

**TRAVAYDA PRİMİPARLARA VERİLEN EBELİK DESTEĞİNİN DOĞUM SONU
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU VE DOĞUM KORKUSUNA ETKİSİ**

Zeynep BAL

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Tuba UÇAR**

Yüksek Lisans Tezi – 2019

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TRAVAYDA PRİMİPARLARA VERİLEN EBELİK DESTEĞİNİN DOĞUM
SONU POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU VE DOĞUM KORKUSUNA
ETKİSİ**

ZEYNEP BAL

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Tuba UÇAR


MALATYA

2019

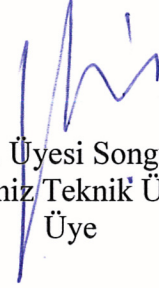
KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Zeynep BAL'ın "Travayda Primiparlara Verilen Ebelik Desteğinin Doğum Sonu Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Doğum Korkusuna Etkisi "** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/01/2019


Dr. Öğr.Üyesi Tuba UÇAR
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı
Tez Danışmanı


Dr.Öğr.Üyesi Yeşim AKSOY DERYA
İnönü Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Songül AKTAŞ
Karadeniz/Teknik Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Doğum Eylemi.....	3
2.1.1.Doğum Eyleminin Birinci Evresi.....	4
2.1.2.Doğum Eyleminin İkinci Evresi.....	4
2.1.3.Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi.....	4
2.1.4.Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi.....	4
2.2. Doğum Korkusu.....	4
2.2.1. Korkunun Tanımı.....	4
2.2.2. Doğum Korkusunun Tanımı.....	5
2.2.3. Doğum Korkusunun Nedenleri.....	6
2.2.4. Doğum Korkusunun Doğum Sürecine Etkisi.....	8
2.2.5. Doğum Korkusunun Doğum Sonu Süreci Etkisi	10
2.3. Posttravmatik Stres Bozukluğu.....	10
2.3.1. Doğum ve Posttravmatik Stres Bozukluğu.....	10
2.3.2. Doğumda Posttravmatik Stres Bozukluğunun Etkileri.....	11

2.4. Doğum Sürecinde Destekleyici Bakım.....	12
2.4.1. Destekleyici Bakım İçin Kullanılan Yöntemler.....	12
2.4.2. Doğumda Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Doğum Korkusuna Yönelik Destekleyici Ebelik Bakımı.....	17
3.MATERYAL VE METOT.....	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.4. Veri Toplama Araçları.....	19
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	21
3.6. Ebelik Girişimi.....	21
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.8. Verilerin Analizi.....	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
4.BULGULAR.....	27
5.TARTIŞMA.....	36
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKLAR.....	41
EKLER.....	51
EK.1. Özgeçmiş.....	51
EK.2. Kişisel Bilgi Formu.....	52
EK.3. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu.....	54

EK.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu.....	59
EK.5. Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ).....	64
EK.6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Gebe El Kitabı.....	66
EK.7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	72
EK.8. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Onayı.....	73
EK.9. Araştırmacıya Ait Eğitici Sertifikası Örneği.....	74
EK.10. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	75

TEŐEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan, değerli katkılarıyla bana her zaman yol gösteren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, beni her konuda cesaretlendiren değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR 'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde bilgi ve deneyimlerini paylaşıp, yol gösteren sayın hocam Dr. Öğretim Üyesi Yeşim AKSOY DERYA'ya

Her zaman yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem Hanım BAL, babam Nurettin BAL ve kardeşlerim Nurten BAL DEMİR ve Miraç BAL' a

Her zaman yanımda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yol arkadaşım, can dostum Ezđi Can ONUS'a,

Araştırma süresi boyunca beni hiç yalnız bırakmayan desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, Zahide Sena SAİN, Seçil TOPALOĞLU, Nilay GÖKBULUT, Melek Ruhan YETİŐ ve Mehmet DEMİR'e

Tez sürecinde deneyimleriyle bana yol gösteren yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen başta Arş.Grv.Esra GÜNEY olmak üzere asistan arkadaşlarıma,

Araştırmanın uygulanması sırasında yardımlarını esirgemeyen Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Lohusa servisi ve Doğumhane servinde çalışan çalışan ebelerimize ve araştırmamıza katılan tüm gebelere,

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Zeynep BAL

ÖZET

Travayda Primiplarlara Verilen Ebelik Desteğinin Doğum Sonu Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Doğum Korkusuna Etkisi

Amaç: Araştırma, travayda primiplarlara verilen ebelik desteğinin doğum sonu posttravmatik stres bozukluğu ve doğum korkusuna etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MEAH) Beydağı Kampüsü'nde yer alan doğumhane ve lohusa servislerinde yürütüldü. Power analizi yapıldığında örnekleme büyüklüğü her bir grup için en az 82 gebe olarak hesaplandı (deney 82, kontrol 82). Veriler Ocak- Kasım 2018 tarihleri arasında toplandı. Deney ve kontrol grubuna ilk görüşmede Kişisel Bilgi Formu ve W-DEQ A versiyonu uygulandı. Deney grubuna ayrıca travay boyunca ebelik desteği verildi. Her iki grupta yer alan gebelere doğumdan 6-8 saat sonra W-DEQ B versiyonu ve Olayların Etkisi Ölçeği son test olarak uygulandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testleri kullanıldı.

Bulgular: Doğum öncesi W-DEQ A versiyonu puan ortalaması deney grubunda 47.15 ± 19.68 , kontrol grubunda 63.23 ± 23.10 olup, gruplar arasında puan ortalamaları yönünden fark bulundu ($p < 0.001$). Doğum sonu W-DEQ B versiyonu puan ortalaması deney grubunda 37.20 ± 23.50 , kontrol grubunda 62.38 ± 27.04 olup gruplar arasında puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlendi ($p < 0.001$). Doğum sonu olayların etkisi ölçeği puan ortalaması deney grubunda 12.09 ± 12.67 , kontrol grubunda 18.30 ± 11.96 olup puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlendi ($p = 0.001$).

Sonuç: Travayda verilen ebelik desteğinin, doğum korkusunu ve posttravmatik stres bozukluğunu azalttığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Doğum Korkusu, Ebelik, Ebelik Desteği, Posttravmatik Stres Bozukluğu, Vajinal Doğum

ABSTRACT

Effect of Supportive Midwifery Care in Primiparous Women on Posttraumatic Stress Disorder and Fear of Childbirth in Labour

Aim: The research was carried out to determine the effect of midwifery support on primiparous labor in postpartum posttraumatic stress disorder and birth fear.

Methods: The research was carried out in maternity and lohusa services in Beydağı campus of Malatya education and Research Hospital (MEAH). When power analysis was performed, the sample size was calculated as at least 82 pregnant for each group (experiment 82, control 82). Data were collected between January - November 2018. In the first interview, personal data form and W-DEQ a version were applied to the experimental and control groups. Experimental and control group pre-test Personal Information Form and the W-DEQ version A was administered. The experimental group was also given midwifery support throughout the trauma. The W-DEQ B version and the effect scale of the events were applied as a final test after 6-8 hours of gestation to the pregnant women in both groups. The number in the analysis of the data, percentage, average, standard deviation, chi-square, t tests for independent groups were used.

Results: Postnatal W-DEQ version B in the experimental group the average score 37.20 ± 23.50 , in the control group (62.38 ± 27.04 and in terms of the mean score between the groups was statistically significant difference ($p < 0.001$). The effect of end-of-pregnancy events was determined as 12.09 ± 12.67 , 18.30 ± 11.96 in the control group and statistically significant difference was found in the mean score scale ($p = 0.001$).

Conclusion: It was determined that the midwifery support in the trauma reduced the fear of birth and the symptoms of posttraumatic stress disorder.

Keywords: Fear of childbirth, Midwifery, Midwifery Support, Posttraumatic Stress Disorder, Vaginal Delivery

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

PTSB	: Posttravmatik Stres Bozukluğu
TDK	: Türk Dil Kurumu
APA	: Amerikan Psikiyatri Derneği
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
MEAH	: Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
W-DEQ A	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu
W-DEQ B	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B versiyonu
OEÖ	: Olayların Etkisi Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Akış Şeması.....26

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Araştırmada ebelik desteği sırasında kullanılan yöntemler.....	22
Tablo 3.2. Katılımcıların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımının karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.3. Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası korku düzeylerinin karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.4. Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası korku düzeylerinin karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi doğum korku düzeylerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonu doğum korkusu düzeyleri ve PTSD varlığının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.7. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi W-DEQ A versiyonu doğum sonrası W-DEQ B versiyonu ve OEÖ puan ortalamaları	35

1. GİRİŞ

Doğum eylemi, kadın yaşamında önemli bir dönem noktası olmakla birlikte aynı zamanda kadın için büyük bir stres kaynağıdır. Anne adayları doğumda tek başına olursa korkar ve endişe yaşar (1). Bu nedenle hemen her gebe doğum korkusu yaşayabilir. Literatürde gebelerin %80'ini hafif düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir (2). Gebelerin doğuma ilişkin yaşadığı korkular; hemen hemen her kültürde kontrol kaybı, ağrı ve ölüm korkusu ile ilişkilendirilmesi mümkündür (3). Doğum korkusu, yaygın bir klinik problem olmasına rağmen doğum korkusunun kesin bir tanımı yoktur. Gebelik boyunca korku yaşadığını ifade eden her kadın korkuyu kendince tanımlar (4). Yirminci yüzyılda hızla ilerleyen sanayi ile birlikte doğumlar en az komplikasyonla sonuçlanmasına rağmen (5,6), doğum eylemi pek çok kadın için hala tamamen kontrol edilemeyen, bilinmeyenlerin olduğu ve sonucu önceden tahmin edilemeyen bir süreçtir (6).

Korku ve endişe durumunda artan adrenalin, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olur (7). Doğumun ikinci evresi uzar. Uzayan doğum eylemi gebede doğum korkusunu daha da artırır. Doğum korkusu yaşayan kadın ile doğum profesyonelleri arasındaki iletişim sorunları doğumun yönetimini zorlaştırarak, klinik karar vermeyi geciktirebilir (8).

Gebelik döneminde başlayan doğum korkusu olumsuz bir doğum deneyimiyle sonuçlandığı gibi doğum sonu dönemde de bazı ruhsal sorunlara (2,9) ve post travmatik stres bozukluğuna neden olabilmektedir (9). Post-Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB), potansiyel olarak travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra gelebilecek bir anksiyete bozukluğudur. Travmatik olayın tekrar tekrar ve kabuslar vasıtasıyla tekrarlanması, kaçınılabılır yanıtlar, uyarılma, korku ve sorunların artması gibi tipik belirtiler bulunur (9,10). Doğum sonrasında post-travmatik stres üzerine yapılan incelemelerde, PTSB semptomları gösteren kadınların % 24-34'ünde ve doğumdan 6 hafta sonra %2.8- %5.6'sında PTSB geliştiğini bildirmişlerdir (11,12). Bununla birlikte, farklı bir sistematik derlemede, doğumdan sonraki PTSB semptomlarının yaygınlığı tüm toplumda %3.17, yüksek riskli gruplarda ise %15.7 olarak bulunmuştur (13).

Doğumda postpartum PTSB etiyolojisi üzerine yapılan bir çalışmada, güvenlik açığı, önceki psikiyatrik problemler, travma öyküsü, doğum sırasında ciddi

komplasyonlar, kadınların olumsuz doğum deneyimleri ve destek azlığı gibi sorunların PTSTB'ye neden olacağı tespit edilmiştir (14).

Her kadın doğumda onu destekleyecek birinin yanında olmasına gereksinim duyar (1). Doğum eyleminde verilen ebelik bakımı ile doğum korkusu, gerginlik ve stres azaltılabilir. Doğum ekibinde yer alan ebe tüm doğum eylemi süresince gebeyle sürekli olarak birlikte olması nedeniyle önemli bir yere sahiptir. Kadın doğumhaneye ilk geldiği anda başlayan ve birinci evresinin aktif fazına kadar devam eden destekleyici bakım oldukça kapsamlıdır (10). Özellikle doğum ağrısını azaltmaya yönelik nefes teknikleri, sakral masaj uygulaması, müzik dinletme ve dikkati başka yöne çekme yararlı olabilir. Bunun yanında bilgilendirmenin yapılması da destekleyici ebelik girişimlerinin önemli basamağını oluşturur (10,15). Ebe bakım verirken gebe ile arasında güven oluşturmalı, sakin ve kendinden emin görünmeli, gebenin beklentilerini açıklamasına izin vermeli ve gebenin saygınlığını korumalıdır. Yine ebe doğumda gebeye bir birey olarak bakıldığını hissettirerek, emniyette olduğu duygusunu vermelidir. Ebelerin, kadınların doğuma ilişkin korkularını ve endişelerini azaltarak, doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi edinmelerini sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (16).

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma travayda primiparlara verilen ebelik desteğinin doğum sonu posttravmatik stres bozukluğu ve doğum korkusuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Hipotezleri;

H1: Travayda ebelik desteği verilen deney grubunun doğum korkusu düzeyi destek almayan kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H2: Travayda ebelik desteği verilen deney grubunun posttravmatik stres bozukluğu düzeyi destek almayan kontrol grubuna göre daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Doğum Eylemi

Doğum eylemi son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Eylem normalde 10. gebelik ayının (lunar ay) sonunda, 38-42. haftalarda gerçekleşir. Doğum eyleminin başlamasında ve ilerlemesinde doğum kanalı, fetüs, uterus kontraksiyonlarının süre, şiddet ve sıklığı ile annenin psikososyal durumu önemlidir (17).

Fizyolojik olarak normal doğum, fetüsün doğum kanalından inişi sırasında, servikal kanalda düzenli ve ilerleyici, açılma ve silinme sağlayan uterus kontraksiyonlarının devam ettiği bir süreçtir. Doğum süreci dört evreye ayrılır. Her bir evrenin kendine özgü özelliği vardır (17). Bu evreler aşağıda açıklanmıştır.

2.1.1.Doğumun Birinci Evresi

Doğumun birinci evresi servikal silinme ve dilatasyon evresidir. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş olmak üzere üç fazdan oluşur (17). Latent fazın süresi düzenli uterus kasılmaları ile başlar, serviksin açılmaya başlamasıyla devam eder. Latent faz nulliparlarda ortalama 6 saat, multiparlarda 4 saattir (17,18). Latent fazın primiparlarda 20 saatin, multiparda 14 saatin üzerine çıktığı durumlarda uzamış latent fazdan bahsedilir. Latent fazda kontraksiyonların şiddeti hafiftir. Anne ağrıya baş edebilir (4). Bu evrede ebeler anneyi desteklemesi annenin olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına ve ağrıya baş edebilmesine yardım eder (19).

Aktif faz, servikal açıklık 5 cm olduğunda baslar, 8 cm'e ulaştığında biter. Servikal silinmenin tamamlandığı bu faz primiparlarda 6-18 saat, multiparlarda ise 2-10 saat sürebilir. Kontraksiyonların şiddeti orta düzeydedir (17). Sağlık personeli gebenin konsantrasyonunu devam ettirebilmesi için ona yardım eder, baş etme mekanizmalarını güçlendirmek için onu destekler ve ona uygun olmayan metotların yerine alternatif metotlar bulmasına yardımcı olur (19).

Geçiş fazında ise; servikal açıklık 8 cm'den 10 cm'ye kadar ulaşır ve fetus pelvise iner.

Kontraksiyon şiddeti ve hissedilen ağrının en yoğun olduğu fazdır. Primiparlarda ortalama 3-6 saat, multiparlarda ise bir saat civarında sürebilir. Doğumun oldukça zor bir dönemidir, bu dönemde kadın çok hassastır, sinirlidir ve kontrolünü kaybedebilir. Sağlık

personeli doğumun yakın olduğunu vurgulayarak gebenin baş etme tekniklerini daha etkin kullanabilmesine yardım etmelidir (17).

2.1.2. Doğumun İkinci Evre

Bu evre servikal silinme ve dilatasyonun tam olmasıyla başlar ve bebeğin doğumu ile sonlanır. İkinci evre primiparlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda ise 5-30 dakika arasında değişir (17). Bu evrede fetüs pasif inişini gerçekleştirir ve perineye ulaşmaya kadar inişini sürdürür. İkinci evrede fetüs başı rektuma basınç yaptığı için ıkınma hissi gelişir. ıkınmayla birlikte önde gelen fetüs kısmının servikse baskısı Ferguson refleksini uyarak oksitosin salınımını ve dolayısıyla da kontraksiyonların şiddetini artırır (20). Kontraksiyonlar çok güçlü ve yoğundur, fakat doğumun olduğunu hisseder, fetusu iterek süreci tamamlayacağını ve bunun için bir şeyler yaptığını bilincindedir. Kadın kontraksiyonlar sırasında fetusu dışarıya itmek için çok fazla fiziksel güç sarf eder, kontraksiyon aralarında ise etrafında olanları unutabilir ve uykulu görülebilir (17,21).

2.1.3. Doğumun Üçüncü Evresi

Bu evre bebeğin doğumuyla başlar, plasentanın doğumuyla sonlanır. Bu döneme plasental devre de denir. Plasentanın ayrılması, kılcal damarlarda kanama görülmesi ve uterin kontraksiyonlar bu dönemin en önemli özelliğidir (20). Bu evrede ortalama 5–30 dakika sürmektedir (17,21).

2.1.4. Doğumun Dördüncü Evresi

Plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saati içeren bu evre (17) fetüs ve anne için hayati önem taşır. Bu evrede annenin bütün sistemleri gebelik öncesi döneme dönmeye ve stabilize olmaya başlar (20).

2.2. Doğum Korkusu

2.2.1. Korkunun Tanımı

Korku; tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı durumu olarak tanımlanmaktadır. Korkunun kaygı, üzüntü, kötülük gelme ihtimali gibi de karşılık bulduğu görülmektedir (22).

Korku; doğal ve evrensel bir duygu durumudur. Aynı zamanda kişiye zarar verecek tehlikeye karşılık oluşan, güçlü bir duygusal tepkidir. Korkuya verilen tepkinin spesifik olması ve bilinçli olarak kavranması, kişide korkunun verdiği rahatsızlığa neyin sebep olduğunu ve neden rahatsız olduğunu fark etme yeteneğinin olması anlamına gelir. Korku durumunda akla gelen şey karanlık, kaza, ölüm, sevilen bir kişiyi veya nesneyi kaybetme, depresyon gibi doğal afetler, tecavüz, savaş, teknoloji, gök gürültüsü gibi durumsal ve yaşamsal olaylardır. Bunlara bağlı olarak ürperme, terleme, ağız kuruluğu,

taşikardi, gözlerin gereğinden fazla açılması, kasların aşırı derecede gerilmesi, bulantı, beyin zonklaması, yutkunma güçlüğü gibi tepkiler ortaya çıkabilir (23). Bu fiziksel belirtilerin yanı sıra, titreme, gergin bir yüz ifadesi ve ses tonu, kıpırdayamama, fenalık hissi, gülme veya ağlama artışı, bazen aşırı halsizlik, bireyin kişiliğine bağlı olarak kaçınma veya başkalarına bağımlılık, hayal kurmaya yönelme, güven arama, ısrarla başkalarından onay bekleme, öneri isteme gibi davranışsal belirtiler de olabilir. Korku ayrıca kuşkuculuğu artırıp, öfkeli saldırgan tutuma da neden olabilir (24).

2.2.2. Doğum Korkusunun Tanımı

Doğum, doğum yapanlar ve destekleyici rollerde olanlar için yoğun duygularla ilişkili olduğu tespit edilen heyecan verici bir yaşam olayıdır. Doğumla birlikte ortaya çıkan olumlu duyguların yanı sıra, deneyimin fiziksel ve zihinsel sonuçları ile ilgili korkular ve kaygı duygusu da olabilir (25). Kjaergaard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, şiddetli doğum korkusu %10 olarak tespit edilmiştir (6). Fenwick ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gebelerin %48'inde orta düzeyde, %26'sında yüksek düzeyde korku olduğunu belirlenmiştir (26). Körükçü ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan çalışmada şiddetli doğum korkusu prevalansı primiparlarda %50.6, multiparlarda %41.1 olarak belirlenmiştir (27).

Günümüzde artan gebelik komplikasyonları sonucu yapılan doğum müdahaleleri, travmatik doğum eylemi ve tüm müdahalelerin sonucunda anne veya bebeğin zarar göreceği düşüncesiyle ilişkili olarak doğum korkulu bir olay olarak görülmektedir (28-31). Hofberg ve Brackington tıp literatüründe ilk kez doğum korkusunun patolojik boyutu olan tokofobi tanımlamıştır. Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi olarak üç grupta sınıflandırılmıştır (31,32). Bu sınıflandırma aşağıda açıklanmıştır.

Primer Tokofobi

Daha önce gebelik deneyimi geçirmeyen kadınların yaşadığı korkudur. Primer tokofobi adölesan veya erken ergenlik döneminde başlayabilir. Bu kadınlar sağlıklı ve normal bir cinsel yaşamları olmasına rağmen, kontraseptif kullanarak gebeliği geciktirirler veya doğum korkusu nedeniyle gebelikten kaçınırlar (32,33). Gebelik yaşadıklarında, doğum yapmak yerine gebeliği sonlandırabilecek kadar doğumdan korkarlar. Bazı kadınlar gebe kalmadan önce elektif sezaryen uygulayabilecek doktor arayabilirler, bazıları ise asla doğum korkusunu aşamazlar ve çocuk sahibi olamazlar ya da evlat edinmeyi tercih ederler. Bazı kadınlar ise çok istedikleri halde primer tokofobiye aşamadan menopaza girmekte ve ileri yaşlara kadar bu kaybın acısını yaşamaktadır (33).

Sekonder Tokofobi

Sekonder tokofobi kadınların daha önce yaşadığı travmatik doğumdan sonra gerçekleşen doğum korkusudur. Genellikle düşük yapma, ölü fetüs ya da gebeliğin sonlandırılması gereken travmatik obstetrik olaydan sonra gerçekleşir (33).

Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi:

Tokofobiye prenatal depresyon belirtilerinin eklendiği tablodur. Bu kadınlar doğumun çok zor geçeceğine ve doğuramayacağına hatta bebeğin öleceğine inanırlar (7,31,34).

2.3.Doğum Korkusunun Nedenleri

Klinik kaygı ve doğum korkusunun nedenleri kadından kadına farklılık gösterir. Doğum korkusunun nedenleri biyolojik, psikolojik, sosyal ve ikincil olabilir (2).

Biyolojik Nedenler

Doğum ağrısı ve düşük ağrı toleransına sahip olma düşüncesi doğum korkusunun en yaygın sebebidir. Pariteye bakılmaksızın, doğum ağrısının şiddetinden korkma genel doğum korkusuyla ilişkilidir (35,36) ve sezaryen ile doğum tercih etmesinde yaygın sebeplerden biridir (2).

Psikolojik Nedenler

Doğum korkusu bazı kişilik özellikleri (nevrozizm, savunmasızlık, düşük benlik saygısı) ile ilişkili olmakla birlikte anksiyete ve depresyon ile de güçlü bir ilişkisi vardır (37). Çalışmalar doğum korkusunun arka planında önceki obstetrik deneyimlerin daha az etkili olduğunu psikolojik faktörlerin ise doğum korkusunda önemli bir rolü olduğunu göstermiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı olanlar ve gün içerisinde büyük stresörlere maruz kalanlarda doğum korkusunun daha çok olduğu belirlenmiştir (35,38).

Gebelikte yaşanan doğum korkusunun en güçlü belirleyicilerinden biri kadının genel anksiyetesidir. Özellikle multipar kadınlar genel anksiyeteye daha çok eğilimlidirler (39). Multipar kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınlar önceki doğumlarından sonra geçen sürede doğum yapabilme yeteneklerinde güven kaybı yaşadıklarını ve güvenli doğum yapabilmek için tıbbi girişim yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Şimdiki gebeliklerinde ise aşırı doğum korkusu yaşadıkları saptanmıştır (40). Multiparlar gibi nulliparlardaki anksiyetede doğum yapabilme konusunda kişinin kendi olan güvenini etkiler. Beebe ve arkadaşlarının nullipar kadınlarda yaptığı bir çalışmada öz yeterlilik ve doğum anksiyete ile ters orantılı bulunmuştur. Aynı çalışmada anksiyetesi yüksek olanların, doğum eylemi ve doğum sırasında gevşeme ve baş etme

tekniklerini daha az kullandığı ve kişinin doğum yapabilmeye kendine güveninin düşük olduğu saptanmıştır (41).

Doğum korkusuna neden olan diğer bir psikolojik durum depresyondur. Erken gebelik döneminde ki negatif duygular yada önceki doğum sonu yaşanan depresyon daha sonra ki doğum deneyimini etkilemektedir. Bununla birlikte, depresyon genellikle kişi tarafından reddedilir ve bu nedenle tanı konulmayıp tedavi edilemeyebilir. Aynı zamanda doğum korkusu, gizli depresyonun bir belirtisi olabilir, teşhisi ve tedavisi için en çok hastanın ve eşinin yaşam kalitesini arttırmak gerekmektedir (2).

Daha önce travmatik olay yaşayan kadınlarda; yaşamın güvensiz olduğunu düşünerek doğum korkusu yaşayabilir (42). Diğer travmatik olaylar ile karşılaştırıldığında doğum korkusunun yaşanmasında çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmak önemli bir risk faktörüdür (42,43). Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalanlarda doğum sırasında yaşanan ağrı maruz kaldıkları anların yeniden canlanmasına neden olabilir (34,44). Bu durum kadında doğumda kontrol kaybı yaşama endişesini artırarak doğum korkusuna neden olabilir (44). Doğum korkusu ile önemli yaşam olayları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada yetişkinlikte maruz kalınan cinsel istismarın değil ama çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarın doğum korkusunu artırdığı ve doğuma ait komplikasyonların daha fazla görüldüğü bulunmuştur (45).

Ebeveyn olma; doğum sonu rol değişikliklerini ve yeni sorumlulukları beraberinde getiren olaydır (46). Bu nedenle bazı kadınlar gebelikte çocuk bakımı ve büyütme veya bu değişimlerin aile yaşamında değişikliklere neden olacağı konusunda endişe yaşayabilmektedir. Batıdaki kültürel değişikliklerle kadınlarda meslek ve kariyer sahibi olmanın önemi artmış, anne olmanın önemliliği azalmıştır. Bu nedenle kadınlar gebe kaldıklarında yenidoğanın bakım gereksinimlerini karşılamaya ilişkin endişe yaşayabilmektedir. Özellikle anksiyeteli ve nevroitik gebeler ebeveyn olmaya ilişkin kendilerini daha yetersiz hissedebilmektedir (2,34).

Sosyal Destek Eksikliği ve Sosyodemografik özellikler

Gebenin sosyal destek sistemlerinin eksik olması doğum korkusuna neden olabilir. Yapılan çalışmalar da sosyal desteği olmayan gebelerin doğum korkusunu daha fazla yaşadıkları gösterilmiştir (37,47). Bunun yanında gebenin diğer bazı sosyodemografik özellikleri de (yaş, çalışma durumu, ekonomik durumu ve eğitim seviyesi gibi) doğum korkusunu etkileyebilir. Özellikle düşük eğitim seviyesine sahip

(47,48), yaşı genç (47), işsiz olan (37,47) ve gelir düzeyi düşük (37,49) olan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı gösterilmiştir.

İkincil Nedenler

Parite doğum korkusunun içeriğini etkiler (50). Nulliparlar genellikle bilinmeyenden, doğum ağrısından ve kontrol kaybı yaşamaktan korkarlar. Multiparların doğum korkusunun altında yatan temel neden ise ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimidir (50,51). Nulliparlar multiparlara göre daha yüksek oranlarda doğum korkusu yaşar. Ancak multiparların yaşadığı doğum korkusunun düzeyi nulliparlara göre daha şiddetlidir. Nulliparlar genellikle orta derecede korku yaşarken, multiparlar isteğe bağlı sezaryen neden olan şiddetli düzeyde korku yaşayabilmektedir (9). Bu nedenle olumsuz doğum deneyimi isteğe bağlı sezaryenin en önemli nedenidir (52,53). Bunun yanı sıra önceki doğumda acil sezaryen, vakum uygulaması (50,54) ve dayanılmaz ağrı gibi durumlar sonraki gebeliklerde yaşanan doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur. Olumsuz bir doğum deneyimi ise gebenin kendini güçsüz hissetmesine, olumsuz ruhsal sağlığa ve bir sonraki doğumda korkuya neden olur. Doğum korkusu ile önceki doğum deneyimini arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada olumsuz doğum deneyiminin doğum korkusunu 4,8 kat arttırdığı bulunmuştur. Doğumda herhangi bir komplikasyon gelişenler de doğum korkusu 1,9 kat, iki ya da daha fazla komplikasyon gelişenlerde 2,9 kat artmıştır (50). Önceki doğum deneyimi ve doğum süreci arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada önceki doğum deneyimini travmatik olarak tanımlayıp doğum korkusu yaşayan gebelerde sezaryen doğum 5,2 kat artmıştır (55). Bin dört yüz gebe ile yapılan bir başka çalışmada ise doğum korkusu önceki sezaryen doğum ve vakum uygulaması olanlarda daha fazla bulunmuştur (51). Ryding ve arkadaşları (1998a, 2000) şiddetli doğum korkusunun sezaryene neden olabileceğini bildirmiştir (56,57).

2.2.4. Doğum Korkusunun Doğum Sürecine Etkisi

Doğum korkusu doğum eylemine ait komplikasyonları da beraberinde getirmektedir (26,58,59). Doğum korkusu gebede sempatik sinir sistemini ve kan damarlarında vazokonstriksiyonu aktive eden çeşitli mekanizmaları harekete geçirir (60). Gebenin doğum sırasında korkulu ve endişeli olması katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormonlarının salınımını artırır (7,8). Katekolaminler uterusu giden kan akımında azalmaya neden olur. Uterusa giden kan miktarındaki azalma

plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına sebep olur. Fetusa giden oksijen azaldığından fetusta distres gelişir. Bu durum gebede tıbbi müdahale gereksinimini artırır (7).

Korku ve endişe durumunda artan adrenalin, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olur (7). Doğumun ikinci evresi uzar. Uzayan doğum eylemi gebede doğum korkusunu daha da artırır. Doğum korkusu yaşayan kadın ile doğum profesyonelleri arasındaki iletişim sorunları doğumun yönetimini zorlaştırarak, klinik karar vermeyi geciktirebilir (8). Ayrıca anksiyeteli gebelerde daha fazla kanama olabilir (7).

Yapılan çalışmalarda doğum öncesi dönemde annede, stres ve anksiyete preterm eylem, postterm eylem (33,37,61,62), doğumda analjezi kullanımında artış, doğum sürecinde uzama (37,61), müdahaleli doğum (33) ve acil sezaryen (33,37,59,62) ile ilişkili bulunmuştur. Fetusta ise asfiksi (37,61,62), intrauterin gelişme geriliği (33,37,62) ve düşük doğum ağırlığı görülür (33).

Saisto ve arkadaşlarının (1999) doğum korkusu yaşayan ve yaşamayan gebeleri karşılaştırdıkları çalışmada, doğum korkusu yaşayanların doğumunda acil sezaryen ve vakuma daha fazla başvurulduğunu, doğum sürecinin daha uzun olduğunu ve epidural anestezinin daha fazla uygulandığı belirlenmiştir (63). Doğum korkusunun doğum sürecine etkisini inceleyen başka bir çalışmada, doğum korkusu yaşayanların doğum sürecinin daha uzun olduğu, epidural anestezi, indüksiyon ve enstrümantal doğum ve acil sezaryen doğumların daha fazla olduğu gösterilmiştir (8). İsveç'te yapılan çalışmada doğum korkusu yaşayanlarda isteğe bağlı sezaryen, acil sezaryen daha fazla görülmüş ve daha fazla indüksiyon kullanıldığı saptanmıştır (64). Aynı araştırmacıların yaptığı başka bir çalışmada doğum korkusu yaşayan gebelerin sezaryen olma ihtimali 5,2 kat fazla, doğumun aktif evresi 40 dakika daha uzun bulunmuştur (55). Sağlıklı nulliparlarla yapılan çalışmada doğum korkusu, acil sezaryen ve uzamış doğum eylemi ile ilişkili bulunurken, fetal distres ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (47). Bin dört yüz gebe ile yapılan çalışmada doğum korkusunun 21. gebelik haftasından sonra arttığı, isteğe bağlı sezaryenlerin doğum korkusu yaşayanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (51). Bu çalışma sonuçlarına rağmen, Sluijs ve arkadaşlarının (2012) gebelik boyunca yaşanan doğum korkusu ile doğum komplikasyonları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, doğum korkusunun doğum komplikasyonları ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Doğum korkusunun doğumdaki tıbbi müdahaleler ve prematürite ile ilişkili olmadığı

gösterilmiştir (65). Yine Johnson ve Slade'nin (2002) yaptıkları çalışmada doğum korkusunun acil sezaryene neden olmadığı bulunmuştur (29).

2.2.5. Doğum Korkusunun Doğum Sonu Sürece Etkisi

Gebelik döneminde başlayan doğum korkusu olumsuz bir doğum deneyimiyle sonuçlandığı gibi doğum sonu dönemde de depresyon, anne bebek bağlanmasında gecikme (9,33,62) ve post travmatik stres bozukluğuna neden olur (9).

Doğum korkusu yaşayan kadını sakinleştirmek için uygulanan ilaçlar yenidoğanı da etkiler. Gebe doğumda anksiyeteli ise doğum sonu yenidoğanın apgar skoru daha düşük olabilir (7). Ayrıca maternal anksiyete erken çocukluk dönemindeki zihinsel ve motor becerileri geciktirebilir (7,33) ve neonatal kolik oluşturabilir (33). Amniyotik mayide kortizolun yüksek olması fetusun beyin gelişimini dolayısıyla doğum sonu yenidoğanın sosyal beceri, bellek ve dil yeteneklerini etkileyebilir (7).

2.3. Posttravmatik Stres Bozukluğu

Posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) gerçek veya ölüm tehditi veya ciddi yaralanmayı içeren travmatik bir olay yaşayan bir birey tarafından kategorize edilen ciddi bir zihinsel durumdur. PTSD'nin klinik belirtisi olarak birey olayı tekrar tekrar hatırlar ya da olayla ilgili rüyalar görür. Genellikle, PTSD'ye neden olan travmatik olaylar; ölüm, ölüm tehlikesi, cinsel saldırı, doğal afet veya kaza geçirmektir (66-68). Bu olaylar kişinin dış ortamında meydana gelir ve kişinin fiziksel bütünlüğünde aşırı dış tehdide maruz kalmasına neden olur. PTSD olan kişiler sıklıkla bu kötü deneyimi kâbus olarak yeniden yaşamakta, uyumakta zorluk çekmekte ve kendilerini kopuk, uzak ve yabancılaşmış hissetmektedirler. Travmatik etki yaratabileceği kabul edilen durumlar kişinin yaşamını veya beden bütünlüğünü tehdit eden her durumda nitelenirken, bu süreçlerin sadece kişiye yönelik olması gerekmeyip, başkasının yaşadığı bu tür bir olaya tanık olmak da travmatik etki olarak yaratabilmektedir (66,68).

2.3.1. Doğum ve Posttravmatik Stres Bozukluğu

Doğum eylemi, eylem sırasında ciddi yaralanma ve ölüm korkusu nedeniyle postpartum PTSD tanısı için önemlidir (69). Doğumda postpartum PTSD etiyolojisi üzerine yapılan bir çalışmada, güvenlik açığı, önceki psikiyatrik problemler, travma öyküsü, doğum sırasında ciddi komplikasyonlar, kadınların olumsuz doğum deneyimleri ve destek azlığı gibi sorunların PTSD'ye neden olacağı tespit edilmiştir (70).

Araştırmalara göre %1-7 kadında doğumla ilişkili PTSD rapor edilmiştir (71,72). Doğum da, PTSD' nin muhtemel nedeni kadının kendini daha az güvende hissetmesi ve doğum öncesi ve sonrası risk faktörlerinin birleşiminden kaynaklanmaktadır. Boorman ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, kadınların %29'u yenidoğanın öleceğini veya doğum sırasında ciddi şekilde yaralanacaklarını düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle Boorman ve arkadaşlarına göre, postnatal PTSD için, doğum sırasında yaralanma veya ölüm tehditi algılayanlarda daha fazla olabileceğini belirtmişlerdir (73). Önceki gebeliklerinde preterm veya ölü doğum yapanlar yada önceki gebelik veya doğum sırasında komplikasyon gelişen kadınlarda PTSD oranları daha yüksek bulunmuştur (74-76). Ayrıca, yapılan çalışmalar müdahaleli doğumlar ve acil sezeryanın de PTSD riskini artırdığı gösterilmiştir (77-80).

PTSD doğum ve doğum sonu dönemde görülebildiği gibi gebelikte de ortaya çıkabilir. Gebelikte PTSD genellikle kötüye kullanım veya diğer travma gibi obstetrik olmayan olaylardan kaynaklanmaktadır (74,76). Doğum ve subjektif deneyimlerin incelediği bir çalışmada PTSD gelişiminde subjektif deneyimlerin de önemli rolü olduğu gösterilmiştir. Ancak şu anda PTSD ile kadınları tanımanın ve tedavi etmenin önemi açıkça gösterilmektedir. Gebelikte PTSD olan kadınlar gebelik komplikasyonları ve kadın-fetus üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilecek kötü sağlık davranışları riski daha yüksektir (81).

2.3.2. Doğumda Posttravmatik Stres Bozukluğunun Etkileri

Doğum çoğu kadın “ en önemli an” olarak tanımlanır. Fakat doğum bazı kadınlar için travmatik bir deneyim olabilir. Yapılan araştırmalarda kadınların yarısından fazlasının doğumlarını travmatik deneyim olarak kabul ettiklerini belirtmektedir (82,83).

Doğum deneyiminin psikolojik sağlık üzerinde çok önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Doğum sonu dönemde kadının psikolojik sağlığının korunabilmesi için zihninde doğuma yönelik anılarının pozitif olması ve doğumunu hatırladığında pozitif duygular hissetmesi beklenir (84). Travmatik doğum deneyimi yaşayanlar, doğumu, çaresizlik, korku ve dehşet anı olarak tanımlamaktadır. Doğum eyleminin tekrar tekrar hatırlanması ve doğum anının kabus olarak görülmesi posttravmatik stres bozukluğuna neden olabilir (11,85). Kadınlar doğum anında, tehdit altında hissettiklerini, kontrol kaybı duygusu yaşadıklarını, doğum anını unutmadıklarını belirtmişlerdir (86,87). Travmatik doğum deneyimi olan kadınların, doğum anına yönelik çelişkili duygular yaşadıkları saptanmıştır. Kadınlar doğum süreçlerinde panik, öfke, agresiflik, yardım alamama ve

çaresizlik gibi negatif duygular yaşarken, mutluluk, şaşkınlık, heyecan, minnet duyma gibi pozitif duygulara da yaşamışlardır. Doğum sürecinde kadınların algıları, süreci yorumlamaları ve bunları anlamlandırmaları birbirinden farklı olabilir (81,88). Beklediğinden farklı, travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınlar ise bebeğini sağlıklı bir şekilde kucağına aldığı anda bunu pozitif bir sonuç olarak algılayıp doğumu olumlu olarak tanımlayabilirler (85,86).

2.4. Doğum Sürecinde Destekleyici Bakım

Kadın, doğumhaneye geldiği anda destekleyici bakım başlar. Sağlık öyküsü alma, yaşam bulguları ölçümü, vaginal muayene ve çocuk kalp sesinin kontrolü ile gebenin ilk değerlendirmesi başlar. Doğum süreci boyunca farklı pozisyonların önerilmesi, solunum tekniklerinin öğretilmesi, doğum süresi hakkında bilgilendirme ile destekleyici bakım devam eder. Destekleyici bir bakımda partnerin olması da önemlidir. Bu kişi; kadının eşi, arkadaşı veya sağlık profesyoneli olabilir (10). Doğum sürecindeki bakımda yer alan bu kişi bilgisi ve verdiği psikolojik destekle kadının bu önemli sürecinde yer almaktadır. Doğumda destekleyici bakım almayan kadın korku yaşar. Yaşanan bu korku otonom sinir sistemini uyararak katekolaminlerin salınmasını sağlar. Bu durum etkili uterus kontraksiyonları azalır. Daha fazla ağrı hissedilir. Ağrı, kadında negatif bir etki yaratarak doğum deneyiminden memnuniyeti düşürür (10,89).

2.4.1. Destekleyici Bakım İçin Kullanılan Yöntemler

a. Bilgilendirme

Bilinmezlik, korkuyu yaratır. Kadınlar, gebelik ve doğum sürecinde yaşayacaklarıyla ilgili, doğru şekilde bilgilendirildiğinde kapı kontrol teorisiyle doğum korkusu azalırken, doğumda kontrol duygusu artar (17). Gebelik döneminde eğitim alan ve doğumda sürekli desteklenen kadınların, ağrı yönetiminde destek almayanlara göre daha az anestezi ve analjezi gereksinimi duyduğu ve daha başarılı olduğunu göstermiştir. Gebe destek ve eğitim sayesinde, korku-ağrı-gerginlik çemberini kırmayı başarabilmektedir (90,91).

Doğuma ilişkin herhangi bir eğitime katılmayan gebe ise doğumun fizyolojisine uygun olmayan durumlar akılda tutularak, mümkün olduğunca olumlu bir doğum çevresi oluşturmak ve latent evrede iken doğum süreci hakkında, net, açıklayıcı, kısa bilgiler vermek, gevşemeyi öğretmek, bebeğine ve bedenine odaklanmasını sağlayacak nefes

egzersizleri ağrıyla baş etmesini kolaylık sağlayacaktır (92). Eğitim almayan gebe, güleryüz, anlayış, samimiyetle yaklaşıldığında ve doğru bilgilendirildiğinde, işbirliğine açık hale gelecektir (17,90).

b.Hayal Kurma/ Dikkati Başka Yöne Çekme

Dikkat dağıtma ve odaklanma ortamda ki bir uyararla gebenin dikkatini ağrıdan uzaklaştırma sürecidir (91). Müzik dinlemek, gezinmek, televizyon seyretmek, dua etmek odaklanmayı sağlayabilecek ve gebenin dikkatini başka yöne çekebilecek etkinliklerdendir.

Çoğu kadın kontraksiyonlar sırasında artık konuşamayacak hale gelir. Bu sırada odadaki bir objeye odaklanmak, yakınının gözlerine veya yüzüne bakmak, varsa tabloya odaklanmak suretiyle gebenin konsantre olması sağlanmalıdır. Odaklanma sırasında solunum egzersizleri ve hayal kurma tekniğine başvurulabilir. Gebenin bulunduğu duruma göre “doğum kanalında ilerleyen bebeğini düşün” gibi sözlerle gebenin hayal kurmasına destek olunabilir (90,93,94).

Dikkat dağıtma ve hayal kurma yönteminde ebeğin büyük rolü vardır. Ebe öncelikle, hangi yöntemi kullanacağına gebeyle birlikte karar vermelidir. Bazı gebeler için dikkatin dağıtılmasında sevilen objeye odaklanma, hayal kurma, ya da gevşeme egzersizi yapma etkili olmasına rağmen, dini inançları kuvvetli bazı gebeleri dua etmeye yönlendirme de odaklanma sağlayabilir, bazı gebeler için sevdiği müziği dinlemekte odaklanmayı sağlayabilir (90,93).

Doğumda odaklanmayı sağlamak için gebeyi rahatlatıcı ortam sağlanmalıdır. Bunun için;

- Ses ve fazla ışık gibi uyarılar ortamdaki kaldırılmalıdır.
- Gebenin yanında rahat tavırlar sergilenmelidir.
- Konuşurken ifadeler sakın ve yumuşak ses tonuyla olmalıdır.
- Mahremiyet korunmalıdır.
- Seste titreme, yumruk sıkma, kaş çatma, bacakların ve kolların gerilmesi

gibi gerginlik belirtileri fark edildiğinde, gevşeme sağlayabilecek yöntemler ya da olumlu geri bildirimler (harika gidiyorsun, çok iyisin vb.) verilerek gebenin gerginliği azaltılmaya çalışılmalıdır (90).

c.Masaj

Omuz Masajı

İki el ile omuzların üst kısmına boyuna ve aşağıya doğru masaj uygulanır. Daha sonra omuzların orta kısmına bası uygulanır ve tüm sırta efrolaj yapılarak masaj sonlandırılır. Gebe bu sırada başını öne doğru eğer (90).

Sırt Masajı

Gebeye yan yatış pozisyonu verilir. Omuz çevresinde masaja başlanır. Omuzdan skapulaya kadar duyarlı bölgelere başparmaklar ile dairesel hareketlerle masaj uygulanır.

Sakral Masaj

Kontraksiyonlar sırasında gebe, yastıklara ya da plates topuna yaslanarak çömelme pozisyonunda, sakral bölgeden başlayarak, parmakların dış kısmıyla spinal kord hattı boyunca yanlara açılan “v”ler çizerek boyna kadar parmak uçlarıyla ovmak, her bir omurganın bağlantı noktasına ritmik şekilde hafif bası uygulayarak, hafif vuruşlar yapmak, iki tenis topu aracılığıyla tüm sırtın “v”ler çizerek ovmak gebeyi rahatlatır (17, 90).

Doğum eyleminin de bel ağrısı çok sık karşılaşıldır. Bebeğin oksiput posterior olduğu durumlarda bel ağrısı daha güçlü yaşanır. Doğum eylemi boyunca medulla spinalis ile uterus arasındaki ağrı uyaranlarının geçiş bölgesi olan alt bel bölgesi gebenin masaja en fazla ihtiyaç duyduğu bölgedir (90, 95). Sakral masajı uygun pozisyonda ve nefes alma teknikleriyle birlikte ritmik şekilde gerçekleştirilir. Masajda anne sandalyede ters oturur pozisyonda, öne doğru diz çökme pozisyonunda veya yan yatar pozisyonda olabilir. Gebe yan yatar ya da oturur pozisyonda ise dizlerin arasına ve başın altına birer yastık yerleştirilebilir. Ellerin yassı veya taban bölgesi kullanılarak koksiks ve sakrum bölgesine kontraksiyonlarla beraber basınç ve masaj uygulanır. Kontraksiyon aralarında ise basınç ve masaj durdurulur. Bir diğer yöntem bel ağrısını hafifletmek ve rahatlama sağlamak için sakral bölgeye avuç içiyle yumrukla veya parmakla bastırmak, etkili bir yöntemdir (90, 95-97).

d. Nefes Egzersizleri

Nefes egzersizleri, kontraksiyonlar üzerinde gebenin kontrol sahibi olmasını sağlayan bir yöntem olarak kullanılır. Doğuma hazırlık eğitimi almamış gebelere, latent fazda nefes egzersizleri öğretmek çok yararlı olacaktır. Gebe nefes egzersizleri yaparak, doğum sırasında gevşer, ağrıya başa çıkması kolaylaşır, uterusu ve bebeğe giden oksijen miktarını artırır (94, 99).

Nefes egzersizleri, latent fazın başında başlanabilir, ilk düzey normal solunumdur. Nefes burundan alınıp, mum üfler gibi verilir. Solunum anında yalnızca göğüs duvarı hareket eder.

Aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kontraksiyonlarla baş etmede ikinci düzey solunum yardımcı olur. Kontraksiyonun başında normal solunum yapılır. Sonra nefes burundan 5 sn'de alınır ve 5 sn'de ağızdan üflenir (90).

Servikal efasman ve dilatasyon 0-7 cm iken üçüncü düzey nefes tekniği uygulanır. Kontraksiyonun başında iki derin nefes uygulanır, kontraksiyon geçene kadar normal yüzeysel göğüs solunumu yapılır. Yüzeysel göğüs solunumu yapmak için baş boğazdan hava geçişini sağlayacak şekilde arkaya doğru pozisyon aldırılır, dilin üst ön dişlerin altına yerleştirilmesi gerektiği anlatılır. Bu sayede nefes alışverişi sırasında ağız kuruması önlenmiş olur. Sessizce h harfi çıkarılır (huh). Her nefes sırasında, alırken ve verirken "huh, huh, huh" şeklinde en uygun hızda nefes alınır (90).

Gebe egzersiz sırasında nefessiz kaldığını ifade ederse, yavaşlayıp, daha sessiz nefes alması gerekir. Kontraksiyonun yoğunluğu azalınca iki derin nefes daha alınır. Kontraksiyonlar sırasında, hızlı nefes alıp vermek, karbondioksit ve oksijen dengesinin bozulmasına neden olarak yorgunluk yaratabilir. Bu nedenle nefesin yavaş, ritmik, sessiz, kontrollü olmasına odaklanmak gerekir. Bu evrede gebe yastıkla desteklenmiş şekilde oturuyor, yan yatıyor ya da plates topu üzerine uzanmış olabilir. Kontraksiyon arasında gebe uyuyorsa rahatsız edilmemelidir (90,94).

Doğum eyleminin geçiş aşaması sırasında dördüncü düzey solunum tekniği uygulanır. Bu aşamada servikal dilatasyon 7 cm'yi geçmiş, kontraksiyonların sıklığı ve yoğunluğu artmış, kontrol zorlaşmıştır. Bir yandan nefes egzersizine odaklanma sağlanmaya çalışılırken, diğer taraftan gebeye olumlu geribildirimler verilerek (harika gidiyorsun, çok güzel vs.) cesaretlendirilmelidir. Bu evrede gebeye, kısa süreceğini ve bebeğine kavuşmanın yakın olduğunu söylemek motivasyonunu artıracaktır (17, 90).

Bu evrede iki yöntem uygulanabilir.

□ İlk yöntemde kontraksiyonun başında bir derin solunum yapılır. Nefes alınır ve verilirken sanki avucumuzda tüy varmışta onu uçurmaya çalışıyormuş gibi kesik kesik iki nefes verilir ve sonunda mum söndürüyormuş gibi uzun bir nefes verilir. (huh-huh-huuuuuuuh) Bu şekilde kontraksiyon geçene kadar devam edilir. Kontraksiyonun yoğunluğu azalınca derin nefes alınır.

□ İkinci yöntemde kontraksiyonun başında bir derin nefes alınır. Dört yüzeysel nefes alınır. Sonraki nefeslerde, nefes verirken aşağıdaki gibi sayılır.

Nefes al, nefes verirken 1'e kadar say

Nefes al, nefes verirken 2'ye kadar say

Nefes al, nefes verirken 3'e kadar say

Nefes al, nefes verirken 4'e kadar say

Yeniden yüzeysel bir nefes alınıp, zorlayıcı biçimde verilir. Dört yüzeysel nefes alınır. Kontraksiyonun yoğunluğu geçene kadar devam edilir. Sonu derin bir nefesle bitirilir (90).

Genellikle nefes tutulduğunda ağrı hissinin arttığı bilinmektedir. Korku duyduğunda insan nefesini tutar. Çenenin sıkılması, alnın kırıışması ve omuzların gerilmesi nefesin tutulduğunun göstergesidir. Gebede bu belirtiler fark edildiğinde, yüze dokunularak, nazikçe omuzlara dokunularak buradaki kasların gevşemesi sağlanır ve gebe nefes vermesi için nazikçe uyarılır (17, 90, 97).

Gebenin strese girmesi, kontrolünü kaybetmeye başlaması sırasında stres nefesi uygulanabilir. Nefes 1-2-3 sayarak 3 sn'de alınır. 3 sn içerde tutup, 3 sn'de kesik ve kısa üfleterek verip, sonunda uzunca (akciğerlerdeki tüm havayı üflüyormuş gibi) verilir (huh,huh, huh, huuuuuuuh) (90).

Servikal açıklık ve dilatasyon tamamlandığında, travay müdahalesiz spontan biçimde ilerliyorsa ıkınma hissi oluşacaktır. ıkınma sırasında nefes kaçırarak ıkınmak gerekir. ıkınma sesi çıkarmak ya da tıslayarak ıkınmak gerekir. Aksi yapıldığı takdirde, rutin uygulamalarda olduğu gibi, gebenin nefesini tutup, çenesini göğsüne dayayarak ıkınması istendiği takdirde gebenin karnı şişecek ve ıkınma etkisiz olacaktır (17, 90, 96-98).

2.4.2. Doğumda Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Doğum Korkusuna Yönelik Destekleyici Ebelik Bakımı

Doğum sonrası PTSD için birçok düzeyde müdahale mümkün olmasına rağmen çok az izlem ve tedavi yapılmıştır (84). Ebelik bakımı sayesinde doğum korkusu hem de PTSD potansiyel olarak (önemli oranda) azaltılabilir. Ebeler tarafından verilen bakımla kadınlara potansiyel olarak, oluşabilecek olumsuzluklara karşı veya travmaya karşı koruma sağlanabilir. Ebelik bakımı PTSD tedavisi için etkili olmamasına rağmen, doğum korkusunu önlemeye veya azaltmaya çalışmaya odaklanmak doğum sonu PTSD için daha etkin olabilir (81).

Kadının doğum sırasındaki müdahaleler ve doğum korkusu üzerine ebeğin rolü çok önemlidir. Yapılan birçok çalışmada doğum korkusundan dolayı kadınların epidural analjezi veya sezeryan gibi müdahaleli doğum istedikleri bulunmuştur (51, 54). Ebeler veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından gebelik ve doğum sırasında sağlanan destekle doğum korkusu önlenir veya azaltılabilir (81). Gebelik sırasında ve doğum sırasında destek alma her kadının temel ilkesi olmalıdır (2). Doğum desteğindeki amaç; kadına yardım etme, duygusal gereksinimlerini ve isteklerini karşılama, rahatlığını sağlama, benlik saygısını artırma, olumlu doğum deneyimi edinmesini sağlama ve annelik rolüne geçişini kolaylaştırmadır (100).

Doğum yapanların bakımında verilen destekleyici bakım doğumu, anneyi ve bebeği pozitif yönde etkilemekte ve doğum sırasında yapılan müdahaleleri azaltmaktadır. Doğum eylemi sırasında kadınla birlikte olan ebe destekleyici bakımı daha çok dikkate alacak şekilde bakım vererek, daha az müdahale ile kadınların rahat ve sağlıklı doğum yapmalarını sağlayabilir, anne ve bebek sağlığının gelişimine katkı sağlayabilirler (19).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel türde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MEAH) Beydağı Kampüsü'nde yer alan doğumhane ve lohusa servislerinde toplandı. Araştırma Temmuz 2017- Ocak 2019 tarihleri arasında yürütüldü.

MEAH Beydağı Kampüsü doğumhane servisi aktif ve pasif travay olmak üzere iki birim bulunmaktadır. Gelen gebeler ilk olarak pasif travaya kabul edilmekte (servikal açıklık 3-4 cm'e kadar) daha sonra aktif travay birimine (servikal açıklık 4-10 cm olan) geçmektedir. Pasif travay 10 yataklıdır ve gündüz 2 ebe, gece 2 ebe çalışmaktadır. Aktif travay 5 yataklıdır ve gündüz 3 ebe, gece 3 ebe görev yapmaktadır. Aktif ve pasif travay hastanenin aynı katında bulunmaktadır. Doğum yapan anneler 15 yataklı olan, doğumhane servisi ile aynı katta bulunan lohusa servisine kabul edilmektedir. Lohusa servisinde gündüz 4 ebe gece 2 ebe görev yapmaktadır. Hastane içinde ebeler tarafından yürütülen bir gebe okulu bulunmaktadır. Gebeler gönüllü olarak derslere katılabilmekte ve doğum hakkında bilgi alabilmektedirler.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, MEAH Beydağı Kampüsü doğumhane servisine vajinal doğum için başvuran primipar gebeler oluşturdu. Hastanenin kayıtlarına göre 2016 yılında toplam 1878 vajinal doğum gerçekleşmiştir. Örneklem sayısını belirlemek için güç (power) analizi yapıldı. Örneklem büyüklüğü %5 yanlışlığı düzeyi, güç (power) ile %80 olan doğum korkusu oranının (2, 25) uygulamadan sonra %60' a kadar düşeceği varsayılarak 164 gebe olarak hesaplandı (82 deney, 82 kontrol grubu).

Doğum yapacak olan primipar gebelerden araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul edenler ilgili evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile örnekleme alındı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- İletişim güçlüğü olmayan

- Vajinal doğum için herhangi bir engeli olmayan
- Servikal açıklığı 1-5 cm arasında olanlar
- Termde ve tekil gebelik yaşayan
- Gebeliği riskli olmayan (preeklamsi, diyabet, plasenta previa gibi)
- Fetusta bilinen önemli sağlık sorunları (anomali gibi) olmayan
- Doğum sonu dönemde sağlıklı yenidoğana sahip olanlar

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya alındıktan sonra sezaryen endikasyonu gelişenler gebeler

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu ve Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu (EK-II)

Gebelerin bazı bireysel özelliklerini belirlemek amacıyla literatür bilgileri doğrultusunda (16, 101) ve araştırmacı tarafından oluşturulan form iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm gebelerin sosyodemografik özelliklerine yönelik 11 sorudan, ikinci bölüm obstetrik verilere yönelik 7 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik veriler içinde; gebelerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, sağlık güvencesi, aile tipi, gelir düzeyi, evlilik yılı ile eşlerinin yaşı, eğitim düzeyi ve mesleği yer almaktadır. Obstetrik verilerde; önceki obstetrik öyküsü, gebeliğin istenme durumu, gebelikte doğuma ilişkin bilgi alma durumu ve gebelikte eş desteğine ilişkin bilgiler yer almaktadır (16, 101).

Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu (EK III):

Gebelerin yaşadığı doğum korkusunun düzeyini belirlemek üzere ölçeği (Wijma ve ark., 1998) Türkçeye uyarlaması 2009 yılında Körükçü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (61). W-DEQ A versiyonu 33 maddeden oluşan, altılı likert tipte bir ölçettir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Madde toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir. Ölçekten alınan puanlarla doğum korkusu dört düzeyde sınıflandırılmaktadır.

- W-DEQ puanı ≤ 37 hafif düzeyde,
- W-DEQ puanı = 38-65 orta düzeyde,
- W-DEQ puanı = 66-84 şiddetli düzeyde,
- W-DEQ puanı ≥ 85 klinik düzeyde korkuyu göstermektedir.

Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri primipar gebeler için 0,88, multipar gebeler için 0,90 olarak bulunmuştur (61). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu (EK-IV)

Wijma ve ark. (Wijma ve ark.1998) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uçar tarafından yapılmıştır (4). Ölçek doğum eylemi sırasında ve sonrasında doğuma ilişkin yaşanan korkunun düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. W-DEQ B versiyonu 33 maddeden oluşan, altılı likert tipte bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puanlarla doğum korkusu dört düzeyde sınıflandırılmaktadır.

- W-DEQ puanı ≤ 37 hafif düzeyde,
- W-DEQ puanı = 38-65 orta düzeyde,
- W-DEQ puanı = 66-84 şiddetli düzeyde,
- W-DEQ puanı ≥ 85 klinik düzeyde korkuyu göstermektedir.

Ölçekte bulunan negatif sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. W-DEQ B versiyonu 33 maddeden oluşan altılı likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur (4). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,90 olarak bulunmuştur.

3.4.4.Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) (EK-V)

Horowitz ve ark. (1979) tarafından geliştirilen travmatik stres semptomlarını değerlendirmek amacıyla en yaygın kullanılan ölçeklerden birisidir. Weiss ve Marmar 1997 yılında, ölçeği düzenleyerek tüm travma sonrası stres belirtisini gruplarını sorgulayacak şekilde ölçeği yeniden oluşturmuşlardır. Ölçekte, belirtilerin şiddetinin 0-4 arası puanlandığı 22 soru bulunmaktadır. Ölçeğin toplam puanından alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 88’ dür (102). Kesme puanı 33 veya üzeri skor olası PTSTB (posttravmatik stres bozukluğu) tanısını desteklediği belirtilmektedir. Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından (2006) Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış ve ölçeğin Cronbach’s alfa değerinin 0.93 olduğu görülmüştür (103). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

3.5.Verileri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları gebelere Ocak – Kasım 2018 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı.

Doğum korkusu değerlendirilirken literatürde yapılan çalışmalara benzer ön testte W-DEQ-A versiyonu, son testte W-DEQ B versiyonu kullanıldı (104, 105). Araştırmada ilk olarak deney ve kontrol grubunda ki gebelere doğumhanenin pasif travay servisinde Kişisel Bilgi Formu ve W-DEQ A versiyonu kullanılarak ön test uygulandı. Doğum yaptıktan sonra lohusa servine alınan kadınlara doğum sonu 6-8 saat sonra son test olarak W-DEQ B versiyonu kullanıldı ve OEÖ uygulandı.

Veri toplama tarihleri arasında araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan 221 gebe çalışmaya katılmayı kabul etti. Bu gebelerden 57’si ön test uygulandıktan sonra çeşitli nedenlerle (fetal distress, uzamış eylem gibi) sezaryene alındığı için çalışma 164 gebe ile tamamlandı.

3.6.Ebelik Girişimleri

Doğumhaneye başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan deney grubunda ki gebelere araştırmacı tarafından travay boyunca ebelik desteği verildi. Bu yöntemler travay boyunca gebelerin odalarında uygulanmıştır. Ebelik desteği verilirken Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı içinde yer alan “Doğum Ağrısıyla Baş Etmede İlaçsız Yöntemler” bölümündeki içerik dikkate alındı. THSK’ya göre ebelik desteği; bilgilendirme, nefes egzersizleri, dokunma ve masaj

ve hayal kurma/ dikkati başka yöne çekme gibi yöntemleri içermektedir (EK-6). Bu çalışmada gebelere, bilgilendirme, solunum egzersizleri, dokunma ve masaj ve hayal kurma/ dikkati başka yöne çekme eğitimleri verildi. Araştırmada kullanılan yöntemler Tablo 3.1' de verildi (90).

Tablo 3.1. Araştırmada ebelik desteği sırasında kullanılan yöntemler

Kullanılan Yöntem	İçerik
Bilgilendirme	Gebelere latent evreden başlayarak doğum süreci hakkında kısa, net ve açıklayıcı bilgiler verildi. Olumlu bir doğum çevresi oluşturmak amacıyla gebe yalnız bırakılmadı ve gereksinimleri doğumhane koşullarında karşılanmaya çalışıldı.
Hayal kurma / dikkati başka yöne çekme	Gebenin dikkatini ağrıdan uzaklaştırmak amacıyla hastane koridorunda yürüme, oda içerisinde gezinme, dua etme, gebelik süreci hakkında konuşma ve bebeği hakkında konuşma gibi yöntemler kullanıldı. Gebenin hayal kurmasına yardımcı olmak için kontraksiyonlar sırasında, kontraksiyon süresini sayma, bebeğinin doğum kanalında ilerlediğini hayal etme ve gözlerini kapatarak serviksin gül goncası açıldığını hayal etme yöntemleri kullanıldı.
Dokunma ve Masaj	Eylem sırasında özellikle bel ağrısı sık karşılaşılan bir durum olduğundan travay boyunca gebeye sakrum masajı yapıldı. Tüm travay boyunca bel masajı uygun bir pozisyonda ve nefes alma teknikleriyle beraber ritmik bir şekilde gerçekleştirildi. Sakrum masajı gebeye, yatakta oturur pozisyonda, ayakta duvardan destek alabilecek pozisyonda, öne doğru diz çökme pozisyonunda veya yatakta yan yatar pozisyonda uygulandı. Ellerin avuç içi bölgesi kullanılarak sakrum bölgesine kasılmalarla beraber basınç uygulanarak sakrum masajı yapıldı. Kasılma aralarında ise sakruma yapılan masaj durduruldu. Ayrıca, bazen bel ağrısı

yaşandığında ağrıyı gidermek ve rahatlama sağlamak için sakral bölgeye, avuç içiyle ya da eller yumruk şekline getirilerek sakrum bölgesine basınç uygulanarak gebe rahatlatılmaya çalışıldı.

Nefes egzersizleri Gebelere latent fazda kontraksiyonlar sıklaşmadan nefes egzersizleri öğretildi. Travay boyunca gebeler kasılmalar sırasında nefes egzersizlerini kullanmaları konusunda desteklendi.

Kontrol grubundaki gebeler doğumhanedeki rutin uygulamaları aldı, araştırmacı tarafından herhangi bir girişim uygulanmadı.

3.7.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Gebelerin doğum korkusu ve posttravmatik stres bozukluğu düzeyleri

Bağımsız Değişkenler: Gebelere uygulanan ebelik desteği

Kontrol Değişkenleri: Gebelerin yaşı, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, doğuma hazırlık eğitimi alma durumları ve gebelikte eş desteği

Tablo 3.2. Katılımcıların Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Deney (n=82)		Kontrol (n=82)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Yaş (yıl) (Ort±SS)	24.44 ±3.71		24.12 ± 3.33		t=0.575 p=0.566
Eğitim Düzeyi					
Okur-yazar değil	-	-	4	4.9	
İlkokul mezunu	12	14.6	12	14.6	X ² =14.511 p=0.006
Ortaokul mezunu	16	19.6	29	35.4	
Lise mezunu	27	32.9	26	31.7	
Üniversite mezunu	27	32.9	11	13.4	
Gelir Algısı					
Düşük	17	20.7	19	23.2	X ² =6.933 p=0.031
Orta	52	63.4	60	73.2	
Yüksek	13	15.9	3	3.7	
Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumu					
Evet	28	34.1	20	24.4	X ² =1.885 p=0.170
Hayır	54	65.9	62	74.6	
Gebelikte Eş Desteği Algısı					
Olumlu	80	97.6	78	95.1	X ² =0.692 p=0.405
Olumsuz	2	2.4	4	4.9	

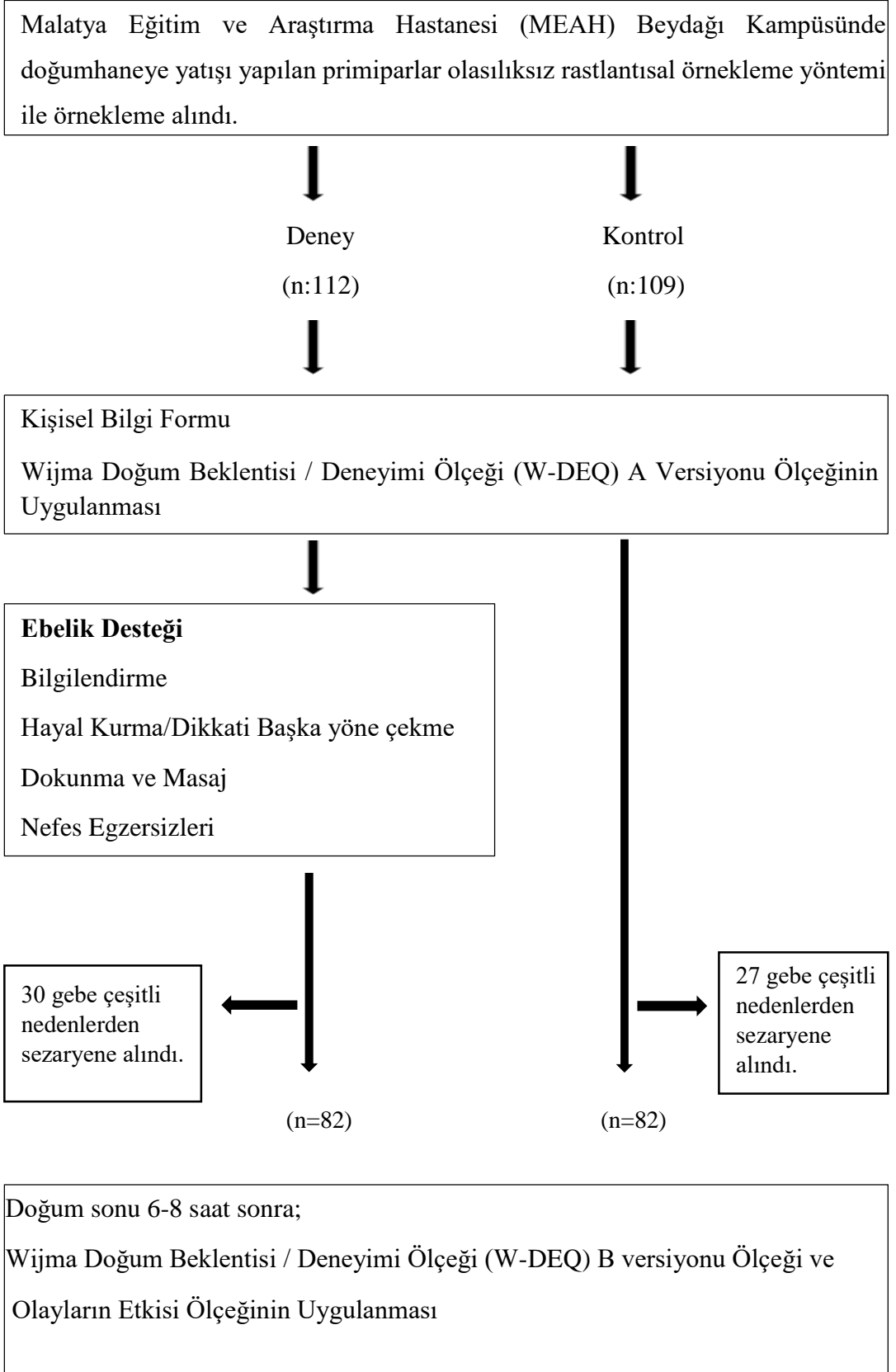
Deney ve kontrol grubunun kontrol değişkenleri karşılaştırıldığında iki grup arasında yaş, doğuma hazırlık eğitimi ve gebelikte eş desteği yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı ($p>0.05$), eğitim ve gelir düzeyi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlendi ($p<0.05$).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Verilerin normallik dağılımını Kolmogrov- Smirnov testi ile yapıldı. Normal dağılıma uymadığı için ölçek puan ortalamalarının iki grup arasındaki farkı Mann- Whitney-U testi ile karşılaştırıldı. Bunun yanı sıra sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare ve bağımsız gruplarda t testleri kullanıldı.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve yayın Etik Kurulu'ndan etik onay (EK-7) ve Malatya Kamu Hastaneler Birliğinden yazılı izin alındı (EK-8). Araştırmaya katılacak gebelerde gönüllülük esas alınarak ve yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.



Şekil 1. Akış Şeması

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Deney (n=82)		Kontrol (n=82)		Toplam (n=164)	
	n	%	n	%	n	%
Eğitim Düzeyi						
Okur-yazar değil	-	-	4	4.9	4	2.4
İlkokul Mezunu	12	14.6	12	14.6	24	14.6
Ortaokul Mezunu	16	19.6	29	35.4	45	27.5
Lise Mezunu	27	32.9	26	31.7	53	32.3
Üniversite Mezunu	27	32.9	11	13.4	38	23.2
Eşin Eğitim Düzeyi						
İlkokul Mezunu	5	6.1	10	12.2	15	9.2
Ortaokul Mezunu	17	20.7	22	26.8	39	23.8
Lise Mezunu	32	39.0	34	41.5	66	40.2
Üniversite Mezunu	28	34.2	16	19.5	44	26.8
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	10	12.2	16	19.5	26	15.9
Çalışmıyor	72	87.8	66	80.5	138	84.1
Meslek						
Memur	5	50.0	6	37.5	11	42.3
İşçi	2	20.0	5	31.2	7	26.9
Serbest meslek	1	10.0	5	31.2	6	23.0
Diğer	2	20.0	-	-	2	7.6
Eşin Mesleği						
Memur	20	20.4	7	8.5	27	16.5
İşçi	39	47.6	4	50.0	80	48.8
Serbest Meslek	15	18.2	2	32.9	42	25.6
Çiftçi	-	-	2	2.4	2	1.2
Diğer	8	9.8	5	6.2	13	7.9

Değişkenler	Deney (n=82)		Kontrol (n=82)		Toplam (n=164)	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi						
Var	74	90.2	71	86.6	145	88.4
Yok	8	9.8	11	13.4	19	11.6
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	65	79.3	52	63.4	117	71.3
Geniş Aile	17	20.7	30	36.6	47	28.7
Gelir Algısı						
Düşük	17	20.7	19	23.1	36	22.0
Orta	52	63.4	60	73.2	112	68.2
Yüksek	13	15.9	3	3.7	16	9.8
	Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS	
Yaş (Yıl)	24.44 ± 3.71		24.12 ± 3.33		24.28 ± 3.52	
Eşin Yaşı(Yıl)	28.71 ± 3.99		27.96 ± 3.56		28.34 ± 3.79	
Evlilik Yılı	1.65 ± 0.98		2.33 ± 2.05		1.99 ± 1.64	

Araştırmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında, gebelerin %32.3’ü lise mezunu, eşlerinin ise %40.2’si lise mezunu, gebelerin %84.1’i çalışmıyorken, eşlerinin %74.4’ü çalışmakta, gebelerin %88.4’ünün sağlık güvencesi varken, %71.3’ü çekirdek ailede yaşamakta, %68.3’ünün gelirin giderine eşit olduğu görülmektedir. Gebelerin yaş ortalamaları 24.28±3.52, eşlerinin yaş ortalamaları ise 28.34±3.79 olup evlilik süreleri 1.99 ±1.64 yıldır.

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Deney (n=82)		Kontrol (n=82)		Toplam (n=164)	
	N	%	n	%	n	%
Önceki Gebelik Deneyimi						
Evet	12	14.6	14	17.1	26	15.9
Hayır	70	85.4	68	82.9	138	84.1
Önceki Küretaj Varlığı						
Evet	5	6.1	6	7.3	11	6.7
Hayır	77	93.9	76	92.7	153	93.3
Önceki Düşük Varlığı						
Evet	10	12.2	11	13.4	21	12.8
Hayır	72	87.8	71	86.6	143	87.2
Gebeliğin İstenme Durumu						
Evet	76	92.7	74	90.8	150	91.5
Hayır	6	7.3	8	9.2	14	8.5
Gebeliğin Planlı Olma Durumu						
Evet	76	92.7	74	90.8	150	91.5
Hayır	6	7.3	8	9.2	14	8.5
Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumu						
Evet	28	34.1	20	24.4	48	29.3
Hayır	54	65.9	62	74.6	116	70.7
Doğuma Hazırlık Eğitiminin Kaynağı						
Sağlık çalışanları	25	89.3	8	40.0	33	68.8
Gebe eğitim kursu	2	7.1	7	35.0	9	18.7
Gebe eğitim kitapları	1	3.6	5	25.0	6	12.5
Gebelikte Eş Desteği Algısı						
Olumlu	80	97.6	78	95.1	158	96.3
Olumsuz	2	2.4	4	4.9	6	3.7

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı 4.2’de verildi. Gebelerin %84.1’i daha önce gebelik deneyimi yaşamamış, %93.3’ü daha önce küretaj deneyimi yaşamamış ve % 87.2’si daha önce düşük deneyimi yaşamamıştır. Gebelerin %91.5’i şuan ki gebeliğinin istenen gebelik olduğunu, % 91.5’i de gebeliğinin planlı olduğunu belirtti. Gebelerin %29.3’ü doğuma hazırlık eğitimi alırken, eğitim alanların %68.8’inin sağlık çalışanlarından, %12.5’inin gebe eğitim kitaplarından ve %18.7’sinin ise gebe eğitim kursunda eğitim aldığı saptandı. Gebelerin gebelik boyunca % 96.3’ü eşinden destek gördüğünü belirtti.

Tablo 4. 3. Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi ve sonrası doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılması (n=82)

	Doğum Öncesi ^a		Doğum Sonrası ^b		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Doğum Korkusu Düzeyi					
Hafif (W-DEQ ≤37)	33	39.3	51	60.7	
Orta(W-DEQ =38-65)	32	64.0	18	36.0	$\chi^2=8.393$
Şiddetli(W-DEQ=66-84)	15	57.7	11	42.3	$p=0.039$
Klinik (W-DEQ≥85)	2	50.0	2	50.0	

* Satır yüzdesi alınmıştır.

W-DEQ : Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

^a Doğum öncesi doğum korkusu düzeyini belirlemede W-DEQ A versiyonu dikkate alınmıştır.

^b Doğum sonrası doğum korkusu düzeyini belirlemede.W-DEQ B versiyonu dikkate alınmıştır.

Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi ve sonrası doğum korku düzeyleri Tablo 4.3 de verildi. Hafif düzeyde doğum korkusu yaşayanlar doğum öncesi %39.3 iken, doğum sonu hafif düzeyde doğum korkusu %60.7 yükselmiştir. Orta düzeyde doğum korkusu yaşayanların oranı doğum öncesi % 64 iken doğum sonrası %36' ya düşmüş; şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayanların oranı doğum öncesi %57.7'den doğum sonrası %42.3'e düşürülmüştür. Klinik düzeyde doğum korkusu oranı (%50) ise değişmemiştir. Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi ve sonrası doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi.($p=0.039$)

Tablo 4.4. Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi ve sonrası doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılması (n=82)

	Doğum Öncesi ^a		Doğum Sonrası ^b		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Doğum Korkusu Düzeyi					
Hafif (W-DEQ-A≤37)	14	50.0	14	50.0	$\chi^2=22.072$
Orta(W-DEQ-A=38-65)	28	47.5	28	52.5	$p<0.001$
Şiddetli(W-DEQ-A=66-84)	22	53.7	22	46.3	
Klinik (W-DEQ-A≥85)	18	50.0	18	50.0	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

W-DEQ: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

^a Doğum öncesi doğum korkusu düzeyini belirlemede W-DEQ A versiyonu dikkate alınmıştır.

^b Doğum sonrası doğum korkusu düzeyini belirlemede W-DEQ B versiyonu dikkate alınmıştır.

Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi ve sonrası doğum korkusu düzeyleri Tablo 4.4 de verildi. Doğum öncesi hafif düzeyde doğum korkusu yaşayanların oranı (%50) doğum sonu değişmemiştir. Gebelerin doğum öncesi %47.5'inin orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenirken, doğum sonrası bu oran % 52.5'e yükseldiği bulundu. Gebelerin doğum öncesi %53.7'si şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenirken, doğum sonrası bu oran %46.3 olduğu bulundu. Gebelerin doğum öncesi %50'si klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenirken bu oranın doğum sonrası % 50'de kaldığı bulundu. Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi ve sonrası doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi.($p=0.946$)

Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılması

	Deney(n=82)		Kontrol (n=82)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Doğum Korkusu Düzeyi					
Hafif (W-DEQ-A≤37)	33	70.2	14	29.8	$\chi^2=22.072$
Orta(W-DEQ-A=38-65)	32	55.3	28	46.7	$p<0.001$
Şiddetli(W-DEQ-A=66-84)	15	40.5	22	59.5	
Klinik (W-DEQ-A≥85)	2	10.0	18	90.0	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

W-DEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi korku düzeyleri Tablo 4.5’de verildi. Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi %70.2’si hafif düzeyde doğum korkusu yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi %29.8’i hafif düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi % 55.3’ü orta düzeyde doğum korkusu yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi %46.7’si orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi %40.5’i şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi %59.5’i şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi %10’u klinik düzeyde doğum korkusu yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi %90’ı klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonu doğum korkusu düzeylerinin karşılaştırılması ve PTSS nin varlığı

	Deney (n=82)		Kontrol (n=82)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Doğum Korkusu Düzeyi					
Hafif (W-DEQ-B≤37)	51	78.5	14	21.5	x ² =39.444 p<0.001
Orta (W-DEQ-B=38-65)	18	36.7	31	63.3	
Şiddetli (W-DEQ-B=66-85)	11	36.7	19	63.3	
Klinik (W-DEQ-B ≥ 85)	2	10.0	18	90.0	
PTSS varlığı					
Var (OEÖ ≥ 33)	6	31.6	13	68.4	x ² =2.917
Yok (OEÖ<33)	76	52.4	69	47.6	p=0.088

*Satır yüzdesi alınmıştır.

W-DEQ-B: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B versiyonu

OEÖ: Olayların Etkisi Ölçeği

PTSS: Posttravmatik Stres Bozukluğu

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonu korku düzeyleri ve posttravmatik stres bozukluğu varlığı Tablo 4.6’da verildi. Deney grubundaki gebelerin doğum sonu %78.5’i hafif düzeyde doğum korkusu yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin doğum sonu %21.5’i hafif düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Deney grubundaki gebelerin doğum sonu % 36.7’si orta düzeyde doğum korkusu yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin doğum sonu %63.3’ü orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Deney grubundaki gebelerin doğum sonrası %36.7’si şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin doğum sonrası %63.3’ü şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Deney grubundaki gebelerin doğum sonu %10’u klinik düzeyde doğum korkusu yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin doğum sonrası %90’ı klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonrası doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.001).

Doğum sonu deney grubunun %31.6'sında posttravmatik stres bozukluğu saptanmışken, kontrol grubunun %68.4'ün de posttravmatik stres bozukluğu saptandı. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonrası posttravmatik stres bozukluğu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p=0.088$).

Tablo 4.7. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi W-DEQ-A versiyonu, doğum sonrası W-DEQ-B versiyonu ve OEÖ puan ortalamaları

	Deney (n=82)	Kontrol(n=82)	İstatistiksel Analiz
	Ort ±SS	Ort ±SS	
Doğum Öncesi (W-DEQ-A versiyonu)	47.15 ±19.68	63.23 ± 23.10	Z=4.421 p < 0.001
Doğum Sonu (W-DEQ-B versiyonu)	37.20 ± 23.50	62.38 ± 27.04	Z= 5.939 p< 0.001
Doğum Sonu (OEÖ)	12.09 ± 12.67	18.30 ± 11.96	Z= 3.690 p < 0.001

W-DEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu

W-DEQ-B: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B versiyonu

OEÖ: Olayların Etkisi Ölçeği

Tablo 4.7’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi W-DEQ A versiyonu, doğum sonrası W-DEQ B versiyonu ve Olayların Etkisi Ölçeği puan ortalamaları verildi.

Deney grubunun doğum öncesi W-DEQ A versiyonu puan ortalaması 47.15 ± 19.68 olup kontrol grubunun puan ortalamasının 63.23 ± 23.10 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Deney grubunun doğum sonu W-DEQ B versiyonu puan ortalaması 37.20 ± 23.50 olup kontrol grubunun puan ortalamasının 62.38 ± 27.04 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

Deney grubunun doğum sonu olayların etkisi ölçeği puan ortalaması 12.09 ± 12.67 olup kontrol grubunun puan ortalamasının 18.30 ± 11.96 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

5. TARTIŞMA

Doğum eylemi özellikle ilk kez doğum yapacak kadınlar için tamamen kontrol edilemeyen, bilinmeyenlerin olduğu ve sonucu önceden tahmin edilemeyen bir süreçtir (6). Bu nedenle her kadın doğumda onu destekleyecek birinin yanında olmasına gereksinim duyar (1). Doğum eyleminde verilen ebelik desteği doğum korkusunu, gerginliği ve stresi azaltılabilir (10, 15). Bu çalışmada primipar gebelere verilen ebelik desteğinin posttravmatik stres bozukluğu ve doğum korkusuna etkisi incelenmiştir.

Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenleri arasında yaş, doğuma hazırlık eğitimi ve gebelikte eş desteği yönünden benzer olduğu belirlendi. Bununla birlikte deney grubundaki gebelerin eğitim düzeyi ve gelir düzeylerinin kontrol grubundan daha yüksek ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$; Tablo 3.2). Gruplar arasındaki bu farkın örnekleme alınan primiparların sayıca az olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda doğum öncesi orta düzeyde ve şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayanların oranının travay boyunca ebelik desteği verilen deney grubunda doğum sonu düştüğü ve doğum öncesi ve sonrası doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p = 0.039$; Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda da travay sırasında ve doğum anında verilen desteğin doğum korkusu üzerinde pozitif etkileri olduğu gösterilmiştir (106, 107). Sydsjö ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelerin sürekli ebelik desteğiyle pozitif doğum deneyimi yaşadıkları ve çalışmadaki bütün kadınların arkadaşlarına ebe desteğiyle doğum deneyimi yaşamaları gerektiği önereceklerini belirtmişlerdir (108). Hodnet'in yaptığı çalışmada da doğum korkusu yaşayan kadınlara doğum sırasında sürekli verilen ebelik desteğinin doğum korkusunu oranlarını düşürdüğü belirlenmiştir (107). Bu sonuçlar travay sürecinde verilen ebelik desteğinin doğum korkusu üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte çalışmamızda doğum öncesi klinik düzeyde doğum korkusu yaşayanların oranının travay boyunca ebelik desteği verilen deney grubunda doğum sonu değişmediği belirlendi (Tablo 4.3). Bu bulgu doğumda verilen ebelik desteğinin klinik düzeyde doğum korkusunu azaltmada yeterli olmadığını, bu gebelerin doğum öncesi dönemde belirlenerek psikolojik destekle birlikte doğuma hazırlanması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca klinik düzeyde doğum korkusuna neden olan faktörlerin

araştırılması ve nedene yönelik tedavinin doğum korkusunu düşürmede yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda travayda rutin doğumhane uygulamaları alan kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi doğum korkusu oranları ile doğum sonrası doğum korkusu oranlarının benzer olduğu belirlendi ($p=0.946$; Tablo 4.4). Literatürde doğum korkusu oranlarını azaltmak için, gebelere doğum öncesi dönemde eğitim verilmesi gerektiği ve eğitim alamamış gebelere de travay sırasında eğitim ve destek verilmesi gerektiği belirtilmektedir (90). Çalışmamızda yer alan kontrol grubundaki gebelere sadece rutin doğumhanede uygulamaları verilmiş olup, bu gebelerin sadece %29.3'ü doğum öncesi doğuma hazırlık eğitimi almıştır. Bu bilgiler doğrultusunda elde ettiğimiz bulgu beklendir.

Çalışmamızda doğum öncesi yaptığımız ölçümlere göre kontrol grubundaki gebelerin deney grubundaki gebelere göre daha yüksek oranlarda orta, şiddetli ve klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığını ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$; Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda doğum korkusunun şiddetini etkileyen pek çok değişken olduğu ve kadının kişilik özellikleri, sosyodemografik özellikler ve psikososyal faktörlerin yanı sıra dış etkenlerinde (toplum, kültür, obstetrik öykü gibi) önemli olduğu gösterilmiştir (5). Bu nedenle doğum korkusunun şiddeti karmaşık ve kompleks bir konudur ve ayırtetmek kolay değildir. Bu nedenle doğum öncesi dönemde gebeler arasında doğum korkusunun şiddetin farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Hemen her gebe hafif düzeyde doğum korkusu yaşayabilir ve hafif düzeyde doğum korkusu kabul edilebilirdir (2). Ancak şiddetli düzeyde doğum korkusu önemli doğum komplikasyonlarına neden olabilir ve mutlaka müdahale edilmelidir (25, 58, 59). Çalışmamızda travay boyunca ebelerden verilen deney grubundaki gebelerin girişim sonrası doğum korkusu düzeyinin kontrol grubundaki gebelerden daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$; Tablo 4.6). Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H1 hipotezi doğrular özelliindedir. İsveç'te yapılan bir çalışmada doğum sırasında özellikle ebelerden danışmanlık alan gebelerin çoğunun destekten memnun oldukları ve doğum korkusu düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (30). Nerum ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada doğum sırasında ebeler tarafından verilen danışmanlığın gebelerde doğum ile ilgili düşünceleri pozitif etkilediği ve vajinal doğum tercihlerinin arttığı bulunmuştur (109). Subaşı ve ark. yaptıkları çalışmada doğum desteğinin gebelerin doğum korkusu ve doğuma yönelik olumsuz

düşünceler üzerine azaltıcı bir etkisi olduğunu bulmuşlardır (110). Bu sonuçlar çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonrası posttravmatik stres bozukluğu varlığı arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p=0.088$; Tablo 4.6). Bununla birlikte OEÖ puan ortalamaları deney ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında; deney grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p=0.001$; Tablo 4.7). Bu bulgulara dayanarak araştırmamızın H2 hipotezi doğrudur özelliktedir. Bu bulgu travayda verilen ebelik desteğinin PTSD varlığını etkilemediği ancak semptomları azalttığı şekilde yorumlanabilir. Literatürde doğum sırasında verilen sağlık bakım hizmetlerinin doğum sonu stres semptomlarını azalttığı ancak PTSD gelişimini etkilemediği gösterilmiştir (111). PTSD gelişimini önlemek için sağlık bakım hizmetlerinin gebelik döneminde başlaması gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda gebelikteki sağlık bakım hizmetlerinin sayısı arttıkça PTSD oluşma riskinin azalacağı belirtilmiştir (112). Literatürde, doğum eylemi sırasında sürekli destek gören gebelerin daha iyi obstetrik sonuçlar aldığını vurgulanırken (113), destekleyici bakım eksikliği PTSD'ye yol açabilmektedir (104-106).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Travayda primiplarlara verilen ebekik desteğinin doğum sonu posttravmatik stres bozukluğu ve doğum korkusuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada;

- Deney grubundaki gebelerin doğum öncesi ve sonrası doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.039$) (Tablo 4.3),
- Kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi ve sonrası doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p=0.946$) (Tablo 4.4),
- Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum öncesi doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$) (Tablo 4.5),
- Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonrası doğum korkusu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$) (Tablo 4.6),
- Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sonrası posttravmatik stres bozukluğu düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p=0.088$) (Tablo 4.6),
- Deney grubunun doğum öncesi W-DEQ A versiyonu puan ortalaması 47.15 ± 19.68 olup kontrol grubunun puan ortalamasının 63.23 ± 23.10 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$),
- Deney grubunun doğum sonu W-DEQ B versiyonu puan ortalaması 37.20 ± 23.50 olup kontrol grubunun puan ortalamasının 62.38 ± 27.04 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$),
- Deney grubunun doğum sonu olayların etkisi ölçeği puan ortalaması 12.09 ± 12.67 olup kontrol grubunun puan ortalamasının 18.30 ± 11.96 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.001$) belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Travayda verilen eğitimlerin yaygınlaştırılması ve gebelerin katılımının sağlanması,
- Bu eğitimlerde görev alacak sağlık personellerinin eğitime yönelik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinin sağlanması,

- Doğum korkusunu önlemede, gebelerin yaşadığı kaygıları dile getirebilmesi önemli olduğundan, ideal doğum ortamı oluşturularak aktif katılımını sağlaması konusunda cesaretlendirilmesi,
- Tüm doğumlarda gebelere verilen bire bir ebelik desteğinin (fiziksel, ruhsal vb) artırılması,
- Ebelik bakımının niteliğinin artırılması,
- Verilecek eğitimlerle kadınların hem doğum sonu dönemdeki psikososyal sağlıklarının yükseltilmesi hem de doğum korkusunu azaltılması,
- Ayrıca, daha detaylı ve kapsamlı bilgilerin elde edilebilmesi için uzun süreli ve daha fazla sayıda olguyu kapsayan araştırmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Coşar F, Demirci N. Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2012.
2. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 201–8.
3. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009; 40: 57-62.
4. Uçar E, Beji KN. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği B Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2013.
5. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002; 23: 229-35.
6. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *J Reprod Infant Psychol* 2008; 26: 340-50.
7. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *MJCP* 2013; 1: 1-18.
8. Adam S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG* 2012; 119: 1238-46.
9. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obst Gyn* 2009; 30: 168–74.
10. Perry E, Hockenberry J, Lowdermilk L, Wilson D. Maternal Child Nursing Care. *Library of Congress Cataloging in Publication Data in Canada* 2010; 394-405.
11. Olde E, Kleber RJ, Hart OV, PopVJM. Childbirth and posttraumatic stress responses: a validation study of the dutch impact of event scale – revised. *Eur J Psychol Assess* 2006; 22: 259–67.

12. Nyberg K, Lindberg I, Öhrling K. Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptom safter childbirth. *Sex. Reprod. Healthc* 2010; 15: 5–60.
13. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev* 2014; 34: 389–401.
14. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point Prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 148-54.
15. Gibbs S, Karlan Y, Honey F. Normal doğum eylemi. Nygaard I. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitabevi, 2010; 21-43.
16. Uçar T, Gölbaşı Z. Gebelere Uygulanan Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programının Doğum Korkusu ve Doğum Sürecine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi 2014.
17. Taşkın, L. Kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği, IX. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık 2016: 293-300.
18. Kömürcü N, Ergin AB. Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 2008; 49-60/68-77 /103-9.
19. Karaçam, Z. ve Akyüz, E.Ö. Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011; 19: 45-53.
20. Bal DM, Yılmaz DS. Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum I. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitap Evi, 2017: 117-37.
21. Yıldırım G. Doğum eyleminde uygulanan ıkınma teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10: 49-55
22. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.org.tr> (erişim tarihi: 10.09.2018)
23. Stuart G. Principle and practice of psychiatric nursing. *Mosby, Philadelphia*, 2005; 260-82.

24. Yüksel N. Anksiyete Bozuklukları, Ruhsal Hastalıklar I. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000: 143-81.
25. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Soc Sci Med* 2006; 63: 64-75
26. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 2009; 18: 667-77.
27. Körükçü Ö, Fırat M Z, Kukulcu K. Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 5: 467-70.
28. Bewley S, Cockburn, J. Responding to fear of childbirth. *Lancet* 2002; 359: 2128-9.
29. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG* 2002; 109: 1213-21.
30. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 10-7.
31. Hofberg K, Brockington IF. Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A Series of 26 Cases *Br J Psychiatry* 2000; 176: 83-5.
32. Hofberg K, Ward MR. fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79: 505-10.
33. Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 2008; 10: 9.
34. Heuvel van den MA. Pathological fear of childbirth, academic dissertation. Department of Psychology and Health, Tilburg University 2008.
35. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecol Obstet Invest* 1983; 16: 1-12.
36. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002; 29: 101- 11.
37. Saisto T, Salmela-Aro, K, Nurmi J, Halmesma E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001 b; 108: 492-8.

38. Sjögren, B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997; 18: 266–72.
39. Zar M, Wijma K, Wijma B. relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clin Psychol Psychother* 2002; 9: 122-30.
40. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth, *JOGNN* 2010; 39: 298-309.
41. Beebe KR, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Humphreys J. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *JOGNN* 2007; 36: 410-18.
42. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery* 2013; 30: 255-61.
43. Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 877–87.
44. Wiklund I, Andolf E, Lilja H, Hildingsson I. Indications for cesarean section on maternal request – guidelines for counseling and treatment. *Sex Reprod Healthc* 2012; 3: 99–106.
45. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 435-40.
46. Etowa JB. Becoming a Mother: The meaning of childbirth for african canadian women. *Contemp Nurse* 2012; 41: 28-40.
47. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the danish. National Birth Cohort. *BJOG* 2008; 115: 354–60.
48. Rouhe H, Salmela-Aro, K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women Randomised Trial. *BJOG* 2013; 120: 75–84.

49. Hildingsson I, Radestad I, Rupertson C, Waldenström U. Few Women Wish to be Delivered by Caesarean Section. *BJOG* 2012; 109: 618-23.
50. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 318–24.
51. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009; 116: 67–73.
52. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 7: 280–5.
53. Tschudin S, Alder J, Hendriksen S, Bitzer J, Popp KA, Zanetti R, Hösli I, Holzgreve W, Geissbühler V. Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009; 30: 175–80.
54. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 807-13.
55. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 210–4.
56. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstro H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 542–7.
57. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *J Reprod Infant Psychol* 2000; 18: 33-9.
58. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009; 25: e1–e9.
59. Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S. Self-Efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *JOGNN* 2013; 42: 191-202.

60. Reck C, Zimmer K, Dubber S, Zipser B, Schlehe B, Gawlik S. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 363-9.
61. Korukcu O, Kukulcu, K. and Fırat, M.Z. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with Pregnant Women. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012; 19: 193–202.
62. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J E, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001; 108: 492-8.
63. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Factors associated with secondary fear of delivery. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 679-82.
64. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric Outcome for Women who Received Individualized Treatment for Fear of Childbirth During Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 44–9.
65. Sluijs A, Cleiren MPhD, Scherjon SA, Wijma K. No relationship between fear of childbirth and pregnancy-/delivery-outcome in a low-risk dutch pregnancy cohort delivering at home or in hospital. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012; 33: 99–105.
66. Widom C. Posttraumatic Stress Disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1223–9.
67. Şuer T. Posttravmatik Stres Bozukluğu. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum, İstanbul; 2005.
68. Fergusson D M, McLeod G F, Horwood L J. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl* 2013; 37: 664-74.
69. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., 2000.
70. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 9:1261–72

71. Alcorn K L, O'Donovan A, Patrick J C, Creedy D, Devilly G J. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med* 2010; 40: 1849-59.
72. Ayers S, Pickering A. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001; 2: 111-8.
73. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery* 2014; 30: 255-61.
74. Turton P, Hughes P, Evans CDH, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after still birth. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 556-60.
75. Elklit A, Hartvig T, Christiansen M. Psychological sequelae in parents of extreme low and very low birth weight infants. *J Clin Psychol Med Settings* 2007; 14: 238-47.
76. Kersting A, Kroker K, Steinhard J. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth-a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 193-201.
77. Creedy DK, Schochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth: Issues Perinat.* 2007; 27: 104-11.
78. Maclean LI, McDermott MR, May CP. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *J Reprod Infant Psychol* 2000; 18: 153-62.
79. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002; 23: 31-9.
80. Ayers S, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *J Affect Disord* 2009; 119: 200-4.
81. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery* 2014; 30: 145-8.

82. Garthus-Niegel S, vonSoest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 1–10.
83. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:88.
84. Ayers S, Ford E. Posttraumatic stress during pregnancy and the postpartum period. In: Wenzel, A., Stuart, S. (Eds.), *Oxford Handbook of Perinatal Psychology*. Oxford University Press, New York 2013.
85. Ayers S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47: 552–67.
86. Elmir R, Virginia S, Lesley W, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta ethnography. *J Adv Nurs* 2010; 66: 42–53.
87. Goldbord JG. Women's lived experience of their unexpected birthing process. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009; 34: 57–62.
88. Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth* 2007; 34: 253-63.
89. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, 2006; 217-38.
90. T.C. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. <https://dosyaism.saglik.gov.tr> 09 Eylül 2017.
91. Öztürk H, Saruhan A. Gebelerde algılanan doğum ağrısını azaltılmasında ele uygulanan buz masajının etkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 10: 18-37.
92. Avcıbay B, Alan S. Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 4: 18-24.
93. Kömürcü N, Ergin A. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Yayıncılık, 2008: 57-144.

94. Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8: 117-23.
95. Mamuk R, Davas I N. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2010; 44: 137-44
96. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *eCAM* 2007; 4: 409-17.
97. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *JMWH* 2004; 49: 489-504.
98. Yıldırım G, Şahin NH. Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum Ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılanmasına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2001.
99. Tumblin A, Simkin P. Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth* 2001; 28: 52-6
100. Miltner RS. Identifying labor support actions of intrapartum nurses. *JOGNN* 2000; 29: 491-9.
101. Öztürk T, Demirci N. Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2014.
102. Cacciatore J, Radestad I, Froen JF. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth* 2008; 35:313-20.
103. Çorapçioğlu A, Yargıç İ, Geyran P, Kocabaşoğlu N. "Olayların Etkisi Ölçeği" (IES-R) Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği 2006.
104. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta obst. gyn. scand.* 2006; 85: 56-62.
105. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding E L, Wijma K. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2016; 37: 37-43.

106. Kashanian M, Fekrat M, Masoomi Z, Ansari N S. Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomised controlled trial. *Midwifery* 2010; 26: 241-5.
107. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7: 3766.
108. Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjörn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 115.
109. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006; 33: 221-8.
110. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi' *Selçuk Tıp Dergisi* 2013; 29:165-7
111. Ayoola AB, Dowswell T, Carroli G, Duley L. Reducing the number of antenatal care visits in low-risk pregnancies increases perinatal mortality in low- and middle-income countries; women in all settings prefer the standard visit schedule. *Evid Based Nurs* 2011; 14: 55-6.
112. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 88.
113. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
114. Creedy DK, Schochet I.M, Horsfall J. Child birth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth; Issues Perinat* 2007; 104–11
115. Czarnocka, J, Slade P. Prevalence and predictors of posttraumatic stress Symptoms following childbirth. *Br.J.Clin.Psychol* 2000; 39:35–51.
116. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003; 30:36–46.

EKLER

EK- 1. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler:

Adı soyadı: Zeynep BAL
Doğum tarihi ve yeri: 25.03.1990 / Maden
Yabancı dil bilgisi: İngilizce
Görev yeri: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İletişim bilgileri: zeynepp_ball@hotmail.com

Eğitim Bilgileri:

Yüksek Lisans: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim
Dalı (2016-2019)
Lisans: İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü (2010- 2014)

İş Tecrübesine Ait Bilgiler:

Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi (2015-2016)
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Afşin Sağlık Yüksekokulu(2016- 2018)
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2018-devam ediyor)

EK- 2. Kişisel Bilgi Formu

Anket No:

1.Yaşınız:

2.Eşinizin Yaşı:

3.Kaç Yıllık Evlisiniz:

4.Eğitim Durumunuz:

a) Okuma yazması yok b) İlkokul c)Ortaokul d) Lise e) Üniversite

5.Eşinizin Eğitim Durumu:

a) Okuma yazması yok b) İlkokul c)Ortaokul d) Lise e) Üniversite

6. Çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

7. Mesleğiniz nedir?

Memur

İşçi

Serbest meslek

Ev Hanımı

Diğer, açıklayınız.....

8.Eşinizin Mesleği

Memur

İşçi

Serbest meslek

Çiftçi

Diğer, açıklayınız.....

9. Sağlık güvenceniz:

Var Yok

10. Aile tipiniz:

Çekirdek aile Geleneksel aile Parçalanmış aile

11. Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?

Düşük Orta Yüksek

12.Daha önce gebelik deneyiminiz oldu mu?

Evet

Hayır

13. Küretaj deneyiminiz oldu mu?

Evet (Kaç kez belirtiniz)

Hayır

14. Düşük deneyiminiz oldu mu?

Evet (Kaç kez belirtiniz)

Hayır

15. Şimdiki gebeliğiniz istenen bir gebelik mi?

Evet Hayır

16. Şimdiki gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

Evet Hayır

17. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı?

Evet

Hayır

Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız.

18. Kimden eğitim aldınız?

Sağlık çalışanından

Gebe eğitim kitaplarından

Gebe eğitim kursundan

19. Gebeliğiniz sırasında eşinizden nasıl destek aldınız?

Olumlu

Olumsuz

EK-3: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-Deq) A Versiyonu

Bu anket formu, kadının doğum sancuları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancularını ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli*ni değil.

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5

Son derece mükemmel

Hiç
mükemmel değil

0 1 2 3 4 5

2 Son derece
korkunç

Hiç
korkunç değil

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

0 1 2 3 4 5

3 Son derece
yalnız

Hiç
yalnız değil

0 1 2 3 4 5

4 Son derece
güçlü

Hiç
güçlü değil

	0	1	2	3	4	5
5	Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil
	0	1	2	3	4	5
6	Son derece korkmuş					Hiç korkmamış
	0	1	2	3	4	5
7	Son derece yüzüstü bırakılmış					Hiç yüzüstü bırakılmamış
	0	1	2	3	4	5
8	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
	0	1	2	3	4	5
9	Son derece güvende					Hiç güvende değil
	0	1	2	3	4	5
10	Son derece bağımsız					Bağımlı
	0	1	2	3	4	5
11	Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
	0	1	2	3	4	5
12	Son derece gergin					Gerginlik yok
	0	1	2	3	4	5
13	Son derece memnun					Hiç memnun değil

0 1 2 3 4 5

14 Son derece Hoç
hoşnut hoşnut değil

0 1 2 3 4 5

15 Son derece terk edilmiş Hiç terk edilmemiş

0 1 2 3 4 5

16 Tamamen Hiç
kendine hakim kendine hakim değil

0 1 2 3 4 5

17 Son derece Hiç rahat değil
rahat

0 1 2 3 4 5

18 Son derece Hiç
korkunç korkunç değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissededeğinizi düşünöyorsunuz?

0 1 2 3 4 5

19 Aşırı panik Hiç panik değil

0 1 2 3 4 5

20 Aşırı Ümitsizlik yok
ümitsizlik

	0	1	2	3	4	5
21	Aşırı çocuğa kavuşma isteği			Hiç çocuğa kavuşma isteği yok		
	0	1	2	3	4	5
22	Aşırı öz güvenli			Öz güveni yok		
	0	1	2	3	4	5
23	Son derece güvenli			Kendine güvensiz		
	0	1	2	3	4	5
24	Aşırı ağırlı			Hiç ağırı yok		
IV	Doğum sancularızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?					
	0	1	2	3	4	5
25	Son derece kötü bir şekilde davranacağım			Kötü bir şekilde davranmayacağım		
	0	1	2	3	4	5
26	Bedenimin bütün kontrolü sağlmasına izin vereceğim			Bedenimin bütün kontrolü sağlmasına izin vermeyeceğim		
	0	1	2	3	4	5
27	Kontrolümü tamamen kaybedeceğim			Kontrolümü kaybetmeyeceğim		

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

0 1 2 3 4 5

28 Son derece Hiç
keyif verici keyif verici değil

0 1 2 3 4 5

29 Son derece doğal Hiç
doğal değil doğal değil

0 1 2 3 4 5

30 Tamamen olması Hiç olması gerektiği
gerektiği gibi gibi değil

0 1 2 3 4 5

31 Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

VI Son bir ay içinde dođum sancıları ve dođumunuz ile ilgili dűşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin dűşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5

Hiç Çok sık

33. doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin dűşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5

Hiç Çok sık

EK-4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu

**The Wijma Delivery Expectancy/Experience
Questionnaire (W-DEQ) version B**
© 1996 K. Wijma and B. Wijma

Bu anket formu, kadının doğumdan sonra yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 1' den 6'a kadar derecelendirilmiştir. Üç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 1 ve 6) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

- **Doğum eylemi sırasında ve doğum anında yaşadıklarınızı bir bütün olarak nasıl değerlendirirsiniz?**

1.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Harika					Hiç Harika Değil

2.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Korkunç					Hiç Korkunç Değil

II . Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissettiniz?

3.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Yalnız					Hiç Yalnız Değil

4.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Güçlü					Hiç Güçlü Değil

5.	1	2	3	4	5	6
	Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil

6.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Korkmuş					Hiç Korkmamış

7.	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---

Son derece yüzüstü bırakılmış	Hiç yüzüstü bırakılmamış
-------------------------------------	-----------------------------

II. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Güçsüz					Hiç Güçsüz Değil
9.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Güvende					Hiç Güvende Değil
10.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Bağımsız					Hiç Bağımsız Değil
11.	1	2	3	4	5	6
	Son derece yalnız ve kimsesiz					Hiç yalnız ve kimsesiz değil
12.	1	2	3	4	5	6
	Son derece gergin					Hiç gergin değil
13.	1	2	3	4	5	6
	Son derece memnun					Hiç memnun değil
14.	1	2	3	4	5	6
	Gururlu					Gururlu değil
15.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Terkedilmiş					Hiç Terkedilmemiş
16.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Sakin					Hiç Sakin Değil

17.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Rahat					Hiç Rahat Değil

18.	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Mutlu					Hiç Mutlu Değil

III. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında ne hissettiniz?

19	1	2	3	4	5	6
	Aşırı Panik					Hiç Panik Değil

20	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Ümitsiz					Hiç Ümitsiz Değil

21	1	2	3	4	5	6
	Bir an önce çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok

22	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Özgüvenli					Özgüveni yok

23	1	2	3	4	5	6
	Son derece güvenli					Hiç güvenli değil

24	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Ağrılı					Hiç Ağrı Yok

Doğum eyleminin ve doğum anının en yoğun / en zor anlarında ne oldu?

25	1	2	3	4	5	6
	Son derece kötü bir şekilde davrandım					Hiç kötü bir şekilde davranmadım
26	1	2	3	4	5	6
	Bedenimin kontrolü ele almasına tamamen izin verdim					Bedenimin kontrolü ele almasına hiç izin vermedim.
27	1	2	3	4	5	6
	Tüm Kontrolümü Kaybettim					Kontrolümü Hiç Kaybetmedim

V.Bebeğiniz doğduğu an nasıldı?

28	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Eğlenceli					Hiç Eğlenceli Değil
29	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Doğal					Hiç Doğal Değil
30	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Açık/ Net					Hiç Açık/ Net Değil
31	1	2	3	4	5	6
	Son Derece Tehlikeli					Hiç Tehlikeli Değil

IV. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında olumsuz düşünceleriniz (kuruntularınız) olduysa; örnek verebilir misiniz?

32 ...Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, çocuğun ölebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

1	2	3	4	5	6
Hiç olmadı			Çok sık oldu		

33..Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

1	2	3	4	5	6
Hiç olmadı			Çok sık oldu		

EK-5: Olayların Etkisi Ölçeği

Gebeliğinizin sonlanmasını düşünerek aşağıdaki soruları cevaplayınız.

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok fazla
1-Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor					
2-Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor					
3-Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor					
4-Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum					
5-Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum					
6-istemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum					
7-Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum					
8-Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum					
9-Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor					
10-Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum					
11-Olayı düşünmemeye çalışıyorum					

12-Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve çözmeye çalışmıyorum					
13-Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum. Kendimi hissizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum					
14-Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum					
15-Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum					
16-Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar					
17- Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum					
18-Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum					
19-Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum					
20-Olayla ilgili rüyalar görüyorum					
21-Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum					
22-Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum					

EK-6. Ebelik Desteği İçin Kullanılan Yöntemler

Bilgilendirme

Bilinmeyen Şeyler, korkuyu yaratır. Kadın gebe eğitim sınıflarında, gebelik ve doğum süreci hakkında, doğru Şekilde bilgilendirildiğinde kapı kontrol teorisiyle korkusu azalırken, doğumda kontrol duygusu artar. Bu aşamada kadın, örneğin kasılmalar kuvvetlendikçe, sona yaklaŐtıđını ve bebeğine kavuŐmaya az kaldığını bilecek ve tahammöl gücü artacaktır.

Yapılan alıŐmalar; gebelik döneminde eğitim alan ve doğumda sürekli desteklenen kadınların, travayda ağrı yönetiminde daha başarılı olduğunu ve daha az analjezi ve anestezi gereksinimi duyduğunu göstermektedir. Çünkü eğitim ve destek sayesinde gebe, korku-ağrı-gerginlik çemberini kırmayı başarabilmektedir.

Gebe doğum öncesi doğuma ilişkin herhangi bir eğitimine katılmamıŐ ve doğum ağrısıyla baş etme eğitimi almamıŐsa, doğumun fizyolojik dengesini bozan durumlar akılda tutularak, mümkün olduğunca olumlu bir doğum çevresi oluşturmak ve latent evrede iken doğum süreci hakkında kısa, net ve açıklayıcı bilgiler vermek, bedenine ve bebeğine odaklanmasını sağlayacak nefes egzersizleri ve gevşemeyi öğretmek ağrıyla baş etmesini kolaylaŐtıracaktır. Daha önce eğitim almamış gebe, gülüryüz, anlayış ve samimiyetle yaklaşıldığında ve doğru bilgilendirildiğinde, işbirliğine açık hale gelecektir.

Nefes Egzersizleri

Nefes egzersizleri kasılmalar üzerinde kadının kontrol sahibi olmasını sağlayan bir araç olarak kullanılır. Doğuma hazırlık eğitimi almamış gebelerde, latent fazda nefes egzersizleri öğretilebilir. Nefes teknikleri, gebenin doğum sırasında gevŐemesine yardım ederek ağrıyla baş etmesini kolaylaŐtırır, uterusa ve bebeğe giden oksijen miktarını artırır. Nefes egzersizlerinde önemli noktalar Őunlardır;

- Travayda nefes alıŐ veriŐi mümkün olduğunca kendi doğal ritminde olmalıdır. Her nefes alıp verme aynı zamanda bir gevşeme olarak düŐünölmelidir.
- Kasılmaların Şiddeti arttıkça, kadın gereksinimine göre nefes tekniği uygulamaya baŐlamalıdır. Kontrollö solunuma gerçekten gerek olmadıkça baŐlanmamalıdır.
- Doğum sırasında kadınlar hızlı, kuvvetli ve sesli nefes alma eğilimindedir. Bu nedenle gebe daha yavaş ve düzenli nefes almaya yönlendirilmelidir.
- Başlamadan önce bir objeye odaklanarak, nefes alıŐveriŐine yođunlaŐmak uygulamanın baŐarısını artırmaktadır.

Kasılmalara karşı verilecek ilk cevap, rahat ve derin nefes almak olmalıdır. Burundan derin ve rahat bir nefes alınarak ağızdan verilir. Nefes egzersizlerinde hedef, kasılmaların nefesle geçirilmesidir. Kasılmaların başında ve sonunda derin nefes alınır.

İlk düzey normal solunumdur. Latent fazın başında uygulanmaya başlanabilir. Burundan nefes alınıp, sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verilir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder.

İkinci düzey solunum aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kasılmalarla baş etmeye yardımcıdır. Her kasılmanın başında normal solunum yapılır. Sonra nefes burundan 5 sn’de alınır ve 5 sn’de ağız yoluyla dışarı üflenir.

İkinci Düzey Nefes Egzersizi

Burundan nefes al 2- 3-4-5-ağızdan nefes ver 2-3-4-5

Burundan nefes al 2- 3-4-5-ağızdan nefes ver 2-3-4-5

Burundan nefes al 2- 3-4-5-ağızdan nefes ver 2-3-4-5

Üçüncü düzey nefes tekniği sesli solunum olarak da bilinir. Servikal efasman ve dilatasyon 0-7 cm iken uygulanır. Kasılmanın başında 2 derin nefes uygulanır, kasılma geçene kadar normal yüzeysel göğüs solunumu yapılır. Yüzeysel göğüs solunumu için baş boğazdan hava geçişini sağlayacak şekilde arkaya doğru atılır, dil üst ön dişlerin altına yerleştirilir. Bu sayede nefes alışverişi sırasında ağzın kuruması önlenecektir. Sessizce h harfi çıkarılır (huh). Her nefes sırasında, alırken ve verirken “huh, huh, huh” şeklinde gebe için en uygun hızda nefes alınır. Bu solunum tipi köpek yavrusunun nefes nefese kalmasına benzetilebilir.

Eğer gebe egzersiz sırasında nefessiz kaldığını hissederse, yavaşlayıp, daha sessiz nefes alması gerekir. Kasılmanın yoğunluğu azalınca 2 derin nefes daha alınır. Kasılmalar sırasında, hızlı nefes alıp vermek, oksijen ve karbondioksit dengesinin bozulmasına neden olarak yorgunluk yaratır. Bu nedenle nefesin yavaş, kontrollü, ritmik, sessiz olmasına odaklanmak gerekir. Bu evrede gebe plates topu üzerine uzanmış olabilir, yastıkla desteklenmiş şekilde oturuyor ya da yan yatıyor olabilir. Kasılmalar arasında gebe uyursa rahatsız edilmemelidir.

Dördüncü düzey solunum tekniği doğum eyleminin geçiş aşamasında uygulanır. Bu aşamada servikal dilatasyon 7 cm’yi geçmiş, kasılmaların sıklığı ve yoğunluğu artmış, kontrol giderek zorlaşmıştır. Bir yandan nefes egzersizine odaklanma sağlanmaya çalışılırken, diğer taraftan kadına olumlu geribildirimler verilerek (harika gidiyorsun, çok

güzel vs.) cesaretlendirilmelidir. Ayrıca gebeye bu evrenin kısa süreceğini ve bebeğine kavuşmanın yakın olduğunu hatırlatmak motivasyonu sağlayacaktır.

Bu evrede iki yöntem uygulanabilir.

• **İlk yöntemde** kasılmanın başında bir derin solunum yapılır. Nefes alınır ve verilirken sanki avucumuzda bir tüy varmışta onu uçurmaya çalışıyormuş gibi kesik kesik 2 nefes verilir ve sonunda mum söndürüymüş gibi uzun bir nefes verilir. (huh-huh-huuuuuuuh) Bu şekilde kasılma geçene kadar devam edilir. Kasılmanın yoğunluğu azalınca derin nefes alınır.

Derin nefes al ver

2 tüy uçur, bir mum söndür huh- huh-huuuuuuuh

2 tüy uçur, bir mum söndür huh- huh-huuuuuuuh

2 tüy uçur, bir mum söndür huh- huh-huuuuuuuh

Kasılma geçince derin bir nefes al ver

• **İkinci yöntemde** kasılmanın başında bir derin nefes alınır. 4 yüzeysel nefes alınır. Sonraki nefeslerde, nefes verirken aşağıdaki gibi sayılır.

Nefes al, nefes verirken 1'e kadar say

Nefes al, nefes verirken 2'ye kadar say

Nefes al, nefes verirken 3'e kadar say

Nefes al, nefes verirken 4'e kadar say

Sonra yeniden yüzeysel bir nefes alınıp, zorlayıcı biçimde verilir. 4 yüzeysel nefes alınır. Kasılmanın yoğunluğu geçene kadar devam edilir. Sonu derin bir nefesle bitirilir.

Genellikle nefes tutulduğunda ağrı hissinin arttığı bilinmektedir. Korku hissettiğimizde doğal olarak nefesimizi tutarız. Omuzların gerilmesi, alnın kırılması ve çenenin sıkılması nefesin tutulduğunun göstergesidir. Gebede bu belirtiler fark edildiğinde, nazikçe omuzlara, yüze dokunularak buradaki kasların gevşemesi sağlanır ve gebe nefes vermesi için teşvik edilir.

Gebenin strese girmesi, kontrolünü kaybetmeye başlaması halinde stres nefesi uygulanabilir. Nefesinizi 1-2-3 sayarak 3 sn'de alın. 3 sn içerde tutup, 3 sn'de kesik ve kısa üfleterek verip, sonunu uzunca (akciğerlerdeki tüm havayı üflüyormuş gibi) ver (huh,huh, huh, huuuuuuuh).

Servikal açıklık ve dilatasyon tamamlandığında, travay müdahalesiz spontan biçimde ilerliyorsa kendiliğinden ıkınma hissi oluşacaktır. İkınma sırasında nefes kaçırarak

ıkınmak gerekir. Bunun için ıkınma sesi çıkarmak ya da tıslayarak ıkınmak gerekir. Aksi takdirde, rutin uygulamada olduğu gibi, kadından nefesini tutup, çenesini göğsüne dayayarak ıkınması istendiğinde gebenin karnı şişecek ve ıkınma etkisiz hale gelecektir.

Hayal Kurma / Dikkati Başka Yöne Çekme

Normal ya da aşırı duyuşal girdi yoluyla beyin sapının ağrı uyarılarının girişini baskılaması esasına dayanır. Odaklanma ve dikkat dağıtma ortamdaki gelen bir uyarı ile kadının dikkatini ağrıdan uzaklaştırma sürecidir. Koridorda yürümek, gezinmek, müzik dinlemek, televizyon seyretmek, dua etmek odaklanma sağlayacak ve gebenin dikkatini başka yöne çekecek etkinliklerdendir. Özellikle müzik dinlemenin, dikkati başka yöne çekmenin yanı sıra işitsel uyarı yoluyla ağrıyı doğrudan baskıladığı düşünülmektedir.

Çoğu kadın kasılmalar sırasında artık konuşamayacağı bir noktaya gelir. Bu aşamada odadaki bir nesneye, yakınının yüzüne veya gözlerine bakmak, odadaki bir çivi ya da tabloya odaklanmak suretiyle kadının konsantre olmasına yardım edilmelidir. Genellikle odaklanma sırasında solunum egzersizleri ve hayal kurma tekniğine de başvurulur. Kadının içinde bulunduğu duruma göre “doğum kanalında hareket eden, ilerleyen bebeğini düşün” gibi sözlerle kadının hayal kurmasına destek olabilir. Bu tip yönlendirmelerde, gebenin tepkisi önemlidir. Gebe bebeğin doğum kanalında ilerleyişini düşünmekten hoşlanmıyor hatta strese giriyorsa yöntemine bu telkine devam edilmemelidir.

Hayal kurma için sıklıkla iki yöntem kullanılır. Dalga örneği ve açılan çiçek örneği;

• **Dalga örneği:** Şimdi bir dalga geliyor. Gittikçe yaklaşıyor, yaklaşıyor. Şimdi bu dalganın üzerine çıktın. Buna konsantre ol. Dalganın üzerinde kalmaya devam et. Şimdi dalganın tepesi yaklaşıyor, şimdi senden geçmesine izin ver, seni geçiyor, nefes al ve tut, şimdi diğer taraftasın, dalga geçene kadar üzerinde kalmaya devam et, dalga gidiyor ve uzaklaşıyor.

• **Açılan çiçek örneği:** Pembe renkte, açılmaya hazır küçük bir gül gıncası hayal edin. Küçük pembe gül gıncası içerisindekini koruyacak kadar kapalı. Şimdi bu güzelliğın dünyaya gelmesinin tam zamanı. Sen de bu küçük gül gıncası gibi açılıyorsun. Yavaş ve nazikçe dışarıdaki taç yaprakların ayrılıyor, katlar açılıyor, sanki merkezinden yukarı doğru çekiliyorlar. Dünya pembe rengin saflığında. Gül, güzel ve narin kokusunu çevreye bırakıyor. Yavaş ve nazikçe diğer pembe taç yapraklar serbest kalıyor ve katlar açılıyor. İşte gerçek. Her geçen an sende biraz daha açılıyorsun.

Hayal kurma ve dikkat dağıtma yönteminde ebe'nin rolü büyüktür. Öncelikle ebe, kadının sosyokültürel düzeyine göre hangi yöntemi kullanacağına gebeyle birlikte karar vermelidir. Bazı kadınlar için dikkatin dağıtılmasında sevilen bir nesneye odaklanma, gevşeme egzersizi yapma ya da hayal kurma etkili olurken, dini inançları kuvvetli bazı kadınlar için dua etmeye yönlendirme kuvvetli bir odaklanma sağlayabilir, bazı kadınlar için ise sevdiği müziği dinlemek işe yarayacaktır.

Doğumda kadının odaklanmasını kolaylaştırmak için rahatlatıcı bir ortam sağlanması da önemlidir. Bunun için;

- Fazla ışık ve ses gibi rahatsız edici uyaranlar ortadan kaldırılmalıdır
- Telaşsız bir tavır sergilenmelidir
- Konuşurken sakin, yumuşak ve tatlı bir ses tonu kullanılmalıdır
- Gebenin mahremiyetine özen gösterilmelidir
- Gebede seste titreme, kaş çatma, yumruk sıkma, kol ve bacakların gerilmesi gibi gerginlik belirtileri fark edilmeli, bu belirtiler oluştuğunda gevşeme sağlayabilecek farklı yöntemler ya da olumlu geri bildirimler (harika gidiyorsun, çok iyisin vb.) verilerek gerginlik azaltılmaya çalışılmalıdır.

Dokunma ve Masaj

Pek çok kültürde yüzyıllardır kullanılan geleneksel bir tedavi yöntemi olan masaj, sağlık ve iyileşmeyi artırmak amacıyla vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik olarak uyarılmasıdır. Masaj, kas spazmını çözerek hipoksiyi azaltmakta, sinir sistemini uyararak endorfin ve serotonin salgılanmasına neden olmaktadır. Ayrıca kapı kontrol teorisinde, dokunma uyarısının kalın sinirlerle ve hızlı iletildiği hatırlandığında sinir iletimi kapısının dokunma uyararı ile dolması ve ağrı iletimine kapanması söz konusudur. Bu durumu otobana açılan bağlantı yolunda seyreden araçlara benzeterek düşünmek mümkündür. Hızlı giden büyük araçlar gişe geçişini dolduracağından, yavaş giden küçük araçlar geçiş olanağı bulamayacak ve daha az sayıda otobanda seyredecektir.

Literatürde masajın doğum ağrısıyla baş etmede etkinliğini gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır. Masaj doğumun tüm evrelerinde kullanılabilir. Özellikle aktif evrede eller, ayaklar, boyun, omuzlar, kalça yanları, tüm sırt, bel ve sakruma masaj yapılması çok etkilidir.

Masaj Teknikleri

a. Sakral Masaj:

Kasılmalar esnasında kadın, plates topuna yada yastıklara yaslanarak çömelmişken, sakral bölgeden başlayarak, parmakların dışıyla spinal kord hattı boyunca yanlara açılan “v”ler çizerek boyna kadar hafif vuruşlar yapmak, parmak uçlarıyla ovmak, her bir omurganın bağlantı noktasına ritmik şekilde hafif bası uygulamak, iki tenis topu aracılığıyla tüm sırtın “v”ler çizerek ovulması gebeyi rahatlatacaktır.

Eylem sırasında özellikle bel ağrısı sık karşılaşılan bir durumdur. Bebeğin oksiput posterior olduğu hallerde bel ağrısı daha şiddetli yaşanır. Tüm doğum boyunca uterus ile medulla spinalis arasındaki ağrı uyaranlarının geçiş bölgesi olan alt bel bölgesi masaja en çok ihtiyaç hisseden alandır. Bel masajı uygun bir pozisyonda ve nefes alma teknikleriyle beraber ritmik bir şekilde gerçekleştirilir. Bu masajda anne sandalyede ters oturur pozisyonda, ayakta, öne doğru diz çökme pozisyonunda veya yan yatar pozisyonda olabilir. Eğer anne yan yatar ya da oturur pozisyonda ise başın altına ve dizlerin arasına birer yastık yerleştirilir. Ellerin taban ya da yassı kısmı kullanılarak sakrum ve koksiks bölgesine kasılmalarla beraber masaj ve basınç uygulanır. Kasılma aralarında ise masaj durdurulur. Ayrıca bel ağrısını gidermek ve rahatlama sağlamak için sakral bölgeye parmakla, avuç içiyle ya da yumrukle bastırmak çok etkili bir yöntemdir.

Sakral masaj gebeye farklı pozisyonlarda ve farklı şekilde uygulanabilir.

- Gebe yan yatırılır. Başparmakla kuyruk sokumunda dairesel hareketler uygulanır.
- Kasılmalar sırasında kadının arkasından kalçaları iki yandan itilerek hatta bastırılarak sıkıştırılabilir. Ayrıca kalça yanlarına efloraj yapılması endorfin salınımını uyarmaktadır.





b. Omuz Masajı:

Her iki el ile omuzların üst kısmına boyuna ve aşağıya doğru masaj uygulanır. Omuzların orta kısmına bası uygulanır. Anne başını öne eğerek masaj yapılır. Birkaç kez efloraj ile tüm sırta masaj uygulanır.

c. Sırt masajı:

Bu teknikle anneye yan yatış pozisyonu verilir. Omuz çevresinde masaja devam edilir. Omuzdan kürek kemiğine kadar özellikle duyarlı bölgelere başparmaklar ile dairesel hareketler uygulanır.

EK-7. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)		
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
18.12.2018	23	2018/23-26
<p>Karar No: 2018/23-26 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 18.12.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Afşin Sağlık Yüksekokulunda Arş. Gör. Zeynep BAL'ın 23.03.2018 tarihinde 2018/7-2 Nolu karar sayısıyla etik onayı verilen "Travayda Primiplarlara Verilen Ebelik Desteğinin Doğum Sonu Posttravmatik Stres Bozukluğuna ve Doğum Korkusuna Etkisi" başlıklı çalışmasının "Travayda Primiplarlara Verilen Ebelik Desteğinin Doğum Sonu Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Doğum Korkusuna Etkisi" şeklinde değiştirilmesine; Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğı Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğı Yönergesi açısından değerlendirildiğinde isim değışikliğinin uygun olduğuna ve herhangi <u>bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliğı karar verilmiştir.</p>		
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi

EK- 8. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Araştırma İzin

Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/12/2017-E.30976



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92852811-771
Konu : Tez Çalışması

Dikdörtgen Biçimli Ekran Alıntısı
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 21/11/2017 tarihli ve E.28713 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zeynep BAL tarafından yapılması planlanan; "Travayda Primiparlara Verilen Ebelik Desteğinin Doğum Sonu Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Doğum Korkusuna Etkisi" konulu tez çalışmasının, 18.12.2017-30.04.2018 tarihleri arasında, Genel Sekreterliğimize bağlı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Doğumhane ve Lohusa Servislerinde ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Abdulvahap BOZTEPE
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol

Güvenli Elektronik İmza
Zatı ile Ayndır
15 Aralık 2017
Hüseyin ÖNLER
V.H.K.I.

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Faks No:4223245601

e-Posta:nesrin.kara2@sağlık.gov.tr İnt.Adresi: Malatya Kamu Hastaneleri Birliği
Eğitim Birimi N. KARA khsb44.egitim@sağlık.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e771de7f-6262-4970-b81b-2c89d251718e koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nesrin KARA

Unvan:EBE

Telefon No:4223245603 (2034)

EK-9. Araştırmacıya Ait Eğitici Sertifikası Örneği



EK- 10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu ‘Travayda Primiparlara Verilen Ebelik Desteğinin Posttravmatik Stres Bozukluğu Ve Doğum Korkusuna Etkisi’ adlı çalışma kapsamında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Bu form, araştırmaya dahil edilen gebelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi gibi), özellikleri (bebeğin cinsiyeti, doğum şekli, doğumundan itibaren geçen süre gibi), belirlemeyi amaçlayan sorulardan oluşmaktadır.

Anketlerde bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından son derece önemlidir. Bu nedenle sorulara doğru yanıtlar vermenizi rica ederiz. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. İsteddiğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Araştırma sırasında kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gizli kalacaktır. Elde edilen sonuçlar sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtları aldım.

Katılımcı

Yardımcı Araştırmacı

Sorumlu Araştırmacı

Ad- Soyadı:

Arş. Grv. Zeynep BAL

Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR

İmza:

İmza:

İmza: