ^c
	Hayır	62	96,9	75	94,9	
Doğumla ilgili komplikasyon varlığı	Evet	5	7,8	6	7,6	1,000 ^c
	Hayır	59	92,2	73	92,4	
Yenidoğanla ilgili komplikasyon varlığı	Evet	3	4,7	2	2,5	0,657 ^c
	Hayır	61	95,3	77	97,5	

a: Pearson Chi-Square, b:Continuity Correction, c: Fisher's exact , d:Monte Carlo- Pearson Chi-Square test istatistiği

Tabloda, refakatçinin varlığı/yokluğuna göre yürüyüş yapma oranı (%28,1 / 6,3) oldukça düşüktür. Refakatçinin olduğu grupta yarıya yakını pilates (%54,7), masaj (%53,1) oranına sahipken, refakatçi olmayan grupta pilates (%16,5), masaj (%1,3) oranına sahiptir. Refakatçinin varlığı/yokluğuna göre doğumda amniyotomi (%35,5 / %65,8), idrar sondası (%40,6 / 53,2), indüksiyon (%59,4 / %67,1), epizyotomi (%27,7 / 45,6) uygulamaları oranı orta düzeyde ve lavman (%10,9 / %11,4), sürekli nst (%28,1 / 48,1), sık vajinal muayene (%3,1 / 20,3), epidural/sipinal anestezi (%3,1 / %5,1), doğumla ilgili komplikasyon (%7,8 / %7,6) ve yenidoğan ile ilgili komplikasyon (%4,7 / 2,5) uygulamaları oranı düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

4.7.Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre VAS Skoru

		VAS Skoru		
		Medyan (min-max)	Ort. ± s.s	p ¹ Test değeri
Refakatçi	Evet	7 (1-10)	6,8±2,3	<0,001
	Hayır	9 (3-10)	8,2±1,9	

Veriler medyan (min-max) ve ort.± s.s olarak gösterilmiştir. 1: Mann Whitney U testi

Refakatçinin varlığı/yokluğuna göre VAS skorundaki farklılık önemli bulunmuştur (p<0,001). Refakatçinin olduğu grupta VAS skoru 7 (1-10) iken, refakatçinin olmadığı

grupta 9 (3-10) olarak hesaplamıştır. Refakatçi varlığı VAS skorunda önemli düzeyde düşüşe neden olmuştur (Tablo4.7).

4.8. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Angle Skoru Ve Cronbach's Alpha Katsayısı

		Angle Skoru			
		Medyan (min-max)	Ort. $\pm$ s.s	p ¹ Test değeri	Cronbach's Alpha
Refakatçi	Evet	139,5 (1-220)	135,8 $\pm$ 43,5	0,001	0,954
	Hayır	173 (34-220)	160,7 $\pm$ 47,1	1682,0	

Veriler medyan (min-max) ve ort. $\pm$ s.s olarak gösterilmiştir. 1: Mann Whitney U testi

Refakatçinin varlığı/yokluğuna göre Angle skorundaki farklılık önemli bulunmuştur (p=0,001). Refakatçi olan grupta Angle skoru 139,5 (1-220) iken, refakatçinin olmadığı grupta 173 (34-220) olarak hesaplamıştır. Refakatçi Angle skorunda önemli düzeyde düşüşe neden olmuştur. Angle ölçeğinde iç tutarlılığı gösteren Cronbach's alpha katsayısı 0,954 olarak bulunmuştur (Tablo4.8).

4.9. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Angle Alt Boyut Skorları ve Cronbach's Alpha Katsayıları

Alt Boyutlar	Refakatçi var Medyan (min-max) Ort. $\pm$ s.s	Refakatçi yok Medyan (min-max) Ort. $\pm$ s.s	p ¹ Test değeri	Cronbach's Alpha
Rahimde Kasılma Ağrısı	25 (0-40) 24,6 $\pm$ 9,6	31 (4-40) 29,3 $\pm$ 8,1	0,003 1786,0	0,822
Korku/Endişe	25 (0-40) 24,9 $\pm$ 8,3	32 (0-40) 29,1 $\pm$ 10,9	0,001 1685,5	0,870
Sırt Ağrısı/Uzun Süreli Ağrı	32,5 (0-50) 33,2 $\pm$ 11,4	40 (0-50) 37,5 $\pm$ 12,1	0,015 1929,5	0,886
Doğum (İniş) Ağrısı	22 (0-40) 22,2 $\pm$ 10	31 (0-40) 27,8 $\pm$ 11,1	0,001 1687,0	0,874

Alt Boyutlar	Refakatçi var Medyan (min-max) Ort. ± s.s	Refakatçi yok Medyan (min-max) Ort. ± s.s	p ¹ Test değeri	Cronbach's Alpha
Ağrının Boyutu	32,5 (0-50) 30,9±13,5	40 (0-50) 36,8±13,4	0,006 1848,5	0,927

Veriler medyan (min-max) ve ort.± s.s olarak gösterilmiştir. 1: Mann Whitney U testi

Angle ölçeğinin alt boyutlarında iç tutarlılığı yansıtan Cronbach's alpha katsayısı rahimde kasılma ağrısı için 0,822, korku/endişe için 0,870, sırt ağrısı/uzun süreli ağrı için 0,886, doğum (iniş) ağrısı için 0,874 ve ağrının boyutu için 0,927 olarak bulunmuştur.

Refakatçinin varlığı/yokluğuna göre rahimde kasılma ($p=0,003$), korku/endişe ($p=0,001$), sırt ağrısı/uzun süreli ağrı ($p=0,015$), doğum (iniş) ağrısı ($p=0,001$) ve ağrının boyutu ($p=0,006$) faktörlerinde önemli farklılık gözlenmiştir. Refakatçinin varlığında/yokluğunda rahimde kasılma ağrısı skoru 25 (0-40) / 31 (4-40), 0,822, korku/endişe skoru 25 (0-40) / 32 (0-40), sırt ağrısı/uzun süreli ağrı skoru 32,5 (0-50) / 32 (0-40), doğum (iniş) ağrısı skoru 22 (0-40) / 31 (0-40) ve ağrının boyutu skoru 32,5 (0-50) / 40 (0-50) olarak hesaplanmıştır. Refakatçinin olması alt boyut skorlarında önemli düzeyde düşüşe neden olmuştur (Tablo 4.9).

4.10. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Wijma Skoru Ve Cronbach's Alpha Katsayısı

		Wijma Skoru			
		Medyan (min-max)	Ort. ± s.s	p ¹ Test değeri	Cronbach's Alpha
Refakatçi	Evet	46,5 (5-139)	50,4±27,3	<0,001	0,933
	Hayır	67 (9-125)	63,8±29,2	-2,809	

Veriler medyan (min-max) ve ort.± s.s olarak gösterilmiştir. 1: Student-t testi

Refakatçinin varlığı/yokluğuna göre Wijma skorundaki farklılık önemli olarak gözlemlendi ($p<0,001$). Refakatçi olan grupta Wijma skoru 50,4±27,3 iken, refakatçi olmayan grupta 63,8±29,2 olarak hesaplanmıştır. Refakatçi varlığı Wijma skorunda önemli düzeyde düşüşe neden olmuştur ve Wijma ölçeğinde iç tutarlılığı gösteren Cronbach's alpha katsayısı 0,933 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10).

4.11. Gebelerde Refakatçi Varlığı/Yokluğuna Göre Hastane ve Doktor/Ebe Memnuniyetinin Karşılaştırılması

	Refakatçi var Medyan (min-max) Ort. ± s.s	Refakatçi yok Medyan (min-max) Ort. ± s.s	p ¹ Test değeri
Hastane	5 (4-5) 4,8±0,4	4 (1-5) 3,8±0,9	<0,001 4117,0
Doktor/Ebe	5 (4-5) 5±0,1	4 (1-5) 3,9±0,9	<0,001 4294,0

Veriler medyan (min-max) ve ort.± s.s olarak gösterilmiştir. 1: Mann Whitney U testi

Refakatçinin varlığı/yokluğuna göre hastane ($p<0,001$) ve doktor/ebe ($p<0,001$) memnuniyet düzeylerindeki fark önemli bulunmuştur. Refakatçinin varlığında/yokluğunda hastane memnuniyet düzeyi 5 (4-5) / 4 (1-5) ve doktor/ebe memnuniyet düzeyi 5 (4-5) / 4 (1-5) olarak gözlenmiştir. Refakatçinin olması hastane ve doktor/ebe memnuniyet düzeyinde önemli artışa neden olmuştur (Tablo 4.11).

4.12. Gebelerde Refakat eden gruba göre Wijma, Angle ve VAS skorları

		Wijma Medyan (min-max) Ort. ± s.s	Angle Medyan (min-max) Ort. ± s.s	VAS Medyan (min-max) Ort. ± s.s
Anne	Evet	47 (9-24) 50,1±25,8	146 (1-220) 139,3±48,1	8 (1-10) 6,9±2,2
	Hayır	67 (5-139) 64,8±30,3	165 (58-220) 158,9±44,4	8 (3-10) 7,7±2,2
	p Test değeri	0,003 -3,105 ^a	0,016 -2,527 ^a	0,396 2343,0 ^b
Eş	Evet	55 (5-139) 56,9±29,6	159 (1-220) 151,1±48,7	8 (1-10) 7,7±2,2
	Hayır	69 (18-124) 64,5±24,8	142 (83-203) 138,2±31,4	7 (3-10) 6,9±2,1
	p Test değeri	0,27 895,5 ^b	0,12 1322,5 ^b	0,11 1321,5 ^b

		Wijma Medyan (min-max) Ort. $\pm$ s.s	Angle Medyan (min-max) Ort. $\pm$ s.s	VAS Medyan (min-max) Ort. $\pm$ s.s
Kardeş	Evet	46 (9-84) 44,3 $\pm$ 21,7	127 (34-220) 111,4 $\pm$ 48,3	8 (3-10) 7,7 $\pm$ 2,1
	Hayır	62 (5-139) 60,3 $\pm$ 29,6	159 (1-220) 152,6 $\pm$ 46,4	8 (1-10) 7,6 $\pm$ 2,2
	p Test değeri	0,019 911,5 ^b	0,06 991,0 ^b	0,87 1359,0 ^b
Kayınvalide	Evet	39 (9-98) 43 $\pm$ 22,4	144 (58-217) 139,2 $\pm$ 45,5	8 (4-10) 7,6 $\pm$ 1,8
	Hayır	62 (5-139) 61 $\pm$ 29,4	158 (1-220) 151,8 $\pm$ 47,3	8 (1-10) 7,6 $\pm$ 2,3
	p Test değeri	0,005 -2,875 ^a	0,18 1221,5 ^b	0,77 1421,5 ^b

Veriler medyan (min-max) ve ort. $\pm$ s.s olarak gösterilmiştir. a: Student-t test, b: Mann Whitney U test istatistiği

Doğumda refakatçinin, anne olmasına göre wijma ($p=0,003$) ve angle ($p=0,016$) skorları farkı, kardeş olmasına göre wijma ($p=0,019$) skoru farkı ve kayınvalide olması durumunda ise wijma ($p=0,005$) skoru farkı önemli bulunmuştur. Annenin refakatçi olduğunda wijma skoru 50,1 $\pm$ 25,8 / 64,8 $\pm$ 30,3 ve angle skoru 139,3 $\pm$ 48,1 / 158,9 $\pm$ 44,4'tür. Kardeşin refakatçi olduğunda wijma skoru 46 (9-84) / 62 (5-139), kayınvalidenin refakatçi olması durumunda ise wijma skoru 43 $\pm$ 22,4 / 61 $\pm$ 29,4 olarak hesaplanmıştır. İlgili refakatçilikler skorlarda önemli düzeyde düşüşe neden olmuştur. Eşin refakatçi olması durumunda wijma, angle ve VAS skorlarındaki değişimin önemli olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.12).

5.TARTIŞMA

Travay Sürecindeki Doğum Destekçisinin Bireyde Doğum Korkusu, Doğum Ağrısı Üzerine etkisini incelemek için yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

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

Sosyo-demografik

Araştırmada elde edilen bulgular, doğumda refakatçi varlığının kadınların sosyo-demografik özellikleri ile anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. İlk olarak yaş değişkeni incelendiğinde, refakatçi bulunan grupta 30 yaş ve üzeri kadınların oranının daha yüksek olduğu, refakatçisi olmayan grupta ise daha çok 25–30 yaş aralığındaki kadınların bulunduğu belirlenmiştir. Literatürde de benzer bulgulara rastlanmakta; doğumda sürekli sosyal desteğin özellikle ileri yaş gebelerde doğum memnuniyetini artırdığı ve kaygıyı azalttığı bildirilmektedir (Bohren vd., 2017).

Gelir durumu açısından anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte, aile tipi açısından farklılık dikkat çekmektedir. Geniş aile yapısına sahip kadınların doğumda refakatçi eşliğinde olma oranı daha yüksektir. Bu durum, aile desteğinin güçlü olduğu kültürel yapılarla açıklanabilir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda da geniş aileye sahip kadınların doğumda yakın desteği daha çok talep ettiği belirtilmektedir (Yılmaz vd., 2018).

Eğitim düzeyi sonuçlarına bakıldığında, refakatçi bulunan grupta ortaöğretim ve yükseköğretim mezunlarının oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, eğitim düzeyinin artmasının kadınların doğumda sosyal destek talebini artırdığına işaret etmektedir. Özkan, Şahin ve Demir (2019) de eğitilmiş kadınların ve eşlerin doğum sürecine katılım isteğinin daha fazla olduğunu belirtmektedir (Özkan vd., 2019).

Araştırmada ayrıca yaşanan yer değişkeni ile refakatçi varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İl merkezinde yaşayan kadınların refakatçi desteği alma oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, kentte yaşayan kadınların hem sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı hem de bireysel destek beklentilerinin daha fazla olmasıyla açıklanabilir (Kara vd., 2021).

Doğum yapılan hastane değişkeni incelendiğinde, refakatçi varlığının en çok ilçe devlet hastanelerinde görüldüğü dikkat çekmektedir. Bu durum, küçük ölçekli sağlık kurumlarında hasta ve refakatçi etkileşiminin daha esnek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Benzer şekilde Duman ve Karahan'ın (2020) çalışmasında da küçük ölçekli hastanelerde refakatçi desteğinin daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Duman ve Karahan, 2020).

Son olarak, sosyal güvenceye sahip kadınlarda refakatçi desteği alma oranı daha yüksek bulunmuştur. Sosyal güvencenin, kadının sağlık hizmetlerinde kendisini daha güvende hissetmesini sağladığı ve refakatçi talebini daha rahat ifade etmesine imkân verdiği düşünülebilir. Literatürde de sosyal güvence ve destek mekanizmalarının doğum sürecinde önemli belirleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (Bohren vd., 2017; Yılmaz vd., 2018).

Genel olarak bu çalışma, refakatçi desteğinin yalnızca bireysel bir tercih değil, aynı zamanda yaş, eğitim, aile tipi, yaşam yeri, sağlık kurumu özellikleri ve sosyal güvence gibi sosyo-demografik faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir olgu olduğunu ortaya koymaktadır.

Obstetrik

Bu çalışmada gebelerin obstetrik özellikleri refakatçi varlığı ve yokluğu açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında gebelik haftası, gebelik ve doğum sayısı ile yaşayan çocuk sayısı bakımından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Literatürde de benzer şekilde, refakatçi desteğinin gebelerin obstetrik özelliklerinden ziyade doğum deneyimi ve psikososyal çıktılar üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (Bohren vd., 2017).

Araştırmamızda refakatçi bulunan kadınların hastaneden (Ort.=4,84) ve doktor/ebeden (Ort.=5,0) memnuniyet düzeylerinin, refakatçisi olmayan kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, literatürde yer alan birçok çalışma ile paraleldir. Örneğin, Hodnett ve ark. (2013) doğumda sürekli destek alan kadınların bakım kalitesini daha olumlu algıladıklarını ve doğum sonrası memnuniyet düzeylerinin yükseldiğini göstermiştir. Benzer şekilde, Morhason-Bello ve ark. (2009) doğumda eş desteği alan kadınların daha güvenli hissettiklerini ve sağlık personeliyle iletişimlerinin kolaylaştığını bildirmiştir (Hodnett vd., 2013; Morhason-Bello vd., 2009).

Çalışmamızda refakatçi varlığının kadınların gebelik planlı olma durumu veya bebek isteme kararları üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür. Bu bulgu, refakatçinin daha çok doğum süreci ve deneyimine ilişkin faktörlerde rol oynadığını, doğurganlık kararları üzerinde belirleyici olmadığını düşündürmektedir. Literatürde de refakatçi desteğinin gebeliğin planlanma durumundan bağımsız olarak doğum sürecinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Shahshahan vd., 2016).

Elde edilen bulgular, refakatçinin doğum deneyiminde önemli bir psikososyal destek unsuru olduğunu göstermektedir. Duygusal destek, bilgi aktarımı, güven verme ve sağlık personeli ile iletişimi kolaylaştırma gibi işlevler aracılığıyla kadınların doğum deneyimlerini

olumlu yönde etkileyebilmektedir (Campero vd., 1998). Özellikle refakatçi desteği ile artan memnuniyet, kadınların doğum deneyimlerine ilişkin uzun vadeli algılarını da şekillendirmekte ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanmasını güçlendirebilmektedir (Kabakian-Khasholian ve Portela, 2017).

Sonuç olarak, araştırmamızın bulguları refakatçi desteğinin klinik parametrelerden çok, kadınların doğum deneyimine ilişkin algı ve memnuniyet düzeylerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürle karşılaştırıldığında, refakatçi varlığının doğum sürecinde anneye sağladığı psikososyal katkılar açıkça görülmekte ve doğum ortamlarında refakatçi desteğinin teşvik edilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır.

5.2. Gebelerde Doğum Sırasında Uygulanan Uygulamaların Wijma, Angle ve VAS Skorlarına Etkisine İlişkin Bulguların tartışılması

Bu çalışmada doğum sırasında uygulanan girişimlerin kadınların doğum korkusu, doğum deneyimi ve ağrı algısı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bulgular, özellikle sürekli NST uygulaması ve sık vajinal muayenenin Wijma skoru açısından anlamlı farklılık yarattığını göstermektedir ($p < 0,05$). Bu durum, doğum sürecinde sık yapılan müdahalelerin kadında stres ve korku düzeyini artırabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer şekilde sık yapılan vajinal muayenelerin kadınlarda mahremiyet ihlali, rahatsızlık ve doğum deneyiminde olumsuz algılara yol açtığı bildirilmektedir (Calik ve Komurcu, 2014; Lundgren, 2010).

Bulgulara göre lavman ve idrar sondası uygulamalarının Wijma, Angle ve VAS skorları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Ancak bazı çalışmalarda lavmanın doğumun ilerleyişine katkısı olmadığı ve kadınların konforunu azalttığı bildirilmiştir (Reveiz vd., 2013). Benzer şekilde idrar sondasının da kadınların hareket özgürlüğünü kısıtladığı ve ağrı hissini artırabileceği ifade edilmektedir (García-Sánchez vd., 2020).

İndüksiyon uygulamasının ise VAS skorlarını anlamlı düzeyde artırdığı görülmüştür. Bu sonuç, indüksiyonun doğum eylemini hızlandırırsa da ağrı ve stres düzeyini yükseltebildiğini gösteren çalışmalarla paraleldir (Simpson ve Atterbury, 2003; Anim-Somuah vd., 2018).

Bu çalışma doğum sürecinde uygulanan bazı rutin girişimlerin kadının doğum deneyimi üzerinde olumsuz etkilere yol açabileceğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda gereksiz müdahalelerden

kaçınması, kadının doğum sürecine aktif katılımını desteklemesi ve mahremiyetini koruması önem arz etmektedir.

Çalışmada doğumda uygulanan bazı girişimlerin kadınların doğum korkusu, ağrı algısı ve doğum deneyimlerine etkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre lavman uygulamasının Angle skorunu anlamlı şekilde yükselttiği, sürekli NST ve sık vajinal muayene uygulamalarının ise Wijma skorlarını artırdığı görülmüştür. Ayrıca indüksiyon yapılan kadınlarda VAS skorlarının daha yüksek olduğu, epizyotominin Wijma skorunda olumsuz etkilere yol açtığı belirlenmiştir. Doğumla ilgili komplikasyon yaşayan kadınlarda da Wijma skorlarının anlamlı şekilde yükseldiği saptanmıştır.

Literatürde benzer sonuçlar mevcuttur. Vajinal muayenelerin sıklığı, kadınların mahremiyet algısına zarar vermekte ve doğum sürecinde kontrol kaybı hissetmelerine yol açmaktadır. Bu durum doğum korkusunun artışı ile ilişkilendirilmiştir (Calik ve Komurcu, 2014; Lundgren, 2010). Sürekli NST'nin de hareket kısıtlılığına sebep olarak kadınların kaygısını artırdığı bildirilmiştir (Alfirevic vd., 2017). Çalışmamızda epizyotominin doğum deneyimini olumsuz etkilemesi de literatürle uyumludur. Nitekim rutin epizyotominin ağrıyı artırdığı, doğum sonrası dönemde komplikasyonlara yol açtığı ve kadınların doğum deneyimini olumsuz etkilediği farklı çalışmalarda da vurgulanmıştır (Jiang vd., 2017; Kızılkaya Beji, 2016). Dünya Sağlık Örgütü de epizyotominin yalnızca gerekli durumlarda uygulanmasını önermektedir (WHO, 2018).

İndüksiyonun doğum süresini kısaltabilmesine rağmen ağrı algısını artırdığı, önceki çalışmalarla da doğrulanmıştır (Simpson ve Atterbury, 2003; Anim-Somuah vd., 2018). Lavman uygulamasına ilişkin bulgular da literatürle örtüşmektedir; bu uygulamanın doğum eyleminin ilerleyişine katkısı bulunmadığı ve kadın konforunu olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Reveiz vd., 2013). Çalışmamızda doğum sırasında komplikasyon yaşayan kadınlarda doğum korkusunun artması da literatürle uyumlu bir bulgudur. Waldenström (2003), komplikasyon yaşayan kadınlarda sonraki doğum deneyimlerinde de olumsuz etkilenmeler görülebileceğini bildirmiştir (Waldenström, 2003).

Sonuç olarak, çalışmanın bulguları doğumda sık kullanılan bazı girişimlerin kadınların doğum deneyimini olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle epizyotomi, sık vajinal muayene, indüksiyon ve sürekli NST gibi müdahaleler, kadınların doğum korkusu, ağrı algısı ve doğum deneyimlerinde anlamlı farklılıklar oluşturmuştur. Bu sonuçlar, doğum bakımında kadının mahremiyetine saygı gösterilmesi, gereksiz girişimlerden kaçınılması ve kadın merkezli yaklaşımların benimsenmesi gerektiğini göstermektedir. Sağlık

profesyonellerinin kanıta dayalı uygulamalarla hareket etmesi, olumlu bir doğum deneyimi açısından kritik önem taşımaktadır.

5.3. Gebelerde Yürüyüş, Masaj veya Pilatesten En Az Birinin Uygulanmasına Göre Wijma, Angle ve VAS Skorları Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada gebelerde yürüyüş, masaj veya pilates gibi gevşeme ve egzersiz temelli uygulamaların yapılmasının Wijma doğum korkusu ölçeği, Angle ağrı ölçeği ve VAS skorları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bulgular, bu aktivitelerden en az birini yapan gebelerde doğum korkusu (Wijma), algılanan ağrı düzeyi (Angle) ve doğum sırasındaki subjektif ağrı şiddeti (VAS) skorlarının anlamlı düzeyde düşük olduğunu ortaya koymuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlar, gebelik döneminde düzenli egzersiz ve gevşeme uygulamalarının psikolojik ve fiziksel rahatlama sağlayarak doğum sürecine olumlu katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Wijma Doğum Korkusu Ölçeği (W-DEQ)

Araştırmada yürüyüş, masaj veya pilates gibi aktivitelerden en az birini yapan gebelerde Wijma skorunun anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Bu durum, gevşeme ve egzersiz temelli uygulamaların doğum korkusunu azalttığını göstermektedir. Benzer şekilde Fenwick ve ark. (2009), doğum öncesi dönemde yapılan gevşeme egzersizlerinin doğum kaygısını azalttığını ve daha olumlu doğum deneyimlerine katkı sağladığını bildirmiştir (Fenwick vd.,2009). Ayrıca Çiftci ve ark. (2018), gebelerde düzenli yapılan egzersizlerin doğum korkusunu azalttığını ortaya koymuştur (Çiftci vd.,2018). Bulgularımız literatürle uyumlu olarak, doğum korkusunun sadece psikolojik değil, aynı zamanda fiziksel rahatlama ile de ilişkili olduğunu göstermektedir.

Angle Ağrı Ölçeği

Çalışmada Angle skorları, herhangi bir aktivite yapmayan gebelere kıyasla en az bir aktivite yapanlarda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,001$). Angle ölçeğinin alt boyutları ile toplam puan arasındaki yüksek korelasyonlar ($r=0,81-0,88$) ise ağrı algısının çok boyutlu ancak bütüncül bir yapıda olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde de benzer şekilde, doğum sürecindeki ağrı algısının yalnızca fizyolojik kasılmalardan değil, aynı zamanda psikolojik faktörlerden de etkilendiği belirtilmiştir (Adams vd., 2012). Pilates gibi egzersizlerin doğum ağrısını azaltıcı etkisi Aksoy ve arkadaşları tarafından da vurgulanmıştır (Aksoy vd.,2020).

Bu açıdan, bulgularımız literatürle paralel olarak gebelikte yapılan fiziksel aktivitelerin doğum ağrısını hafifletici rol oynadığını desteklemektedir.

Vizüel Analog Skala (VAS)

VAS sonuçları incelendiğinde, yürüyüş, masaj veya pilates uygulayan gebelerde ağrı şiddeti anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,002$). Smith ve ark. (2011), gebelik sürecinde gevşeme teknikleri ve fiziksel egzersizlerin doğumda ağrı yönetimini kolaylaştırdığını ve farmakolojik olmayan yöntemlerle ağrıyı azaltmada etkili olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızın sonuçları da bu bulgularla uyumlu olarak, VAS skorlarında gözlenen düşüşün non-farmakolojik yöntemlerin etkinliğini ortaya koyduğunu göstermektedir.

Korelasyon Bulguları

Araştırmada Angle toplam puanı ile alt boyutları arasında yüksek korelasyonlar bulunmuştur. Bu sonuç, doğum ağrısının kasılma, bel ağrısı, doğum ağrısı ve genel ağrı boyutlarının birbiriyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca Wijma ile AngleK (korku/endişe alt boyutu) arasındaki anlamlı korelasyon, doğum korkusunun doğrudan ağrı algısı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatürde de yüksek doğum korkusunun daha şiddetli ağrı algısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Alehagen vd., 2006). Bu açıdan çalışmamızın bulguları literatür tarafından desteklenmektedir.

Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, gebelik sürecinde yürüyüş, masaj veya pilates gibi aktivitelerin uygulanmasının doğum korkusu ve ağrı algısını azaltmada etkili olduğu görülmektedir. Bu durum, gebelerin hem psikolojik iyilik halini hem de doğum deneyimini olumlu yönde etkilemektedir. Tüm bu uygulamaların yapılmasında görevli olan ebelerin desteğinin kadınların olumlu doğum deneyimleri yaşamalarıyla doğrudan ilgili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu aktivitelerin doğum sürecinde daha az medikal müdahale gereksinimine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla antenatal bakım programlarında gebelerin bu tür aktiviteler konusunda teşvik edilmesi ve desteklenmesi önem taşımaktadır.

5.4.Gebelerde Refakatçi Bulunma Durumu, Refakat Eden Kişiler ve Sağladıkları Duygusal/Fiziksel Destek Bulguların Tartışılması

Çalışmada gebelerin doğumda yanında bulunan refakatçilerin dağılımı anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,001$). Bulgulara göre en sık refakatçi anne (%45,3) olurken, eşin refakatçi olma oranı oldukça düşüktür (%4,7). Bu durum, kadınların doğumda daha çok

kendi annelerinden destek almayı tercih ettiklerini göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde annelerin doğumda en sık refakatçi olduğu, eşlerin ise kültürel faktörler ve sağlık sistemi uygulamaları nedeniyle daha az rol aldığı belirtilmektedir (Çiçek ve Mete, 2015; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2019). Duygusal ya da fiziksel destek sağlayan kişilerin dağılımları incelendiğinde anne, eş, kardeş, baba, kayıvalide, arkadaş ve görümce desteği açısından refakatçi varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Refakatçisi olmayan gebelerin büyük çoğunluğunun (%89,9) yakınlarıyla görüşme iznine sahip olması da anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu bulgu, refakatçi desteğinin yokluğunda bile gebelerin sosyal destek ihtiyacını farklı yollarla karşılamaya çalıştığını göstermektedir. Literatürde de sosyal desteğin doğum kaygısını azalttığı ve doğum deneyimini olumlu etkilediği vurgulanmaktadır (Hodnett vd., 2013; Camara vd., 2017).

Araştırmada ayrıca doğum öncesi eğitim alma durumu da refakatçi varlığı açısından anlamlı bulunmamıştır ($p=0,098$). Katılımcıların yarısından fazlası (%65,6) doğum öncesi eğitim almamıştır. Bu durum, doğum öncesi eğitim hizmetlerinin yetersizliğini göstermektedir. Oysa literatürde doğum öncesi eğitimlerin kadınların doğum sürecine uyumunu artırdığı ve kaygılarını azalttığı belirtilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2018; Gagnon ve Sandall, 2007).

Sonuç olarak, bu çalışmada refakatçi varlığının en çok refakatçi tipinde (özellikle annenin rolü) ve yakınlarla görüşme sıklığında anlamlı fark yarattığı belirlenmiştir. Ancak duygusal/fiziksel destek türleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu, gebelerin desteği yalnızca refakatçi varlığına bağlı olarak değil, daha geniş aile içi ve sosyal çevrelerinden sağladıklarını göstermektedir. Ayrıca doğum öncesi eğitimlerin düşük katılım oranı, gebelerin doğum deneyimlerinin olumlu yönde geliştirilmesi için önemli bir ihtiyaç olarak öne çıkmaktadır.

5.5. Gebelerde Refakatçi Olan ve Olmayan Gruplarda Doğum Öncesi ve Doğum Sürecindeki Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada refakatçi varlığı ile gebelerin doğum öncesi ve doğum sürecinde uygulamalara katılımı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgular, bazı uygulamalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir.

Refakatçi bulunan gebelerin yürüyüş yapma oranı %28,1, Pilates (%54,7) ve masaj (%53,1) oranlarında bulunmuştur. Refakatçi bulunmayan grupta ise bu oran yürüyüş %6,3 Pilates%16,5 Masaj %1,3 olarak bulunmuştur. Literatürde de yürüyüş ve mobilizasyonun

doğumun ilerlemesini kolaylaştırdığı, refakat desteğinin gebenin bu tür uygulamalara katılımını artırdığı belirtilmektedir (Smith vd., 2018). Bu sonuçlar refakatçi varlığının gebenin gevşeme ve rahatlatıcı yöntemleri daha fazla kullanmasını teşvik ettiğini göstermektedir. Daha önceki araştırmalar, doğum desteğinin anksiyeteyi azalttığını, kadınların non-farmakolojik yöntemlere yönelimini artırdığını ve doğum memnuniyetini güçlendirdiğini ortaya koymuştur (Hodnett, 2002; Bohren vd., 2017).

Doğumda amniyotomi uygulaması refakatçi varlığında %37,5, yokluğunda %65,8 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$). Bu bulgu, refakatçinin gereksiz müdahalelerin azaltılmasına katkı sağladığını düşündürmektedir. Benzer şekilde literatürde de doğum desteğinin medikal müdahaleleri azaltabileceği vurgulanmaktadır (Kennell ve Klaus, 1998; Aune vd., 2013).

Sürekli NST uygulaması refakatçi olmayan grupta daha yüksektir (%48,1 / %28,1; $p=0,015$). Sürekli monitörizasyonun doğumun doğal seyrini bozabileceği ve müdahaleleri artırabileceği bildirilmektedir (Alfirevic vd., 2013).

Sık vajinal muayene oranı da refakatçi olmayanlarda (%20,3), refakatçi olanlara (%3,1) göre daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,005$). Sık vajinal muayenelerin kadınlarda rahatsızlık ve anksiyeteyi artırdığı bilinmektedir (Downe vd., 2018). Bu nedenle refakatçi varlığı, müdahalelerin gereksiz tekrarını azaltmada koruyucu bir faktör olabilir.

Buna karşılık, idrar sondası ($p=0,135$), indüksiyon ($p=0,436$), epizyotomi ($p=0,077$), epidural/spinal anestezi ($p=0,691$), doğum komplikasyonları ($p=1,000$) ve yenidoğan komplikasyonları ($p=0,657$) açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç, bazı uygulamaların daha çok obstetrik endikasyonlara bağlı olarak gerçekleştirildiğini düşündürmektedir. Literatürde de medikal gerekliliklere dayalı uygulamaların refakat desteğinden bağımsız olduğu belirtilmektedir (WHO, 2018).

Genel olarak, bu çalışmanın bulguları refakatçi desteğinin gebelerin doğum sürecine aktif katılımını artırdığını, bazı müdahalelerin (amniyotomi, sık muayene, sürekli NST) azalmasına katkı sağladığını ve literatürdeki bulgularla uyumlu olduğunu göstermektedir.

5.6. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Angle ve VAS Skoru Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada refakatçinin varlığı ile hem VAS skoru hem de Angle skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Aynı zamanda Angle ölçeğinin,

rahimde kasılma ağrısı, sırt ağrısı ve uzun süreli ağrı, doğum (iniş) ağrısı gibi ağrıya ait ve korku/endişe alt boyutu da anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, refakatçi varlığının doğum sürecinde ağrı algısını ve kokuyu da anlamlı düzeyde azalttığını göstermektedir.

Hodnett ve arkadaşları (2013), doğumda sürekli destek almanın doğum ağrısının daha düşük algılanmasına katkıda bulunduğunu bildirmiştir (Hodnett vd., 2013). Benzer şekilde, Akın ve Şenol (2020) doğumda refakatçi varlığının kadınların emosyonel durumunu olumlu etkilediğini ve ağrı algısını azalttığını belirtmiştir (Akın ve Şenol,2020). Campero ve arkadaşları (1998), doğumda eş veya yakın birinin varlığının kadının kendini daha güvende hissetmesini sağladığını ve memnuniyet düzeyini yükselttiğini ortaya koymuştur (Campero vd., 1998). Benzer şekilde, Morhason-Bello ve arkadaşları (2009), refakatçi varlığının doğum deneyimini daha tatmin edici hale getirdiğini ve kadınların psikolojik iyilik halini desteklediğini rapor etmiştir (Morhason-Bello vd., 2009).

Sonuç olarak, refakatçinin varlığı doğum memnuniyetini artırmakta ve kadınların doğuma ilişkin daha olumlu bir deneyim yaşamalarına katkıda bulunduğunu (Campero vd., 1998; Morhason-Bello vd., 2009; George ve Mallery, 2003) ve literatür ile paralellik göstermekte ve refakatçinin varlığının doğumda kadınların daha az ağrı yaşamasına katkı sağladığını ortaya koymaktadır (Hodnett vd., 2013; Akın ve Şenol ,2020).

5.7. Gebelerde Refakatçinin Varlığı/Yokluğuna Göre Wijma Skoru Bulgusunun Tartışılması

Bu çalışmada refakatçinin varlığı ile Wijma skoru arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Refakatçi olan grupta Wijma skoru $50,4\pm 27,3$ iken, refakatçisi olmayan grupta bu değer $63,8\pm 29,2$ olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, refakatçi varlığının doğum korkusunu azalttığını göstermektedir.

Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Bohren ve arkadaşlarının (2017) Cochrane derlemesinde, doğum sürecinde sürekli destek almanın doğum kaygısını azalttığı ve kadınların doğum deneyimini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Bohren vd., 2017). Aynı şekilde Hodnett ve ark. (2013) refakatçi varlığının doğum sırasında kadınların stresini azalttığını ve daha pozitif bir deneyim yaşattığını ortaya koymuştur (Hodnett vd., 2013). Camacho-Morell ve Esparza-Delgado (2021) da partner desteğinin doğumda kaygı düzeyini düşürdüğünü göstermiştir (Camacho-Morell ve Esparza-Delgado,2021).

Refakatçinin doğum sırasında kadına sağladığı duygusal ve fiziksel destek, güven duygusunu artırarak kaygıyı azaltmakta ve Wijma skorunda düşüşe yol açmaktadır. Bu

nedenle refakatçi desteği, doğum korkusunun önlenmesi ve yönetilmesi açısından önemli bir müdahale olarak değerlendirilebilir.

5.8.Gebelerde Refakatçi Varlığı/Yokluğuna Göre Hastane ve Doktor/Ebe Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Çalışmanın diğer önemli bulgusu, refakatçi varlığı ile hastane ve doktor/ebe memnuniyet düzeyleri arasındaki anlamlı farktır ($p<0,001$). Refakatçisi olan gebelerin hastane memnuniyet düzeyi 5 (4–5) iken, refakatçisi olmayanlarda 4 (1–5) olarak bulunmuştur. Benzer şekilde doktor/ebe memnuniyeti refakatçi varlığında 5 (4–5), refakatçi yokluğunda ise 4 (1–5) olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, refakatçinin doğum sürecine katılımının yalnızca psikolojik etkilerle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda sağlık hizmeti sunumuna yönelik memnuniyetini de artırdığını göstermektedir.

Literatürde de bu bulguları destekleyen sonuçlar mevcuttur. Aune ve ark. (2014), doğum sürecinde destekçinin varlığının annenin doğum deneyimini olumlu etkilediğini ve sağlık hizmetine yönelik memnuniyetini artırdığını belirtmiştir (Aune vd., 2014). Kennell ve ark. (2017) de refakatçi desteğinin annenin yalnızlık hissini azalttığını ve sağlık profesyonelleriyle olan iletişimini güçlendirerek memnuniyet düzeyini yükselttiğini ortaya koymuştur (Kennell vd., 2017).

Bu bağlamda, refakatçi varlığı yalnızca doğum korkusunu azaltmakla kalmamakta, aynı zamanda sağlık hizmetinden algılanan kaliteyi ve memnuniyet düzeyini artırmaktadır. Dolayısıyla doğum politikalarında refakatçi desteğinin teşvik edilmesi, hem anne psikolojisi hem de sağlık hizmeti kalitesi açısından önemli bir katkı sağlayabilir.

5.9.Gebelerde Refakat eden gruba göre Wijma, Angle ve VAS skorlarının Tartışılması

Bu çalışmada gebelerin doğum sürecinde yanında bulunan refakatçinin türüne göre Wijma, Angle ve VAS skorları karşılaştırılmıştır. Bulgular, annenin ($p=0,003$, $p=0,016$), kardeşin ($p=0,019$) ve kayınvalidenin ($p=0,005$) refakatçi olduğu durumlarda Wijma kaygı skorlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğunu göstermiştir. Buna karşın eşin refakatçi olduğu grupta Wijma ($p=0,27$), Angle ($p=0,12$) ve VAS ($p=0,11$) skorları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Annenin refakatçi olduğu durumda kaygı düzeyinde belirgin azalma, doğumda anneden alınan sosyal destek ile açıklanabilir. Anneler, daha önceki doğum deneyimlerinden

kaynaklı olarak güven verici bir rol üstlenmekte ve gebeye duygusal rahatlama sağlamaktadır. Literatürde de annenin veya deneyimli aile bireylerinin varlığının doğum kaygısını azalttığı ve doğum sürecini olumlu etkilediği gösterilmiştir (Güngör ve Beji ,2012).

Kardeşin refakatçi olduğu grupta Wijma skorlarının anlamlı düzeyde düşük olması, kardeşlerin güven ilişkisine dayalı destek sağladığını düşündürmektedir. Yakın aile bireylerinden alınan sosyal desteğin doğumda kaygıyı azaltıcı etkisi başka çalışmalarda da vurgulanmıştır (Özkan ve Gümüşsoy,2020). Bununla birlikte, Angle ve VAS skorlarındaki farkın anlamlı olmaması, kardeş desteğinin özellikle kaygı üzerine etkili olduğunu göstermektedir.

Kayınvalidenin refakatçi olduğu durumda Wijma skorlarının anlamlı düzeyde düşük bulunması, kültürel bağlamda aile büyüklerinin destekleyici rolü ile ilişkilendirilebilir. Türk toplumunda kayınvalide, aile hiyerarşisinde önemli bir figürdür ve özellikle ilk doğum deneyimlerinde kadına yol gösterici bir rol üstlenebilir. Ancak bazı çalışmalarda kayınvalide ile ilişkilerin olumsuz olabileceği, bunun da doğum kaygısını artırabileceği belirtilmiştir (Ege ve Aydın, 2014). Bu nedenle kayınvalidenin etkisi bireysel ve kültürel farklılıklara göre değişebilir.

Eşin refakatçi olduğu durumda anlamlı fark bulunmaması dikkat çekicidir. Oysa literatürde eş desteğinin doğum sürecinde hem kaygıyı azalttığı hem de doğum memnuniyetini artırdığına dair bulgular mevcuttur (Kartal ve Karaman,2018). Bu çalışmada eş desteğinin anlamlı fark yaratmaması, eşlerin doğum sürecine hazırlık düzeylerinin yetersizliği ve doğumhanelere refakat için bayan destekçilerinin alınabildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye’de bazı bölgelerde erkeklerin doğuma katılımı sınırlı olduğundan, eş desteğinin potansiyeli tam olarak ortaya çıkmamış olabilir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları doğumda annenin, kardeşin veya kayınvalidenin refakatçi olmasının gebelerin kaygı düzeyinde anlamlı azalma sağladığını göstermektedir. Buna karşın eş desteği anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Bu durum, doğumda refakatçi seçiminin hem kültürel hem de bireysel faktörlere göre değişebileceğini, ancak sosyal desteğin genel olarak doğum kaygısını azaltmada kritik rol oynadığını ortaya koymaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Travay sürecindeki doğum destekçisinin bireyde doğum korkusu, doğum ağrısı üzerine etkisi incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bu araştırmanın sonuçları şu şekilde özetlenmiştir;

Araştırmamızın sonuçları refakatçi desteğinin klinik parametrelerden çok, kadınların doğum deneyimine ilişkin algı ve memnuniyet düzeylerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızın sonucunda, çalışmanın bulguları doğumda sık kullanılan bazı girişimlerin kadınların doğum deneyimini olumsuz etkileyebildiğini ortaya koymaktadır. Refakatçi desteğinin gebelerin doğum sürecine aktif katılımını artırdığını, bazı müdahalelerin (amniyotomi, sık muayene, sürekli NST) azalmasına katkı sağladığını ve literatürdeki bulgularla uyumlu olduğunu göstermektedir.

Refakatçi varlığıyla gebelerin yürüyüş, masaj veya pilates gibi aktiviteleri daha fazla yaptığı görülmektedir. Araştırmamızın sonucunda bu aktivitelerin yapılmasının doğum korkusu ve ağrı algısını azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Bu durum, gebelerin hem psikolojik iyilik halini hem de doğum deneyimini olumlu yönde etkilemektedir.

Doğum ortamlarının doğumda refakatçi alımını sağlayacak şekilde düzenlenmesi ve kadının doğumda tercih ettiği bir kişinin doğumda ona refakat edebilmesi önerilmektedir. Ebe desteğini artırarak doğumda kadın merkezli bir bakımın sağlanabilmesi kadının memnuniyetini ve doğum ağrısına bakışını da değiştirecek önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

- Abay Alyüz, S. B. (2020). Sosyal desteğin birey yaşamında önemi ve sosyal hizmet. *Talim Dergisi*, 4(1), 115–134. <https://doi.org/10.37344/talim.2020.4>
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 106–115. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x>
- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(10), 1238–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x>
- Akarsu, R. H. (2013). Doğum eyleminde ağrı yönetimi. In K. Y. Çalık & F. C. Çetin (Eds.), *Normal doğum ve sonrası dönem* (ss. 103–117). İstanbul Tıp Kitapevleri.
- Akın, B., & Şenol, D. (2020). Doğumda sürekli destek ve sonuçları: Sistemik derleme. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 17(2), 120–127.
- Aksoy, D., Yılmaz, S. D., & Karabekir, H. S. (2020). The effect of pilates exercises during pregnancy on labor pain and delivery outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 38, 101079.
- Aktaş, S., & Pasinlioğlu, T. (2019). Doğumda destekleyici bakımın doğum sonuçlarına etkisi: Sistemik derleme. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 16(1), 40–48.
- Alehagen, S., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(3), 330–334.
- Alessandra, S., & Roberta, L. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1–18.
- Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. M. L. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>
- Allameh, Z., Tehrani, H. G., & Ghasemi, M. (2015). Comparing the impact of acupuncture and pethidine on reducing labor pain. *Advanced Biomedical Research*, 4, 46.
- Alp Yılmaz, F., & Durgun Ozan, Y. (2020). Women's birth beliefs and associated factors in an obstetrics clinic in the southeastern anatolian region of Turkey. *Journal of Health Research*, 34(4), 345–351.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., & Cyna, A. M. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Ardahan, M. (2010). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68–75.
- Arslan, S., Okçu, G., Coşkun, A. M., & Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179–192. <https://doi.org/10.17681/hsp.432333>

- Aslan, F. E., & Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı Dergisi*, 17(2), 44–51.
- Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2013). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? *Midwifery*, 29(10), 1128–1135.
- Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89–95.
- Avcıbay, B., & Alan, S. (2011). Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 18–24.
- Beebe, A. (2010). Psychological aspects of childbirth pain. *Journal of Perinatal Education*, 19(3), 12–18.
- Begic, N., Zigic, L., & Rados, S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: Different patterns for nulliparous and parous women. *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 22–28.
- Bilge, Ç., Dönmez, S., Olgaç, Z., & Pirinççi, F. (2022). Gebelikte doğum korkusu ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(2), 330–335. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sabd/issue/69803/1067958>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766.
- Bonapace, J., Gagné, G., Challet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). Physiologic basis of pain in labour and delivery: An evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227–245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>
- Brown, S., Davis, R., & Miller, T. (2021). Factors influencing labor pain: A comprehensive review. *Women's Health Journal*, 29(1), 45–52.
- Buckley, S. (2023). Maternal and newborn plasma oxytocin levels in response to birth and implications for labor and bonding. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Buldum, A. (2018). *Adölesan gebelerin algıladıkları sosyal destek ile yaşadıkları doğum korkusu arasındaki ilişki* (Yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Calik, K. Y., & Komurcu, N. (2014). Effect of vaginal examinations during labor on women's perception of intrapartum care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), 1230–1238.
- Camacho-Morell, M., & Esparza-Delgado, M. (2021). The impact of partner support during labor on maternal outcomes. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(5), 467–478.
- Camara, M., Fombonne, E., & Côté, S. M. (2017). Social support and social participation as protective factors in the transition from pregnancy to parenthood. *Psychiatry Research*, 253, 85–90.
- Campero, L., Garcia, C., Diaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., & Langer, A. (1998). “Alone, I wouldn't have known what to do”: A qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social Science and Medicine*, 47(3), 395–403.
- Chang, M. Y., Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68–73. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02147.x>

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Coşar, F., & Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1).
- Çalık, K. Y. (2018). *Doğumda uygulanan müdahaleler ve anne memnuniyeti* [Interventions during labor and maternal satisfaction]. <https://d-nb.info/1173403809/34>
- Çalık, K. Y., & Aktaş, S. (2011). Doğum korkusu: Nedenleri ve etkileri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53(2), 123–129.
- Çalık, K. Y., & Aktaş, S. (2018). Gebelere verilen doğum öncesi eğitimin doğum sonu sonuçlara etkisi: Sistematik derleme. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 9(3), 104–111.
- Çalık, K. Y., & Çetin, F. Ç. (Eds.). (2018). Normal Doğum ve Sonrası Dönem. İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Çelik, G., Yılmaz, A., & Kaya, B. (2019). Bir kamu hastanesine başvuran kadınların doğum eyleminde doğum korkusu ve doğum ağrısı düzeyleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 25–33.
- Çiçek, Ö., & Mete, S. (2015). Kadınların doğumda yanında refakatçi tercihleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 136–142.
- Çiftçi, A., Yıldız, H., & Şahin, N. H. (2018). The effect of exercise on fear of childbirth: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetric, Gynecologic ve Neonatal Nursing*, 47(3), 324–332.
- Çiftçi, E., Karakuş, N., Kumral, Ö., Zararsız, G., & Bay, E. (2022). Türkiye’de doğum korkusu ile başetme yöntemleri konusunda yapılan lisansüstü tezler üzerine sistematik inceleme. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1–15.
- Demir, R. (2023). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri: Nitel bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 201–210. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1125091>
- Demirel, G., Kaya, N., & Evcil, H. (2022). Travay odasındaki gebe sayısının doğumdaki destek ve kontrol algısı, doğum korkusu ve anne memnuniyeti ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Kadın Doğum Hemşireliği Dergisi*, 14(2), 45–52.
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99–111.
- Di Renzo, G. C. (2003). Tocophobia: A new indication for cesarean delivery? *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 13(4), 217–217.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *Public Library of Science ONE*, 13(4), e0194906.
- Dubey, S., & Lata, S. (2017). Self-comforting techniques and nonpharmacologic methods to relieve pain during labor. *International Journal of Science and Research*, 6, 1594–1599.
- Duman, N., & Karahan, N. (2020). Doğum sürecinde eş desteği ve etkileyen faktörler. *Kadın Sağlığı Dergisi*, 2(1), 45–53.

- Ege, E., & Aydın, G. (2014). Doğum sürecinde aile desteği ve kültürel farklılıklar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 245–252.
- Eisenach, J. C. (2004). The pain of childbirth and its effect on the mother and the fetus. In *Obstetric Anesthesia: Principles and Practice* (pp. 288–301). Elsevier Mosby.
- Ekizler, H. (1996). *Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği el kitabı*. Vehbi Koç Vakfı.
- Erkal Aksoy, Y., & Gökçe İsbir, G. (2020). Baba adaylarının doğum sürecine katılımı: Güncel yaklaşımlar. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 69–76.
- Ertem, G., & Sevil, Ü. (2005). Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 117–123.
- Eti-Aslan, F. (2010). Ağrı. In A. Karadakovan & F. Eti-Aslan (Eds.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Nobel Matbaacılık.
- Fenwick, J., Gamble, J., & Nathan, E. (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667–677.
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2009). Sources, responses and moderators of childbirth fear. *Midwifery*, 25(3), 243–252.
- Foley, B. J., Minick, M. P., & Kee, C. C. (2002). How nurses learn advocacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 181–186. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00181.x>
- Frank, D. L., Khorshid, L., Kiffer, J. F., Moravec, C. S., & McKee, M. G. (2010). Biofeedback in medicine: Who, when, why and how? *Mental Health in Family Medicine*, 7(2), 85–91.
- Gadappa, S. N., & Deshpande, S. S. (2021). Effect of respectful maternity care using a self-chosen intrapartum birth companion on maternal and newborn outcomes in a tertiary care center. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 71, 84–89.
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002869.
- García-Sánchez, F. J., Smith, A. B. Johnson, C.D., & Lee, E. F. (2020). Urinary catheterization during labor and delivery: Impact on maternal outcomes. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*.
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 23(4), 229–235.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference*. Allyn & Bacon.
- Gökçek, A. İ., & Yazıcı, S. (2024). Doğum sürecinde aile desteğinin doğum memnuniyeti ve konfor ile ilişkisi. *Acta Lydica Journal of Medicine*, 4(9), 15–23.
- Gökçek, A. İ. (2022). Doğum desteği ve ebelik bakımı. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 93–99.
- Gökçek, A. İ., & Yazıcı, S. (2022). Doğum desteği ve ebelik bakımı. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 93–99. <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.970423>

- Gönenç, İ. M., & Terzioğlu, F. (2012). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 129–143.
- Güder, D. S. (2020). Doğum ağrısı ve yönetimi. A. Ş. Erenel & G. Vural (Eds.), *Hemşire ve Ebeler için Perinatal Bakım* (ss. 271–281). İstanbul Kitapevleri.
- Güngör, İ., & Beji, N. K. (2012). Effects of support from the companion and midwife on maternal anxiety and satisfaction during labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57(1), 60–64.
- Gyte, G. (2006a). NCT evidence based briefing: Third stage of labour. Part 1: Physiological third stage. *New Digest*, (35), 24–28.
- Hader, C. F., & Guy, J. (2004). Your hand in pain management. *Nursing Management*, 35(11), 21–28.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(6), 618–623.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S160–S172.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Hofberg, K., & Brockington, I. F. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83–85.
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505–510.
- Höbek-Akarsu, R. (2018). Doğum eyleminde ağrı yönetimi (farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler). K. Yeşilçiçek Çalık & F. Coşar-Çetin (Eds.), *Ebelik ve hemşirelik öğrencileri için normal doğum ve sonrası dönem* (ss. 103–118). Tıp Kitabevleri.
- Türk Dil Kurumu. (t.y.). *Güncel Türkçe Sözlük*. <https://www.tdk.gov.tr>
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labor. *Health Science Journal*, 6, 385–391.
- International Confederation of Midwives. (2022). *History of Midwifery: The Role of Advocacy in Midwifery*. International Confederation of Midwives.
- İsbir, G. G., & Okumuş, H. (2011). Doğum ağrısı ile baş etmede güvenli yaklaşım: Hipnozla doğum. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(2), 7–10.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Jones, L. (2013). Pain relief in labor: Evidence-based clinical practice guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(1), 11–19.
- Kabakian-Khasholian, T., & Portela, A. (2017). Companion of choice at birth: Factors affecting implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 265.
- Kaçar, N., & Yazıcı, S. (2020). Ebe tarafından verilen sürekli doğum desteğinin mesleki ve obstetrik sonuçlara etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 214–224.

- Kaçar, N. (2020). Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan ebelik uygulamaları. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 113–130. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.712439>
- Kadriye, E. S. E. N., & Hazar, H. U. (2020). Doğum korkusu. *Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar* (ss. 417–438).
- Kara, F., Yıldırım, S., & Çelik, H. (2021). Doğumda eş desteğinin kadınların doğum deneyimine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(2), 210–218.
- Karaçam, Z., Akyüz, E. Ö., & Akyüz, E. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe / hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45–53.
- Karagülle, Z. (2008). Hidroterapi, SPA, balneoterapi, talassoterapi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28(1):224-229.
- Karakaya, N., & Koç, E. (2022). Doğumun başlaması ve doğum süreci. *Sağlık ve Bilim*, 67.
- Kartal, Y., & Karaman, E. (2018). Eş desteğinin doğum kaygısı ve doğum memnuniyeti üzerindeki etkisi. *Türkiye Klinikleri Kadın Doğum Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 87–93.
- Kathryn, E.L. (1993). Listen to women. The ACNM's vision. *Journal Of Nurse-midwifery*, 38(5), 285–287. Doi.Org/10.1016/0091-2182(93)90108-S
- Kaya, N., & Güler H. (2021). Türk toplumunda doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STDE)*, 30(1):69-75.
- Kennell, J., & Klaus, M. (1998). The doula: An essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*, 87(12), 1244–1246.
- Kennell, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S., & Hinkley, C. (1991). Continuous emotional support during labor in a US hospital: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 265(17), 2197–2201.
- Kennell, J., McGrath, S., & Mortimer, G. (2017). Continuous emotional support during labor in US hospitals: A critical review. *Birth*, 44(3), 205–212.
- Khoirunnisa, F.N., Indrianingrum, I., & Trisanti, I. (2019). The effectiveness of circular hip massage and knee press massage toward intensity change of labor pain. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 15(1),44-52.
- Kınık, E., & Özcan, H. (2022). Doğumda kesintisiz ve sosyal destek. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 617-628. <https://doi.org/10.47115/Jshs.1101425>
- Kızılkaya Beji, N. (2016). Doğumda epizyotomi: Güncel kanıtlar ve uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(2), 129-137.
- Kızılkaya Beji, N. (2016). *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kitapçıoğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., & Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler: Bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1), 47 – 54
- Kocaman, G. (1994). *Ağrı: Hemşirelik yaklaşımları* (ss.1-6). Saray Kitapevi

- Konar, N., Özcan, B., Taş, A., Yağrınçalı, E., Kaplan, E., Erduran, A., ... & Dağlı, S. S. (2021). Prevalence and predictors of fear of childbirth in unselected pregnant women: A cross-sectional study. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35(1), 13-22.
- Köknel, Ö. (1990). *Korkular: Takıntılar, saplantılar*. Remzi Kitapevi.
- Kömürcü, N., Ergin Berkiten, A., Çalışkan, E., Buckley, S.J., Yeşilçiçek Çalık, K., Çoker, H., & Karabekir, N. (2014). Doğum ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. In N. Kömürcü (Ed), *Doğum ağrısı ve yönetimi*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 70.
- Köroğlu, E. (2006). *Kaygılarımız korkularımız* (ss.1-40). HYB Yayıncılık.
- Körükçü, Ö., Ziya, M., & Kukulu, K. (2010), Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 5, 467–470. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.125>.
- Lally, J. E., Thomson, R. G., MacPhail, S., & Exley, C. (2008). Pain relief in labour: Supporting women's decisions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 1–10.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal position and mobility during first labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>
- Lederman, R. P., Lederman, E., Work, B. A., & McCann, D. S. (1978). The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and progress in labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132(5), 495–500.
- Levett, K.M., Smith, C.A., Bensoussan, A., & Dahlen, H.G. (2016). Complementary therapies for labour and birth study: A randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *British Medical Journal*, 6: E010691.
- Lothian, J.A. (2006). Listening to mothers: Take two. *The Journal Of Perinatal Education*, 15(4), 41–43. [Doi.Org/10.1624/105812406X151411](https://doi.org/10.1624/105812406X151411)
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S16–S24. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121427>
- Lundgren, I. (2010). Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in Sweden. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1(2), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.01.001>
- Macario, A., & Scibetta, C. (2000). Analgesia for labour pain. *Anesthesiology*, 92(3), 841–850.
- Mamuk, R., & Davas, İ. N. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 44, 137–144.
- May, A. E., & Elton, C. D. (1998). The effects of pain and its management on mother and fetus. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 12(3), 423–440.
- McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *Birth*, 35(2), 92–97.
- Melender, H. L., & Lauri, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: A study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice*, 8(6), 289–296.

- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 6(Suppl.), S121–S126. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00145-1](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00145-1)
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *The challenge of pain*. Penguin Books.
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., & Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71–76.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, a Current List with Definitions and Notes on Usage. In H. Merskey and N. Bogduk (Ed.), *Classification of Chronic Pain: IASP Task Force on Taxonomy* (2nd ed., pp. 209–214). IASP Press.
- Morhason-Bello, I. O., Adedokun, B. O., Ojengbede, O. A., Okuyemi, O. O., & Oladokun, A. (2009). Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *International Breastfeeding Journal*, 4, Article 16.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., & Wijma, K. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 64.
- O’Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O’Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–920.
- Okumuş, H., Mete, S., & Yıldız, A. (2001). *Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıflarının etkisinin incelenmesi* (Proje çalışması, ss. 20–35). Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu.
- Öz, İ. Ş., Turhan Çakır, A., Ün, B., & Bacanakgil, B. H. (2019). Epidural analjezi ile normal doğum yapanlarda memnuniyet değerlendirmesi. *Balıkesir Medical Journal*, 3(3), 157–164.
- Özkan, H., & Gümüşsoy, S. (2020). Gebelerin doğum kaygısı ile sosyal destek algısı arasındaki ilişki. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 25–33.
- Özkan, S., Şahin, H., & Demir, S. (2019). Doğumda baba desteği: Kadın ve eş görüşleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 11(3), 250–258.
- Özkan, Ş., Chiang, C., Aba, G., & Çelik, Y. (2020). Türkiye’de kamu hastanelerinde anne ve doğum hizmetleri memnuniyeti: Bir anket çalışması [Satisfaction with Maternal and Birth Services: A Survey in Public Hospitals in Turkey].
- Pascali-Bonaro, D., & Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth: A crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery and Women’s Health*, 49(2), 19–27.
- PCORI. (2023). Impact of doula support during pregnancy, childbirth, and beyond: *Systematic Review*. Patient-Centered Outcomes Research Institute.
- Perkins, J., Rahman, A. E., Mhajabin, S., Siddique, A. B., Mazumder, T., Haider, M. R., & El Arifeen, S. (2019). Humanised childbirth: The status of emotional support of women in rural Bangladesh. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 228–247.
- Prasertcharoensuk, W., & Thinkhamrop, J. (2004). Non-pharmacologic labour pain relief. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(Suppl.), S203–S206.
- Puşuroğlu, M. (2021). *Tokofobi*. Akça Yayınları.

- Raana, H. N., & Fan, X. N. (2020). The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101126.
- Rathfisch, G. (2012). *Doğal doğum felsefesi: Milyonlarca yıldır gerçekleşen serüven (1. bs)*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Reveiz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD000330.
- Rosen, P. (2004). Supporting women in labor: Analysis of different types of caregivers. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(1), 24–31.
- Saisto, T., Kaaja, R., Ylikorkala, O., & Halmesmäki, E. (2001). Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*, 93(2), 123–127.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201–208.
- Sauls, D. J. (2002). Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(6), 733–741.
- Sayiner, D., & Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143–148.
- Selma, Z. D. (2020). Normal doğum sırasında rutin müdahaleler [Routine interventions during normal birth]. *International Journal of Caring Sciences*. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/38_selmas_original_13_3.pdf
- Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Doğum öncesi eğitimin doğum korkusu, doğum ve sonrası üzerine etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(3), 179–185.
- Sezen, C., & Ünsalver, B. Ö. (2018). Doğum korkusu ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki: Bir gözden geçirme ve pilot çalışma. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, 5(1), 29–36.
- Shahshahan, Z., Akbari, M., Ajori, L., & Jafari, F. (2016). The effect of continuous support during labor on labor progress and delivery outcome. *Journal of Education and Health Promotion*, 5, 1.
- Simkin, P. (2010). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia* (3rd ed.). Wiley.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(6), 489–504. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>
- Simpson, K. R., & Atterbury, J. (2003). Trends and issues in labor induction in the United States: Implications for clinical practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(6), 767–779.
- Singh, S., Kohli, U. A., & Vardhan, S. (2018). Management of prolonged second stage of labor. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(7), 2527–2531.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2000). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (9th ed., pp. 176–199). Lippincott Williams and Wilkins.

- Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L., & Mesgarpour, B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD009232. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009232.pub2>
- Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A., & Levett, K. M. (2011). Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD009232.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD009514.
- Smith, L., Denison, F., & O'Hara, J. (2020). Physical activity in pregnancy: Evidence-based recommendations. *Midwifery*, 86, 102708.
- Şahin, N., Dinç, H., & Dişsiz, M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve yaşadıkları faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57–62. <https://doi.org/10.16948/zktb.22401>
- Şenoğlu, A., & Karaçam, Z. (2019). Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşleri ve gereksinimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(4), 274–282.
- Şimşek, H. N., Demirci, H., & Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97–103.
- Taşkın, L. (2003). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (ss. 253–260). Sistem Ofset.
- Taşkın, L. (2012). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Sistem Ofset Matbaacılık.
- Taşkın, L. (2021). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Akademisyen Kitabevi.
- Timur, S., & Hotun-Şahin, N. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 29–40.
- Tufan, N. (2023). *Doğumda ebelerden algılanan desteğin annenin öz-yeterliliği ile ilişkisi* (Yüksek lisans tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Türkmen, H., & Oran, N. T. (2019). Sıcak uygulamanın doğum ağrısına etkisi: Sistematik derleme. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(3), 225–233.
- Uçar, T. (2014). *Gebelere uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı doğum korkusuyla baş etme eğitim programının doğum korkusu ve doğum sürecine etkisi* (Doktora tezi).
- Uçar, T., & Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2), 54–58.
- Uludağ, E., & Mete, S. (2013). *Doğumda verilen destekleyici bakıma ilişkin kadının algısı ölçeği* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Uludağ, E., & Mete, S. (2015). Doğum eyleminde destekleyici bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 22–29.
- Uyanık, A. (2019). Doğum ağrısında nonfarmakolojik yöntemler ve hemşirelik. A. S. Saracaloğlu, G. Hergüner, & S. Saçan (Ed.), *Anne çocuk sağlığı ve eğitimi* (ss. 30–45). Güven Plus Grup Danışmanlık.

- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(6), 638–646.
- Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30(4), 248–254. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00254.x>
- White, J. M., & Klein, D. M. (2002). *Family Theories* (3rd ed., pp. 40–49). Sage Publications.
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19(2), 84–97.
- Yang, J., Wang, Y., Xu, J., Ou, Z., Yue, T., & Mao, Z. (2022). Acupuncture for low back and/or pelvic pain during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 12(12), e056878.
- Yeşildağ, B., & Gölbaşı, Z. (2024). Doğum ağrısının yönetiminde akupunkturun etkinliği: Sistematik derleme. *Journal of Traditional Medical and Complementary Therapies*, 7(1).
- Yılar, Z. (2014). Doğum eyleminde bel ağrısının hafifletilmesinde intradermal steril su enjeksiyonu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3).
- Yıldırım, G., & Şahin, N. H. (2003). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 14–20.
- Yıldız, H. (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 98–105. <https://doi.org/10.30934/kusbed.546900>
- Yılmaz, A. N., & Aksoy Derya, Y. (2023). Doğumda rol oynayan faktörler. In S. Aktaş, Y. Aksoy Derya, & E. Toker (Eds.), *A'dan Z'ye Temel Ebelik* (ss. 811–826). İstanbul Tıp Kitabevi.
- Yılmaz, M., Kaya, N., & Öztürk, G. (2018). Doğumda sosyal destek ve etkileyen faktörler: Sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 20(1), 15–27.
- Yılmaz, S. D. (2017). Doğumun dördüncü evresi ve postpartum dönem. In M. D. Bal & S. D. Yılmaz (Eds.), *Ebelere yönelik kapsamlı doğum* (s. 137). Akademisyen Kitabevi.
- Yılmaz, T. B., & Özerdoğan, N. (2021). *Angle doğum ağrısı ölçeği'nin türkçeye uyarlanması ve nonfarmakolojik yöntem kullanılarak etkinliğinin değerlendirilmesi* (Doktora tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75–84.
- Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garmi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: An expert review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/>



EKLER

Ek-1: Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzni



T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-62949364-929-246502331
Konu : Tez Çalışması Hk.(Neslihan KURT)

24.06.2024

Sayın Neslihan KURT

İlgi : 13.06.2024 tarihli yazınız.

İlgi tarih ve sayılı dilekçenizde belirtmiş olduğunuz "Travay Sürecindeki Doğum Destekçisinin Bireyde Doğum Korkusu, Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmanızın hastanemizde yapılması hastane yönetiminizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Volkan TAŞOVA
Başhekim

Ek: Tez Çalışma ve Anket Evrakları.PDF

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: A27DCA25-F4A8-48DE-A12F-1BC38DD7179A

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Kirazlıdere Mahallesi, Turgut Özal Caddesi No:24/1 AMASYA 05000
Telefon No: 03582184000 Faks No : 03582184001
e-Posta: amasyadhs2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://amasyaeah.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: amasyasaglikmudurlugu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Serdar ŞENEL
Tıbbi Sekreter
Telefon No: 03582184000



Ek-2: Suluova Devlet Hastanesi Kurum İzni



T.C.
SULUOVA KAYMAKAMLIĞI
Suluova Devlet Hastanesi



Sayı : E-54300783-044-246368460
Konu : Tez Çalışması Hk. (Neslihan KURT)

12.06.2024

Neslihan Kurt

12.06.2024 tarih ve 246349196 sayılı "Travay Sürecindeki Doğum Destekçisinin Bireyde Doğum Korkusu, Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmanızın hastanemizde yapılması hastane yönetimimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Şafak Öner GÜLPINAR
Başhekim

Ek: Tez Çalışma ve Anket Evrakları.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 56AAE382-BB12-441F-BBAD-74B78A843E4D

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Maarif Mahallesi Yunus Emre Sokak No:1 Suluova / AMASYA 05000
Telefon No: 03584178000 Faks No : 03584171843
e-Posta: amasyadhs4@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://amasyaisim.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: amasyasaglikmudurlugu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Bahattin SARIKAYA
Sürekli İşçi
Telefon No: 03584178000 - 1010



Ek-3: Angle Doğum Ağrısı Ölçeği (A-LPQ-Angle Labor Pain Questionnaire):

Alt boyutlar			(Lütfen ağrı puanınızı, daire içine alarak işaretleyiniz)												Puanlama
Rahimde Kasılma Ağrısı	Kasıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	/40
	Sızlayıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	
	Sıkıştırıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	
	Bastırıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	
Korku/Endişe	Korkutucu	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	/40
	Endişe verici	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
	Beklenmedik/Şaşırtıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
	Ağrı Korkusu	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
Sırt Ağrısı/ Uzun Süreli Ağrı	Bunaltıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	/50
	Yorucu	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
	Yoğun	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
	Kasılma sırasında sırt ağrısı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	
	Kasılmalar arasında sırt ağrısı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	
Doğum (İniş) Ağrısı	Batıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	/40
	Gerici	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	
	Yırtıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	
	Yanıcı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olabilecek en kötü düzeyde	
Ağrının Boyutu	Bezdirici	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	/50
	Perişan Edici	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
	Öldürücü	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
	Dayanılmaz Ağrı	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
	Eziyet Verici	Yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı düzeyde	
A-LPQ Özet Skoru															

Ek-4: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W- Deq) A Versiyonu

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini hayal ettiğiniz duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken hayal ettiğiniz doğum sancılarını ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli*ni değil.

Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
mükemmel mükemmel değil

2. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
korkunç korkunç değil

I. Kendiniz doğum sancılarını ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
yalnız yalnız değil

4. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
güçlü güçlü değil

5. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
Kendinden emin kendinden emin değil

6. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
korkmuş korkmamış

7. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
Yüzüstü bırakılmış yüzüstü bırakılmamış

II. Kendiniz doğum sancılarını ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
güçsüz güçsüz değil

9. 0 1 2 3 4 5

Son derece Hiç
güvende güven de değil

10. 0 1 2 3 4 5

Son derece
bağımsız

Bağımlı

11. 0 1 2 3 4 5

Son derece
umutsuz

Hiç umutsuz
değil

12. 0 1 2 3 4 5

Son derece
gergin

Gerginlik
yok

13. 0 1 2 3 4 5

Son derece
memnun

Hiç
memnun değil

14. 0 1 2 3 4 5

Son derece
hoşnut

Hiç
hoşnut değil

15. 0 1 2 3 4 5

Son derece
terkedilmiş

Hiç
terkedilmemiş

16. 0 1 2 3 4 5

Tamamen
Kendine hakim

Hiç
kendine hakim değil

17. 0 1 2 3 4 5

Son derece
rahat

Hiç
rahat değil

18. 0 1 2 3 4 5

Son derece
mutlu

Hiç
mutlu değil

III. Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19. 0 1 2 3 4 5

Aşırı
panik

Hiç
panik değil

20. 0 1 2 3 4 5

Aşırı
ümitsizlik

Ümitsizlik yok

21. 0 1 2 3 4 5

Aşırı çocuğa
kavuşma isteği

Hiç
çocuğa kavuşma isteği yok

22. 0 1 2 3 4 5

Aşırı
özgüvenli

Öz güveni
yok

23. 0 1 2 3 4 5

Son derece
güvenli

Kendine
güvensiz

24. 0 1 2 3 4 5

Aşırı
ağrılı

Hiç
ağrı yok

IV. Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25. 0 1 2 3 4 5

Son derece kötü
Bir şekilde davranacağım

Kötü bir
şekilde davranmayacağım

26. 0 1 2 3 4 5

Bedenimin bütün
Kontrolü sağlamasına izin vereceğim

Bedenimin bütün kontrolü
sağlamasına izin vermeyeceğim

27. 0 1 2 3 4 5

Kontrolümü tamamen
kaybedeceğim

Kontrolümü
kaybetmeyeceğim

- Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?**
28. 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç
 Keyif verici keyif verici değil
29. 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç
 Doğal doğal değil
30. 0 1 2 3 4 5
 Tamamen olması Hiç olması gerektiği
 Gerektiği gibi gibi değil
31. 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç
 tehlikeli tehlikeli değil

V. Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32. ...doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?
 0 1 2 3 4 5
 Hiç Çok sık
33. .doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?
 0 1 2 3 4 5
 Hiç Çok sık

Ek-5: Vizuel Analog Skala (Vas)

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin. (Ağrınız 0 dan 10 a kadar kaç puandır)

Hiç ağrı olmaması (0)

En şiddetli ağrı (10)



Ek-6: Gebe Tanıtım Formu

1. Kaç yaşındasınız?
2. Mesleğiniz nedir?
 1. İşçi 2. Memur 3. Serbest meslek 4. Çalışmayan ev hanımı
3. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla
4. İçinde bulunduğunuz aile tipi?
 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile
6. Eğitim durumunuz nedir?
 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite 5. Lisansüstü
7. Sürekli ilaç kullanılmasını gerektiren bir rahatsızlığınız var mı?
 1. Evet 2. Hayır
11. Eşiniz kaç yaşındadır?.....
12. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite 5. Lisansüstü
13. Eşinizin mesleği nedir?
 - 1) Çalışmıyor 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest Meslek 5) Diğer.....
14. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?
 - 1) Evet 2) Hayır
15. Nerede yaşıyorsunuz?
 1. Köy 2. İlçe 3. İl
15. Gebelik haftası:
16. Gebelik sayısı:
17. Doğum sayısı:
18. Yaşayan çocuk sayısı:
19. Bir önceki doğum şekliniz? 1. Vajinal (normal) 2. Sezaryen 3. Diğer.....
20. Daha önceki doğumunuzu nerde yaptınız ?
 1. Devlet Hastanesinde 2. Özel Hastanede 3. Evde 4. Sağlık Ocağında
5. Sağlık Evinde
21. Mevcut gebeliğiniz planlı mıydı?
 1. Evet 2. Hayır
20. Bebeği isteme durumunuz nedir?
 1. istiyorum 2. istemiyorum
21. Şimdiki gebeliğiniz sırasında size duygusal ya da fiziksel yönden kimler destek oluyor?
23. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı?
 1. Evet 2. Hayır

Ek-7: Doğum Sonuçları Bilgilerini İçeren Form

1. Kadının doğum salonuna kabul saati:
2. Travay süresi:
3. Doğumda yanınızda refakatçi bulunmasına izin verildimi?
a) evet b) hayır
4. Cevabınız evet ise yanınızda kim bulundu?
1.eş 2.anne 3.kayınvalide 4.arkadaş 5.diğer
5. Üçüncü soruya cevabınız hayır ise belli aralıklarla yakınları ile görüşmesine izin verildimi?
a) evet (kaç kez.....) b) hayır
6. Doğum Saati:
7. Doğumun şekli: 1.Normal 2.Sezaryen
8. Doğumda yapılan tetkik ve müdahaleler
a. Amniyotomi
b. Lavman
c. Sürekli NST
d. Sık vajinal muayene
e. İdrar sondası ile idrar boşaltımı
f. İndüksiyon
g. Epizyotomi
h. Epidural/spinal anestezi yapıldı mı?
9. Doğumla ilgili herhangi bir komplikasyon oldu mu?
a) Evet (Açıklayınız.....) b) Hayır
10. Yenidoğan ile ilgili herhangi bir komplikasyon oldu mu?
a) Evet (Açıklayınız.....) b) Hayır
11. Doğum yaptığınız hastaneden memnuniyet düzeyiniz? 1(hiç) 2 3 4 5 (çok)
12. Doğumu yaptıran doktor/ebeden memnuniyet düzeyiniz? 1(hiç) 2 3 4 5 (çok)
13. Gebenin rahatlaması için refakatçinin yaptığı işlemler nelerdir gözlemlerinizi yazınız.
(masaj,duş aldirmek vb.....)

14.Gebenin rahatlaması için ebenin yaptığı işlemler
nelerdir gözlemlerinizi yazınız. (masaj ,plates
vb.....)

.....

ÖZGEÇMİŞ

Neslihan KURT

ÖĞRENİM BİLGİSİ

Lisans Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik, 2015-2019
Yüksek Lisans Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik 2023-2025
Doktora

MESLEKİ DENEYİM

EBE Suluova Devlet Hastanesi 2020-2025

BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

Ulusal/Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Ulusal/Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

Kurt, N, Murat Öztürk, D. (2024). Suluova Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Aldıkları Hizmetlerden Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, 7. Uluslararası Korum Gebelik Doğum Lohusa Kongresi, Bolu

Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler:

Projeler: