

T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı

**DOĞUM KORKUSU YAŞAYAN GEBELERE VERİLEN
DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ VE KOLCABA'NIN
KONFOR KURAMINA GÖRE YAPILANDIRILMIŞ
HEMŞİRELİK BAKIMININ DOĞUM KORKUSU,
DENEYİMİ, SONUÇLARI VE KONFORUNA ETKİSİ**

Ayşegül UNUTKAN

Doktora Tezi

2018, ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı

**DOĞUM KORKUSU YAŞAYAN GEBELERE VERİLEN
DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ VE KOLCABA’NIN
KONFOR KURAMINA GÖRE YAPILANDIRILMIŞ
HEMŞİRELİK BAKIMININ DOĞUM KORKUSU,
DENEYİMİ, SONUÇLARI VE KONFORUNA ETKİSİ**

Ayşegül UNUTKAN

Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN

Bu çalışma ‘Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi’ Tarafından
Desteklenmiştir. (Proje No:2416)

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

2018, ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edi
28/05/2018

İmza

Tez Danışmanı :Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN
Akdeniz ¼niversitesi



¼ye :Prof. Dr. Kamile KABUKCUOğLU
Akdeniz ¼niversitesi



¼ye : Prof. Dr. Emine EFE
Akdeniz ¼niversitesi



¼ye :Doç. Dr. Funda ¼ZDEMİR
Ankara ¼niversitesi



¼ye :Doç. Dr. Pınar SERçEKUş AK
Pamukkale ¼niversitesi



Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.



Öğrenci

Ayşegül UNUTKAN



Tez Danışmanı

Doç.Dr. Hatice BALCI YANGIN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca akademik bilgisi ve hũmanistik yaklaşımı ile beni destekleyen kıymetli hocam ve danıőmanım **Doç.Dr. Hatice Balcı Yangın** başta olmak üzere,

tezimin őekillenmesinde ve olgunlaőmasında destek veren saygıdeğer hocalarım **Prof.Dr. Kamile Kabukcuoğlu** ve **Prof. Dr. Emine Efe'ye**,

doktora sũrecim boyunca her tũrlũ konuda hoőgũrũ ile yardımlarını aldığım **Akdeniz Őniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı oğretim elemanlarına**,

iőlerini nezaketle yapan **Akdeniz Őniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitũ'sũ çalıőanlarına**,

tez çalıőmamı yapabilmek için eşsiz bir eğitim ve gũnũlden desteklerini aldığım **Uzman Psikolog Neşe Karabekir** ve **Kadın Doğum Uzmanı Hakan oker'e**,

tez çalışmam sırasında desteğini aldığım Kũtahya Sağlık Yũksekokulu Mũdũrũ **Doç. Dr. Nadi Keskin'e**,

tezimin uygulama sũrecinde kolaylık gũsteren Dumlupınar Őniversitesi Tıp Fakũltesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi **doğum salonu çalıőanlarına**,

doktora eğitimim boyunca yardımını aldığım ve beni anlayıőla karőılayan çalışma arkadaőım **Arş.Gör.Emel Elem'e**,

Çalıőmama katılarak kendi doğumları için çaba sarfeden ve tez çalıőmamın var olmasına yardım eden **sevgili annelere**,

yaőamımın her aşamasında koőulsuz desteklerini aldığım ve bir parçası olmaktan gurur duyduğum **değerli aileme**,

son olarak sevgisini ve desteğini her daim uezũmde hissettiğim hayat yoldaőım **Ahmet Unutkan'a** sonsuz teőekkũrlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada doğum korkusu yaşayan gebelere verilen doğuma hazırlık eğitimi ve Kolcaba'nın konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının doğum korkusu, deneyimi, sonuçları ve konforuna etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma randomize kontrollü, tek kör ve deneysel bir araştırmadır. Araştırma 21 girişim, 25 kontrol olmak üzere 46 kadın ile yürütölmüştür. Girişim grubuna, doğuma hazırlık eğitimi ve doğumda Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımı verilmiştir. Kontrol grubuna ise gebelikte doğuma hazırlık eğitimi kitapçığı ve doğumda standart bakım verilmiştir. Araştırmanın verileri, Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği A ve B versiyonları, Konfor Davranışları Kontrol Listesi, Genel Konfor Ölçeği, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve non parametrik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Girişim grubunun eğitim sonrası doğum korkusu seviyeleri anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0.000$). Doğum şekli açısından gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Girişim grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere kıyasla doğumlarının latent ve aktif fazının daha kısa ($p=0.002$), ağrı skorlarının daha düşük ($p=0.000$), doğum konforlarının daha yüksek ($p=0.002$), yenidoğan APGAR skorlarının daha yüksek ($p=0.034$), doğumda uygulanan müdahale oranlarının daha düşük ($p=0.04$), doğum deneyimlerinin daha olumlu ($p=0.001$), anne bebek bağlanma düzeylerinin daha yüksek ($p=0.000$) ve postpartum emzirme özyeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.000$).

Sonuçlar: Doğum korkusu yaşayan primipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin ve Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının, doğum korkusunu azaltmada, doğum sonuçlarını iyileştirmede, doğumda ve doğum sonu dönemde konforu artırmada, olumlu doğum deneyimi geliştirmede, anne bebek bağlanma ve emzirme özyeterlilik düzeyini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Aralıksız doğum desteği, Doğuma hazırlık eğitimi, Doğum korkusu, Hemşirelik teorisi, Konfor kuramı.

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the effect of the birth preparation training given to pregnant women who have the fear of birth and the effect of nursing care developed according to Kolcaba's theory of comfort on the fear of birth, birth experience, outcomes and comfort.

Method: This research is a randomized controlled, single-blind and experimental study. The research was carried out with 46 women, including 21 in intervention group and 25 in control group. The intervention group received the birth preparation training, and a nursing care at birth developed according to Kolcaba's Theory of Comfort. The control group received the birth preparation training booklet and a standard care at birth. The data of the study were collected using the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Version A and B, the Comfort Behavior Checklist, the General Comfort Questionnaire, the Mother-to-Infant Bonding Scale, and the Postpartum Breastfeeding Self-efficacy Scale. Non-parametric tests were used in the analysis of the data.

Results: The level of fear of birth was found to be significantly low in the intervention group after the training ($p < 0.05$). There was no difference found between the groups in terms of the birth type. In the intervention group, the latent and active phases of birth were shorter ($p = 0.002$), the pain score was lower ($p = 0.000$), the birth comfort was higher ($p = 0.002$), the newborn APGAR score was higher ($p = 0.034$), the ratio of intervention applied at birth was lower ($p = 0.04$), the birth experience was more positive ($p = 0.001$), the mother-to-infant bonding level was higher ($p = 0.000$) and the level of postpartum breastfeeding self-efficacy was higher compared to the control group ($p = 0.000$).

Conclusion: It was found that the birth preparation training given to primiparous pregnant women who have the fear of birth and the nursing care developed according to Kolcaba's Theory are effective on reducing the fear of birth, improving the birth outcomes, increasing the comfort during birth and postpartum period, developing a positive birth experience and increasing the level of mother-to-infant bonding and breastfeeding self-efficacy.

Key words: Antenatal educations, Continuous labor support, Fear of childbirth, Kolcaba's comfort theory, Theory of nursing.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar	vii
ŞEKİLLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin tanımı ve önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Doğum Korkusu	3
2.1.1. Doğum Korkusunun Tanımı	3
2.1.2. Doğum Korkusunun Yaygınlığı	4
2.1.3. Doğum Korkusunun Nedenleri	4
2.1.4. Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler	5
2.1.5. Doğum Korkusunun Olumsuz Etkileri	7
2.1.6. Doğum Korkusunu Önlemeye Yönelik Girişimler	8
2.2. Doğuma Hazırlık Eğitimleri	9
2.2.1. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Gelişimi	10
2.2.2. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Etkinliği	11
2.3. Doğum Desteği	12
2.3.1. Doğum Desteğinin Gruplandırılması	14
2.4. Kolcaba'nın Konfor Teorisi	15
2.4.1. Teorik Kaynaklar	15
2.4.2. Kuramın Ana Kavramları	16
2.4.3. Kuramın Kullanıldığı Araştırmalar	18
2.5. Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı	19
2.5.1. Fiziksel Konfor	19

2.5.2. Psikospiritüel Konfor	24
2.5.3. Sosyokültürel Konfor	27
2.5.4. Çevresel Konfor	30
2.6. Doğum Desteğinde Hemşirenin Rolü	32
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Türü	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3. Araştırmanın Örnekleme	36
3.3.1. Örneklem Büyüklüğü	36
3.3.2. Güç ve Etki Büyüklüğü	36
3.3.3. Örneklemin Özellikleri	37
3.3.4. Randomizasyon	37
3.3.5. Körleme	37
3.3.6. Girişim ve Kontrol Gruplarının Homojenitesi	40
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	41
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	44
3.6. Araştırma Kapsamında Yapılan Uygulamalar	48
3.6.1. Ön Uygulama	48
3.6.2. Doğuma Hazırlık Eğitimi	48
3.6.3. Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı	50
3.6.4. Araştırmacının Tez Konusundaki Hazırlığı	53
3.7. Araştırma Verilerinin Analizi	53
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	54
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
3.10. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	55
3.11. Araştırmanın Değişkenleri	55
4. BULGULAR	
4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	57
4.2. Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin GeçerlilikGüvenilirliğine İlişkin Bulgular	59
4.2.1. Geçerliliğe İlişkin Bulgular	59
4.2.2. Güvenilirliğe İlişkin Bulgular	62
4.3. Doğuma Hazırlık Eğitimine İlişkin Bulgular	65
4.4. Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulgular	67

4.5.	Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulgular	72
5.	TARTIŞMA	
5.1.	Doğuma Hazırlık Eğitimi	77
5.2.	Doğum Sonuçları	78
5.3.	Doğum Sonu Dönem	83
6.	SONUÇ	88
7.	ÖNERİLER	89
8.	KAYNAKLAR	90
9.	EKLER	111
EK-1.	Tanıttıcı Bilgiler Formu	
EK-2.	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu	
EK-3.	Konfor Davranışları Kontrol Listesi	
EK-4.	Doğum Sonuçları Formu	
EK-5.	Genel Konfor Ölçeği	
EK-6.	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu	
EK-7.	Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği	
EK-8.	Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	
EK-9.	Doğuma Hazırlık Eğitimi Salonunun ve Eğitimlerin Fotoğrafları	
EK-10.	Doğuma Hazırlık Eğitimi İçeriğinin Oturumlara Göre Dağılımı	
EK-11.	Doğuma Hazırlık Eğitimi Kitapçığı	
EK-12.	Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Doula Eğitimi Sertifikası	
EK-13.	Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Taksonomik Yapısı	
EK-14.	Doğum Ağrısı İle Başetme Kursu Sertifikası	
EK-15.	Araştırmacının Tez Konusundaki Hazırlığı	
EK-16.	Etik Kurul Onayı	
EK-17.	Kütahya Halk Sağlığı Müdürlüğü Gebe Okulu Kullanım İzni	
EK-18.	DPÜ Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Araştırma İzni	
EK-19.	Doğum Korkusunu Taramaya Yönelik Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK-20.	Girişim Grubuna Yönelik Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK-21.	Kontrol Grubuna Yönelik Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK-22.	Konfor Davranışları Kontrol Listesi Kullanım İzni	
EK-23.	Wijma DEQ A ve B versiyonu kullanım İzni	
EK-24.	Genel Konfor Ölçeği Türkçe versiyonu Kullanım İzni	



TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
3.1. PostHoc Güç ve Etki Büyüklüğü Sonuçları	36
3.2. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri	40
3.3. Genel Konfor Ölçeğinin Boyutları ve Düzeyleri	43
3.4. Doğuma Hazırlık Eğitiminin Yapıldığı Tarihler ve Katılımcı Sayısı	49
4.1. Konfor Davranışları Kontrol Listesinin Uzman Görüşü Geçerlilik Puan Ortalamaları	60
4.2. Konfor Davranışları Kontrol Listesi Puan Ortalamalarının Doğumun Fazlarına Göre Karşılaştırılması	61
4.3. Konfor Davranışları Kontrol Listesinin Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı	62
4.4. Konfor Davranışları Kontrol Listesinin Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	63
4.5. Konfor Davranışları Kontrol Listesinin Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Katsayıları	64
4.6. Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	65
4.7. Gebelerin Doğum Korkusu Kategorilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	66
4.8. Gebelerin Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması	67
4.9. Gebelerin Doğum Sürelerinin ve Yenidoğana İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması	70
4.10. Doğum Konfor ve Ağrı Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	71
4.11. Gebelerin Doğum Sonu Konforuna İlişkin Bulguların Gruplara Göre Dağılımı	72
4.12. Gebelerin Doğum Deneyimlerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Dağılımı	73
4.13. Gebelerin Anne-Bebek Bağlanma ve Emzirme Özyeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması	74



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
3.1. CONSORT Şeması	39
3.2. Araştırmanın Veri Toplama Sürecine İlişkin Akış Şeması	47
3.3. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel (CTE) Şeması	56



SİMGELER ve KISALTMALAR

ABBÖ	: Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği
ACNM	: The American College of Nurse-Midwives
ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists
AWHONN	: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
CTE	: Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapı
CONSORT	: Consolidated Standarts of Reporting Trials
DPÜEÇEAH	: Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GKÖ	: Genel Konfor Ölçeği
KDKL	: Konfor Davranışları Kontrol Listesi
NICE	: The National Institute for Health and Care Excellence
PEÖÖ	: Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği
SMFM	: Society for Maternal-Fetal Medicine
SPSS	: Statistical Package for Social Science
W-DEQ A	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu
W-DEQ B	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B versiyonu

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum korkusu, son yıllarda birçok kadının muzdarip olduğu bir deneyimdir (Zar ve ark., 2001; Alessandra, 2013; Stoll ve ark., 2018; Molgora ve ark., 2018). Bu korkunun oluşmasına biyolojik, psikolojik ve sosyolojik birçok etken katkı sağlamaktadır (Ryding ve ark., 1998; Kitapçıoğlu ve ark., 2008; Wiklund ve ark., 2008; Şahin ve ark., 2009). Özellikle doğum deneyiminin sosyal paylaşımının yaygın olması ve travmatik deneyimlerin medya tarafından pekiştirilmesi doğum korkusunun oluşmasını körüklemektedir (Reiger ve Dempsey, 2006). Doğum korkusu nedeniyle salgılanan stres hormonlarının beden ve zihin üzerindeki etkileri sonucunda kadınlar; gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin birçok olumsuzluk yaşayabilmektedir. Bunların en başında artan sezaryen oranları gelmektedir (Wax ve ark., 2004; Wiklund ve ark., 2008; Kringeland ve ark., 2009; Nieminen ve ark., 2009). Ayrıca erken doğum, uzamış doğum eylemi, doğum eyleminde tıbbi müdahale ve analjezi gereksiniminin artması, doğum sonu anne-bebek etkileşiminin gecikmesi ve doğum sonu depresyon doğum korkusunun olumsuz sonuçları arasında yer almaktadır (Ryding ve ark., 1998; Rouhe ve ark., 2011; Storksen ve ark., 2012).

Doğum korkusunu ve olumsuz sonuçlarını önleyebilmek ve özyeterliliklerini artırabilmek için kadınların doğuma bedensel, zihinsel ve ruhsal olarak hazırlanmaları gerekmektedir (Bayram ve Şahin, 2010; Şahin ve ark., 2009; Salomonsson, ve ark., 2013). Doğuma hazırlık eğitimleri, kadınların doğuma ilişkin gelişebilecek risklerin farkında olmalarını, kararlarını korkudan uzak, fiziksel ve mental barış içinde almalarını ve doğumu yapabilmek için bireysel güçlerine güven duymalarını sağlamak için atılabilecek ilk adımdır (Mete, 2008; Bardacke, 2012; Mongan, 2013). Ancak, ileri düzeyde doğum korkusu yaşayan kadınlar için sadece doğuma hazırlık eğitimlerinin verilmesi yeterli değildir. Bu nedenle doğum korkusu yaşayan kadınların doğuma hazırlık eğitimi almalarının yanında doğum anında desteklenmeleri de gerekmektedir.

Doğum desteği, doğum yapan kadını cesaretlendirmeyi, birebir bakımı, bilgi paylaşımını ve non farmakolojik konfor önlemlerini (gevşeme, dokunma, masaj, soğuk/sıcak uygulama vb...) içeren ve doğum süresince kesintisiz verilen destek olarak tanımlanmaktadır (Scott ve ark., 1999; Morhason-Bello ve ark., 2009; Hodnett

ve ark., 2013). Doğum desteğinin doğum eylemine, anneye ve bebeğe birçok olumlu etkisi bulunmaktadır (AWHONN, 2013; Bohren ve ark., 2017). Doğum sürelerinin kısalması, doğumda analjezi ve müdahale gereksiniminin azalması, annenin doğum süresince kendisini rahat hissetmesi, doğum memnuniyetinin daha fazla olması, anne-bebek etkileşiminin erken başlaması ve anneliğe geçişin daha kolay olması bunlar arasında sayılabilir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004; Bruggemann ve ark., 2007; Kashanian ve ark., 2010; Hodnett ve ark., 2011; Bohren ve ark., 2017).

Literatürde doğum desteği çoğunlukla fiziksel, duygusal, savunma ve bilgi desteği olarak 4 kategoride incelenmiştir (Gale ve ark., 2001; Sauls, 2006; Adams ve Bianchi, 2008). Doğum desteğinin kuramsal bir temele dayandırılması, hemşirelerin doğumu destekleyici bakımdaki rollerinin daha iyi anlaşılması ve bu konudaki hemşirelik bilgisinin geliştirilmesi konusunda faydalı olabilir (Chen, 2001; Sauls, 2002). Bu araştırmada doğum desteği Konfor Kuram'ına göre yapılandırılmıştır. Bu, kurama göre yapılandırılan hemşirelik bakımı, doğum desteğine ilişkin kanıta dayalı bilgi ile uygulama arasında köprü kurulmasına böylelikle kadınların doğumda daha bilimsel ve profesyonel bir bakım almasına olanak sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, doğum korkusu yaşayan gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin ve Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının, doğum korkusu, deneyimi, sonuçları ve konforuna etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Girişim grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre;

H₁ Doğuma hazırlık eğitimi sonrası doğum korkusu düzeyleri daha düşüktür.

H₁ Doğum konforları daha yüksektir.

H₁ Doğum sonuçları daha olumludur (Doğum süresi daha kısa, müdahale daha az, yenidoğan 5. dk APGAR skoru daha yüksek).

H₁ Doğum deneyimleri daha olumludur.

H₁ Doğum sonu konfor düzeyleri daha yüksektir.

H₁ Anne-bebek bağlanma düzeyleri daha yüksektir.

H₁ Postpartum emzirme özyeterlilik düzeyleri daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Korkusu

2.1.1. Doğum Korkusunun Tanımı

Doğum korkusu (tokofobi); doğumdan önce, doğum sırasında ve sonrasında yaşanan doğuma ilişkin korku olarak ifade edilmektedir (Alessandra, 2013; Çiçek ve Mete, 2015; Nilsson ve ark., 2017; Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2017). Doğuma ilişkin kabul edilebilir seviyedeki korkular, kadının doğuma hazırlanmasını teşvik ederken korkunun patolojik seviyede olması tokofobi olarak adlandırılmaktadır (Alessandra, 2013; Molgora ve ark., 2018).

Tokofobi; primer, sekonder ve prenatal depresyon tokofobisi olarak üç gruba ayrılmaktadır (Kitapçioğlu ve ark., 2008; Alessandra, 2013; Uçar, 2015; Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2017). Primer tokofobi, gebe kalmamış kadınlarda görülen doğum korkusu olarak ifade edilmektedir (Alessandra, 2013). Bu korkuyu yaşayan kadınlar, gebe kalmaktan kaçınabilir hatta gebe kaldıklarında gebeliği sonlandırma ya da sezaryen isteğinde bulunabilirler (Alessandra, 2013; Uçar, 2015). Stoll ve ark. (2013) hiç doğum yapmamış ve gebe kalmamış 3680 öğrenci ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin çoğunluğunun gebe kaldığı takdirde doğum ağrısı nedeniyle epidural anestezi ile vajinal doğum ya da sezaryen doğum tercih edeceklerini saptamışlardır.

Sekonder tokofobi, travmatik bir obstetrik deneyim sonrası gelişen korkuyu tanımlamaktadır (Alessandra, 2013). İki ve daha fazla gebeliği olan kadınlar, geçmiş doğum deneyimleri olumsuz ve travmatik ise yaklaşan doğuma karşı korku duyabilmektedirler (Zar ve ark., 2001; Melender, 2002; Uçum ve ark., 2010). Storksén ve ark. (2012) 1357 kadın ile yaptıkları çalışmada, olumsuz doğum deneyimi ile doğum korkusu arasında ilişki olduğunu, eğer doğum komplikasyonu gelişmişse korkunun çok daha yüksek olabildiğini belirtmektedirler. Son olarak prenatal depresyon tokofobisi ise depresyon belirtisi olarak görülebilir. Bu durumda kadınlar doğuma ilişkin ciddi korkular ve kaçınma davranışları sergileyebilmektedirler (Alessandra, 2013; Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2017).

2.1.2. Doğum Korkusunun Yaygınlığı

Birçok kadın hafif ve orta düzeyde doğum korkusu yaşamaktadır. Şiddetli düzeyde doğum korkusu ise daha az görülmektedir ancak getirdiği sonuçlar açısından ciddi önem taşımaktadır (Zar ve ark., 2001; Serçekuş ve Okumuş, 2007; Wiklund ve ark., 2008; Hildingsson ve ark., 2017). Zar ve ark.'nın (2001) yaptığı çalışmada İsveç'te her 5 gebeden birinin doğum korkusu nedeniyle acı çektiği, %5'inin doğum korkusu nedeniyle ruhsal dengesizlik yaşadığı ve %2'sinin travmatik doğum deneyimine bağlı olarak psikolojik sorunlar yaşadığı belirtilmektedir. Poikkeus ve ark. (2006) kadınların %6-13'ünde ciddi doğum korkusu saptadıklarını ve kadınların bu korku ile baş edemediklerini bildirmektedirler. Waldenstrom ve ark. (2006) İsveç'te kadınların %10'unun doğum korkusundan muzdarip olduklarını, %3,6'sının ise ileri düzeyde doğum korkusu yaşadıklarını ifade etmektedirler. Fenwick ve ark. (2009) ise yaptıkları çalışmada, kadınların %26'sının düşük, %48'inin orta ve %26'sının yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadıklarını saptamışlardır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılanların %38,8'inin şiddetli korku ve %8,2'sinin klinik düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir (Bülbül ve ark., 2016).

2.1.3. Doğum Korkusunun Nedenleri

Doğum korkusunun nedenlerine bakıldığında literatürde bu konuda yapılmış birçok çalışma ile karşılaşmak mümkündür (Zar ve ark., 2001; Serçekuş ve Okumuş, 2007; Şahin ve ark., 2009; Alessandra, 2013; Demirsoy ve Aksu, 2015; Fenwick ve ark., 2015). Bu çalışmalar doğrultusunda, doğum korkusunun nedenleri bebeğe, kadının kendisine, doğum ortamı ve ekibine ilişkin nedenler olarak gruplandırılabilir. Kadının bebeğine ilişkin yaşadığı korkular arasında doğumda bebeğin zarar görmesi, kaybedilmesi, ölü doğması, herhangi bir yanlış davranışı ile bebeğin zarar görmesi ve bebeğin herhangi bir anomalisinin olmasıdır (Şahin ve ark., 2009; Alessandra, 2013; Uçar, 2015; Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2017). Kadınların kendilerine ilişkin endişelerinin başında ise ağrı çekmekten korkma gelmektedir (Saisto ve ark., 2003; Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2017). Serçekuş ve Okumuş (2007) yaptıkları nitel araştırmada doğum korkusuna neden olan en önemli faktörün doğumda ağrı çekmek olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca kadınlar doğumda, bedenlerinin kontrolünü kaybetmekten ve kötü davranmaktan (Alessandra, 2013), perineal yırtıklarla zarar görmekten ve epizyotomiden (Kwee ve ark., 2004), sezaryenden, kanama olmasından ve doğumda ölmekten korkmaktadırlar (Saisto ve ark., 2003). Sjogren (2000) doğum

korkusu yaşıyan 100 kadın ile yaptığı çalışmasında ise kadınların %65'inden fazlasının doğumdaki performanslarından ve yeteneklerinden endişe duyduklarını ifade etmektedir. Doğum ortamı ve ekibi ile ilgili korkulara bakıldığında ise kadınlar doğum ortamının yabancılığından, doğumda yalnız ve desteksiz kalmaktan ve doğumda bulunacak ekibin kötü davranmasından korkmaktadırlar (Melender, 2002; Saisto ve ark., 2003; Serçekuş ve Okumuş, 2007; Alessandra, 2013; Subaşı ve ark., 2013; Demirsoy ve Aksu, 2015; Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2017).

2.1.4. Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler

Doğum korkusunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Çiçek ve Mete (2015) bunları sosyo-demografik, obstetrik, psikososyal ve sosyo-kültürel faktörler olarak sınıflandırmışlardır. Bu sınıflamaya göre doğum korkusunu etkileyen sosyo-demografik faktörler; yaş, gelir durumu ve eğitim durumudur. Konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda yaş arttıkça doğum korkusunun arttığı (Nieminen ve ark., 2009; Büyükbayrak ve ark., 2010) ifade edilirken, bazı çalışmalarda genç yaştaki gebelerin (Saisto ve ark., 2003; Laursen ve ark., 2008; Gao ve ark., 2015) daha fazla korku yaşadığı ifade edilmektedir. Eğitim düzeyi düşük gebelerin, yüksek olanlara göre (Laursen ve ark., 2008; Gao ve ark., 2015) ve gelir seviyesi daha düşük olan gebelerin yüksek olanlara göre (Alessandra, 2013; Saisto ve ark., 2003; Laursen ve ark., 2008; Waldenstrom ve ark., 2006) daha fazla doğum korkusu yaşadıkları belirtilmektedir.

Doğum korkusunu etkileyen obstetrik faktörler arasında gebelik sayısı, gebelik haftası ve geçmiş obstetrik deneyimler yer almaktadır. Melender (2002), yaptığı nitel çalışmada, doğuma ilişkin korkuların nedenlerinin başında belirsizliğin olduğunu, bu nedenle ilk gebeliği olan kadınların daha önce doğum deneyimi yaşamaması nedeniyle korkularının belirsizlik üzerine temellendiğini belirlemiştir. Ayrıca iki ve daha fazla gebeliği olan kadınlar, geçmiş doğum deneyimleri olumsuz ve travmatik ise yaklaşan doğuma karşı korku duyabilmektedirler (Zar ve ark., 2001; Melender, 2002; Uçum ve ark., 2010; Storksen ve ark., 2012; Molgora ve ark., 2018). Storksen ve ark. (2013) daha önceki gebeliklerde yaşanmış olan aşırı kan kaybı, plasenta retansiyonu, tromboz, anal sfinkter yırtığı gibi komplikasyonlardan daha çok kadının bireysel olarak hissettiği olumsuz doğum tecrübesinin doğum korkusu ile bağlantılı olduğunu rapor etmişlerdir. Sadece doğum değil geçmişte yaşanmış travmatik obstetrik deneyimler de doğum korkusunu artırabilmektedir. Gao ve ark. (2015) abortus yaşamış olan

kadınların sonraki gebeliklerinde daha fazla korku yaşadıklarını raporlamışlardır. Doğuma ilişkin kaygılar ve doğum korkusu özellikle gebeliğin son üç ayında daha fazla görülmektedir (Kitapçioğlu ve ark., 2008; Üst ve ark., 2013). Buna karşın, Nieminen ve ark. (2009) doğum korkusunun gebeliğin son üç ayında olduğu gibi ilk üç ayında da görülebildiğini ifade etmektedirler.

Doğumu korkusunu etkileyen psiko-sosyal faktörler ise eş desteği, sosyal destek, özyeterlilik, benlik saygısı, geçmişte yaşanmış istismar deneyimi ya da travma sonrası anksiyete bozukluğu gibi etkenlerdir (Çiçek ve Mete, 2015). Sosyal desteği ve eş desteği yeterli olmayan kadınların doğumdan daha fazla korktukları saptanmıştır (Saisto ve ark., 2001; Laursen ve ark., 2008; Alessandra, 2013; Gao ve ark., 2015). Bunun yanında, kadınların anksiyete seviyelerinin yüksek olması (Gao ve ark., 2015), geçmişte cinsel istismara maruz kalmış olmaları (Alessandra, 2013; Lukasse ve ark., 2011) ya da travma sonrası stres bozukluğu yaşamaları (Fairbrother ve Woody, 2007; Soderquist ve ark., 2009) doğum korkusu için hazırlayıcı faktör olabilmektedir. Ayrıca, doğum korkusu yaşayan kadınların, doğumu yapabilecek bireysel güçlerine güven duymadıkları ve başarabileceklerine inançlarının olmadığı dolayısıyla kadınların benlik saygısının ve özyeterliliğinin düşük olmasının doğuma bakışlarını etkilediği görülmektedir (Lowe, 2000; Lukasse ve ark., 2011; Gao ve ark., 2015).

Son olarak, kadınların sosyo-kültürel özellikleri de doğum korkusunu etkileyen faktörler arasındadır. Gebelik ve doğum farklı toplumlarda, farklı anlamlar taşımaktadır (Çakır Koçak ve Sevil, 2016). Örneğin; kadınların doğum ağrısına bakışı toplumsal olarak değişmekte ve doğumda kadınların davranışları bu bakış açısına göre şekillenmektedir. Japon, Çin, Vietnam ve diğer Asya ülkelerinin kadınları için doğumda ağlamak ya da çığlık atmak utanç verici görülmektedir. Bu nedenle, bu kadınlar doğumu ağrılı fakat dayanılması gereken bir süreç olarak değerlendirmektedirler (Çakır Koçak ve Sevil, 2016). Kuğuoğlu ve Eti Arslan'ın (2006) aktardığına göre Latinler doğumda daha fazla bağırarak ve durumu daha fazla dramatize etmektedirler. Buna karşın İskandinavlar doğumda daha içe dönük ve ifadesiz davranmaktadırlar (Kuğuoğlu ve Eti Arslan, 2006). Ayrıca, doğuma ilişkin sosyal paylaşımlar ve medya toplumun doğum algısını değiştirebilmektedir. Olumsuz deneyimlerin kadınlar arasında yayılması ve medyanın doğumu 'ürkütücü, ağrı içeren ve çok riskli bir durum olarak' ifade etmesi o kültürdeki kadınların doğuma bakışını

olumsuz etkileyebilmektedir (Reiger ve Dempsey, 2006). Melender (2002) çevreden duyulan olumsuz doğum öykülerinin negatif doğum algısı oluşturarak doğum korkusuna neden olduğunu belirtmektedir. Öyle ki, doğum yapmamış kadınlar dahi doğumu korkunç ve ürkütücü olarak tanımlamaktadırlar (Lowe, 2000).

2.1.5. Doğum Korkusunun Olumsuz Etkileri

Doğum korkusunun, gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin birçok olumsuz sonucu bulunmaktadır. Gebelik döneminde aşırı gerginlik, dalgınlık, kabus görme, depresyon ve erken doğum gibi sonuçları olabilmektedir (Nieminen ve ark., 2009; Rouhe ve ark., 2011; Molgora ve ark., 2018). Bunların yanında, spontan vajinal doğumdan çeşitli nedenlerle korkan ve başarabileceğine inancı olmayan gebe kadınlar sezaryen doğumları tercih etmektedirler. Bu nedenle doğum korkusu son yıllarda sezaryen oranlarının yükselmesine katkı sağlayan önemli faktörlerden birisi haline gelmiştir (Wax ve ark., 2004; Wiklund ve ark., 2008; Kringeland ve ark., 2009; Nieminen ve ark., 2009; Nilsson ve ark., 2018). Sezaryen doğumlar son yıllarda Türkiye ve dünyada en sık gerçekleşen cerrahi girişimlerden birisi olmuştur (World Health Report, 2010; Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri, 2016). Sağlık Bakanlığı sağlık istatistiklerine göre 2016 yılında sezaryen doğumların oranı %53.1'dir. Artan sezaryen oranlarının en önemli nedeni doğum korkusudur (Wax ve ark., 2004; Wiklund ve ark., 2008; Kringeland ve ark., 2009; Nieminen ve ark., 2009). Aksoy ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, doğum korkusunun isteğe bağlı sezaryen oranlarını artırdığını bildirmektedirler (OR 4,22 %95,CI 2.91-6.11). Handelzalts ve ark. (2011) ise çalışmalarında, sezaryen doğum isteğini etkileyen tek psikolojik değişkenin doğum korkusu olduğunu ifade etmektedirler.

Doğum korkusunun doğuma ilişkin diğer olumsuz sonuçlarına baktığımızda ise ağrıya tahammülün azalması, analjezi gereksiniminin artması, etkisiz uterus kasılmaları, uzamış doğum eylemi, doğumda girişim oranlarının artması gibi sonuçlar karşımıza çıkmaktadır (Ryding ve ark., 1998; Saisto ve ark., 2001; Rouhe ve ark., 2011; Salomonsson ve ark., 2013; Nilsson ve ark., 2017). Korku anında salgılanan stres hormonları doğum eyleminde kadının daha gergin hissetmesine ve daha fazla ağrı duymasına neden olmaktadır. Bu stres ve gerginlik nedeniyle kadınlar için doğum, zorlu bir görev haline gelmekte ve kadınlar bu görevle başa çıkmak için kendi güçlerine güvenmemektedirler (Ryding ve ark., 1998; Salomonsson ve ark., 2013). Başka bir deyişle, doğum korkusu, kadınların baş etme yeteneklerini ve doğuma ilişkin

öz yeterliklerini olumsuz olarak etkilemektedir (Zar ve ark., 2001; Soet ve ark., 2003; Salomonsson ve ark., 2013).

Doğum sonu dönemde de bu deneyimlere bağlı olarak, doğum sonu anne-bebek etkileşiminin gecikmesi, emzirme problemleri, yenidoğana ilişkin problemler ve doğum sonrası depresyon gibi istenmeyen sonuçlar görülebilmektedir (Storksens ve ark., 2012; Nilsson ve ark., 2017). Rouhe ve ark. (2011) doğumdan sonra psikiyatrik bakım almanın en önemli iki hazırlayıcı faktöründen birisinin doğum korkusu olduğunu belirtmektedirler. Larsson ve arkadaşları (2015) ise doğum korkusunun doğumdan yaklaşık bir sene sonrasına kadar devam edebildiğini bildirmektedirler.

2.1.6. Doğum Korkusunu Önlemeye Yönelik Girişimler

Doğum korkusu uygun girişimlerle azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabilir (Serçekuş ve Okumuş, 2007). Bu korkuyu azaltmak için kadınlar gebeliği planladıkları andan doğum sonu döneme kadar desteklenmelidirler (Çiçek ve Mete, 2015). Öncelikle kadınların doğum korkusu seviyeleri, korkunun günlük yaşamlarını ne kadar etkilediği, korkunun nedenleri ve etkileyen faktörler belirlenmeli ve kadının duygularını ifade etmesine izin verilmelidir (Alessandra, 2013; Serçekuş ve Okumuş, 2007; Coşkuner ve ark., 2017). Kadınların anksiyetesi azaltılmalı, gebeliğe ve doğuma adaptasyonu sağlanmalıdır (Alessandra, 2013). Doğum korkusunu azaltmak için kullanılacak ilk strateji doğuma hazırlık eğitimleri ile kadının bilinçlendirilmesi ve doğum yapmaya ilişkin güçlerine güven duymasının sağlanmasıdır (Lowe, 2000; Salomonsson ve ark., 2013; Coşkuner ve ark., 2017; Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2017). Doğuma hazırlık eğitimleri, doğum korkusunu büyük ölçüde azaltmaktadır (İsbir ve ark., 2015; Serçekuş ve Mete, 2010). Bu nedenle, doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve her kadın için ulaşılabilir olması önemlidir (Serçekuş ve Okumuş, 2007). Ayrıca, bu eğitimlere eşin dahil edilmesi hem kadının sosyal desteğinin artmasına hemde ailenin geçiş sürecine uyumuna katkı sağlamaktadır (Alessandra, 2013). Ancak, doğum korkusu yüksek seviyede olan kadınların korkuları doğuma hazırlık eğitimi almalarına rağmen devam edebilmektedir, hatta bazen kadınların ihtiyacından fazlasını bilmesi doğum korkusunu artırabilmektedir (Melender, 2002; Hildingsson, 2012; Körükcü ve ark., 2017). Bu gibi eğitim ve danışmanlıkla doğum korkusunun azaltılamadığı durumlarda kadınların psikolog ya da psikiyatri uzmanına yönlendirilmeleri gerekir (Stoll ve ark., 2018). Örneğin; İsviçre’de doğum korkusu yaşayan kadınlar Aurora Kliniklerinde obstetrisyen, ebe,

psikolog, sosyal hizmet görevlisi ve psikiyatri içeren multidisipliner bir ekip tarafından desteklenmektedir. Antenatal klinikte takip edilen gebeler ebe ve doktorları tarafından bu kliniklere yönlendirilerek doğuma ilişkin korkularının olup olmadığının saptanmasını ve gerekli girişimlerin planlanmasını istemektedirler (Werner, 2004; Coşkuner ve ark., 2017). Doğru şekilde desteklenmeyen gebe çoğunlukla doğum şekline ilişkin karara katılmaktan kaçmakta ve kararı başkalarına veya hekime bırakmaktadır (Alessandra, 2013; Salomonsson ve ark., 2013). Bu nedenle doğum korkusu yaşayan kadınların multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi ve ihtiyaçlarına göre desteklenmesi, doğum korkusunu ve buna bağlı olumsuzlukları azaltmak için fayda sağlayacaktır. Gebelik döneminde doğum korkusunun azaltılması çok önemlidir ancak doğum korkusu doğum anında yalnız ve desteksiz kalma kaynaklı da olabilmektedir. Bu nedenle bu kadınların doğum anında da desteklenmeleri gereklidir.

2.2. Doğuma Hazırlık Eğitimleri

Kadayıfçı ve Coşar'ın (2013) belirttiğine göre Michel Odent, kadınların içgüdüsel olarak doğumu nasıl gerçekleştireceklerini bildiklerini ve bir başkasının onu bu konuda eğitmesine gerek olmadığını savunmaktadır. Ancak, modern dünya ve gelişen teknoloji ile doğum tehlikeli bir süreç olarak görülmeye başlanmış ve bakım olası en kötü durumdan korunma üzerine odaklanmaya başlamıştır (Rathfisch, 2012). Bu anlayıştan etkilenen kadınlar doğumda bedenleri ve bebekleri ile ilgili sorumluluklarından vazgeçip kontrolü sağlık profesyonellerine bırakmakta (Rathfisch, 2012) ya da isteğe bağlı sezaryeni tercih etmektedirler (Salomonsson ve ark., 2013). Bu nedenle günümüzde kadınların doğuma ilişkin farkındalıklarını artırmak ve doğuma bilinçli bir şekilde hazırlanmalarını sağlamak önem kazanmıştır (Humenick, 2004; Kadayıfçı ve Coşar, 2013).

Doğuma hazırlık eğitimleri, kadın ve ailesini gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere fiziksel, psikolojik ve ruhsal açıdan hazırlamaktadır (Şeker ve Sevil, 2015). Bu eğitimlerde doğum eylemi, doğum ağrılarıyla baş etme, doğum pozisyonları, doğumda destek, olası girişimler, solunum, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlatma teknikleri gibi konular anlatılarak gebe kadın ve eşi doğuma hazırlanmaktadır (Coşar ve Demirci, 2012; Altuntuğ ve ark., 2015). Burada amaç, kadının ve eşinin doğuma ilişkin farkındalığını artırarak bilgi eksikliğinden ve yanlış sosyal öğrenmelerden doğan kaygılarını azaltmak, kadının kendi bedenine ve doğum yapmaya ilişkin var

olan güçlerine güven geliştirmesini sağlamak ve kendi doğumları ile ilgili sorumluluk almalarını sağlamaktır (Humenick, 2004; Bayram ve Şahin, 2010; Lamaze International's Childbirth Education Roundtable Report, 2015). Stoll ve Hall (2012) yaptıkları çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlarda normal doğum oranının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Aynı çalışmada eğitim alan kadınların doğum korkusunun azaldığı ve doğum yapabileceklerine ilişkin kendilerine olan güvenlerinin arttığı belirtilmektedir.

2.2.1. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Gelişimi

Şeker ve Sevil'in (2015) belirttiğine göre İngiliz Hekim Dick Read, 1900'lü yılların başında kadınların ilk prenatal ziyaretten doğuma kadar eğitilmesini desteklemiş ve doğuma hazırlık eğitimlerinin temellerini atmıştır. Ardından tüm dünyada yıllar içerisinde farklı metot ve felsefelerle doğuma hazırlık eğitimlerine ilgi giderek artmıştır (Buran, 2015). Doğuma hazırlık eğitimlerinin popüler hale gelmesinde Lamaze ve Bradley felsefeleri etkili olmuştur (Kadayıfçı ve Coşar, 2013). Ancak, Serçekuş ve Yenal'ın belirttiğine göre Lamaze ve Bradley'in ardından Leboyer, Kitzinger, Hipnobirthing, England ve farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitimleri geliştirilmiştir. Halen, dünyanın birçok ülkesinde sağlık kurumları bünyesinde ve özel kuruluşlarda doğuma hazırlık eğitimleri yürütülmektedir (Serçekuş ve Yenal, 2015).

Türkiye'de ise doğuma hazırlık eğitimlerinin başlangıcı 1980'li yıllarda Oktay Kadayıfçı'nın önderliğinde Lamaze yöntemi benimsenerek yapılmıştır (Kadayıfçı ve Coşar, 2013). Ardından yıllar içerisinde giderek yaygınlaşmış ve özellikle son on yılda büyük ilerleme kaydetmiştir (Serçekuş ve Yenal, 2015). Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında "Gebe Bilgilendirme Sınıfları" genelgesini yayınlayarak her ilde doğuma hazırlık sınıflarının oluşturulmasını istemiştir (Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi, 2014). Son yıllarda bu eğitimlerin etkinliğini değerlendiren çalışmaların sayısı da giderek artmaktadır (Şeker ve Sevil, 2015; Serçekuş ve Başkale, 2016; Karabulut ve ark., 2016; Mete ve ark., 2017).

2.2.2. Doğuma Hazırlık Eğitimlerinin Etkinliği

Doğuma hazırlık eğitimlerinin etkinliğini değerlendirmek ve karşılaştırmak oldukça güçtür. Çünkü doğuma hazırlık eğitimleri, amaçları, içerikleri ve uyguladıkları eğitim yöntemlerine göre çeşitlilik göstermektedir (Mete, 2008). Yapılan doğuma hazırlık eğitimlerinin standardizasyonu bulunmamaktadır. Bazı eğitimler sadece teorik bilgi aktarımından oluşurken, bazıları birçok doğuma hazırlık felsefesinin harmanlanmasından oluşmaktadır (Bayram ve Şahin, 2010; Buran, 2015; Okumuş ve ark., 2015). Eğitimdeki farklılıklar hem ailelerin seçim yapmasında karmaşaya hem de sonuçlarda farklılıklara neden olabilmektedir (Buran, 2015). Ancak, yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık eğitimlerinde farklı felsefeler ve yöntemler uygulanmasına rağmen, çoğunlukla olumlu sonuçlar alındığı belirlenmiştir (Fisher ve ark., 2012; Subaşı ve ark., 2013; Navea ve Abedian, 2015).

Fisher ve ark. (2012) yaptıkları nitel çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların doğumda kendilerini güçlü hissettiklerini, planladıkları durumlar geliştiğinde dahi kontrollerini kaybetmediklerini ve doğumlarından memnun olduklarını belirlemişlerdir. Subaşı ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada kadınlara gebeliklerinin son üç ayında verilen doğuma hazırlık eğitiminin, doğum korkusunu ve doğuma ilişkin olumsuz düşünceleri azaltmada etkili olduğunu saptamışlardır. Buna ek olarak, doğuma hazırlanmanın olumlu anneliği de beraberinde getirdiği belirtilmektedir (Salmela-Aro ve ark., 2011). Navea ve Abedian (2015) doğum korkusunu azaltmak için rol play tekniği ile yaptıkları eğitimin normal eğitim yöntemine oranla sezaryen oranlarını azaltmada 5 kat daha etkili olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde, standart bakım alan kadınlara göre korkuları ve endişeleri hakkında açıkça soru sormasına fırsat tanınan kadınların, doğum korkularının ciddi ölçüde azaldığı ve kendilerine olan güvenlerinin arttığı bulunmuştur (Toohill ve ark., 2014).

Doğuma hazırlık eğitimlerine katılan kadınlar ve eşleri sadece doğumun fiziksel ve duygusal bileşenlerine hazırlanmaz, aynı zamanda eğitilmiş birer sağlık bakım alıcısı haline gelebilirler. Kadınlar ve eşleri bilgi ile donandıklarında kendi savunuculuklarını yapabilecek duruma gelirler ve doğum sürecindeki kararlarda aktif rol alabilirler (Lamaze International's Childbirth Education Roundtable Report, 2015). Doğuma hazırlık eğitimleri, doğum korkusu yaşayan kadınların doğum hakkında farkındalıklarının ve özyeterliliklerinin artırılması açısından oldukça faydalıdır

(Salomonsson ve ark., 2013; Serçekuş ve Başkale, 2016). Ancak, bu kadınların gebelikte desteklendiği gibi doğum anında da desteklenmeleri olumlu doğum deneyimi edinmeleri için gereklidir.

2.3. Doğum Desteği

Geçmişte doğumlar başka kadınların desteği ile olumlu bir şekilde yaşanabiliyor iken doğumların hastaneye taşınması ile birlikte kadınlar doğum odalarında yalnızlaşmışlardır (Rathfisch, 2012). Bunun sonucunda, tanımadıkları insanların arasında bilmedikleri bir ortamda doğum yapmak, kadınların doğuma ilişkin güçlerini kullanmalarının önüne geçmiştir. Doğum kadınlar için başarılması güç bir görev haline gelmiştir (Lowe, 2000). Bu durum kadınların doğuma korku ve endişe ile yaklaşmalarına neden olmuştur. Günümüzde profesyonel doğum desteği ile kadınların içlerinde var olan güçleri kullanmalarının önemi gündeme gelmiştir (Chen ve ark., 2001).

Doğum desteği, doğum yapan kadını cesaretlendirmeyi, bire bir bakımı, bilgi paylaşımını ve non farmakolojik konfor önlemlerini (Gevşeme, dokunma, masaj, soğuk/sıcak uygulama vb...) içeren ve doğum süresince kesintisiz olarak verilen destek olarak tanımlanmaktadır (Scott ve ark., 1999; Morhason-Bello ve ark., 2009; Hodnett ve ark., 2011; Hodnett ve ark., 2013; Sapkota ve ark., 2013; Faith ve ark., 2017; Bohren ve ark., 2017). Doğum sırasında verilen destek, her boyutu ile bakımın önemli bir kısmını oluşturur ve doğumda bulunan hemşirenin önemli sorumluluklarından birisidir. Hemşirelerin doğumda sağlayacağı sürekli destekle, kadınlar doğum eyleminde bireysel güçlerini daha fazla kullanabilmekte ve doğumlarına daha aktif katılabilmektedirler (Hodnett ve ark., 2013).

Kadınlar, doğum süresince tanıdıkları ve güven duydukları birinin varlığına ihtiyaç duymaktadır. Sakinleştirici ve özenli bir bakım kadının doğumda korku yaşamasının önüne geçebilmektedir (Gale ve ark., 2001; Hottenstein, 2005). Bu desteğin amaçları: doğum yapan kadına aktif olarak yardım etmek, emosyonel gereksinimlerini karşılamak, konforunu artırmak, doğum sonuçlarının iyileşmesine katkı sağlamak, kadının benlik saygısını artırmak, doğum deneyiminin olumlu olmasını sağlamak ve anneliğe geçişi kolaylaştırmaktadır (Miltner, 2002; Sleutel, 2003; Adams ve Bianchi, 2008).

Doğum desteğinin doğum eylemine, anneye ve bebeğe birçok olumlu etkisi bulunmaktadır (AWHONN, 2013; Bohren ve ark., 2017). Doğuma ilişkin etkilerine baktığımızda; doğum süresinin kısaldığı, sezaryen doğum oranlarının, doğumda analjezi ve girişim gereksiniminin azaldığı yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (Hodnett ve ark., 2011; Kashanian ve ark., 2010). Hodnett ve ark.'nın 2013 yılında 15,228 kadınla yaptıkları metaanaliz çalışmasında doğum sırasında aralıksız destek alan kadınların spontan vajinal doğum oranlarının daha fazla (RR 1.08, 95% CI 1.04-1.12), doğum sırasında analjezi gereksinimlerinin daha az (RR 0.90, 95% CI 0.84 to 0.96), doğum sürelerinin daha kısa (MD -0.58 saat, 95% CI 0.85-0.31), sezaryen oranlarının (RR 0.78, 95%CI 0.67-0.91) ve girişimli vajinal doğum oranlarının daha az (RR 0.90, 95% CI 0.85-0.96) olduğu bildirilmektedir.

Doğum desteğinin anne sağlığı açısından faydaları ise kadının doğum süresinde kendisini rahat hissetmesi, doğum deneyiminden daha memnun olması, kendisini daha az yorgun hissetmesi, anne-bebek etkileşiminin erken başlaması, anneliğe geçişin daha kolay olması, annenin benlik saygısının daha yüksek olması, postpartum süreçte annelik hüznü ve depresyonunun daha az görülmesidir (Bruggemann ve ark., 2007; Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004; Bohren ve ark., 2017). Morhason-Bello ve ark. (2009)'nın doğumda verilen psikososyal desteğin etkinliğini değerlendirdikleri randomize kontrollü çalışmada girişim grubunda yer alan kadınların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek (OR 3.3 95% CI 2.15-5.04) olduğu saptanmıştır.

Yenidoğan sağlığı açısından bakıldığında ise doğum desteği, yenidoğanın 5.dk APGAR skorunun daha yüksek olması, erken anne-bebek bağlanmasının sağlanması, yoğun bakıma alınma ihtimalinin azalması gibi faydalar sağlamaktadır (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004). Campbell ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada, doğumda doula tarafından desteklenen kadınların doğum sürelerinin daha kısa, yenidoğanın 1. ve 5. dakika APGAR skorlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bildirilmektedir.

Yapılan araştırmaların sonuçlarından anlaşıldığı üzere; doğum eyleminde kadına sağlanacak olan profesyonel bir destek doğum sonuçlarının iyileştirilmesinde çok önemlidir (Morhason-Bello ve ark., 2009; Hodnett ve ark., 2011; Yuenyong ve ark., 2012; Hodnett ve ark., 2013; Bohren ve ark., 2017). Bu profesyonel destek, ebe, hemşire ve doulalar tarafından verilebilir. Bunların yanında eş, akraba ve arkadaş

tarafından ise profesyonel olmayan doğum desteği verebilir (Adams ve Bianchi, 2008). Ebe, hemşire ya da doula hangi destekçi olursa olsun aralıksız verilen doğum desteğinin doğum süresini kısaltmada, spontan vajinal doğumları artırmada, intrapartum analjezi gereksinimini azaltmada ve pozitif doğum deneyimi edinmede yararlı olduğu rapor edilmiştir (Hodnett ve ark., 2011). Bunun yanında doğum desteği, hastane personeli olmayan kişiler tarafından sağlandığında dahi yarar gözlendiği bildirilmektedir (Kashanian ve ark., 2010). Ancak, doğum desteğinin hemşire ve ebe tarafından verilmesi doğuma ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları nedeniyle kadınlar tarafından daha anlamlı bulunmaktadır (Price ve ark., 2007).

2.3.1. Doğum Desteğinin Gruplandırılması

İlgili literatür incelendiğinde, doğum desteğinin farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir (Gale ve ark., 2001; Sauls, 2006; Adams ve Bianchi, 2008; Hodnett, 2011; Uludağ ve Mete, 2014). Çalışmaların çoğunluğu dört kategori üzerinde durmuştur. Bunlar; fiziksel, duygusal, bilgilendirme ve savunma desteğidir (Gale ve ark., 2001; Sauls, 2006; Adams ve Bianchi, 2008; Uludağ ve Mete, 2014). Hodnett ve ark. (2011) ise doğum desteğini, duygusal destek, rahatlık önlemleri, bilgi/tavsiye, savunma ve eşi destekleme olmak üzere 5 kategoriye ayırmaktadır. Doğum desteğinde temel hedef, destekleyici hemşirelik girişimleri ile doğum süresince kadının rahatlığını sağlamaktır (Adams ve Bianchi, 2008). Rahatlık, doğumdan itibaren aranan ve yaşamımız boyunca ulaşılmak istenen temel bir insan gereksinimidir. Hemşirelik bakımında ise uygulanan girişimlerin hedeflenen bir sonucudur (Kolcaba, 1991). Bu nedenle rahatlık gereksinimi ve rahatlamanın önemi hemşirelik kuramcıları tarafından ele alınmıştır (Kolcaba, 1991; Dowd, 2006). Bu konuda en kapsamlı analizi Katharine Kolcaba (2001) yapmış ve çalışmalarının sonucunda 'Konfor Kuramı'nı geliştirmiştir. Doğum desteğinin kuramsal bir temele dayandırılmasının, bakımın daha sistematik sunulmasına fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada doğum desteği Kolcaba'nın Konfor Kuramı'nın boyutlarına göre yapılandırılmıştır. Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılan doğum desteği, Kolcaba'nın tanımladığı fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel konfor olmak üzere 4 boyutta hissedilen gereksinimler ve bunlara yönelik yapılabilecek destekleyici uygulamaları içermektedir.

2.4. Kolcaba'nın Konfor Teorisi

2.4.1. Teorik Kaynaklar

Kolcaba, Konfor Kuramı'nın taksonomik yapısını 1988 yılında oluşturmuştur (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003). Kolcaba, kuramının yapısını oluştururken dört felsefi bakış açısından etkilenmiştir. Bu farklı bakış açılarını kuramında ilişkilendirerek Konfor Kuramı'nı ve alt basamaklarını geliştirmiştir. Kuramsal yapının çatısı holizm kavramından oluşmaktadır ve insan gereksinimleri onu izlemektedir. Kolcaba, kendi kuramının insan gereksinimleri kavramını geliştirirken, Henderson'un 'Temel İnsan Gereksinimleri' kuramından faydalanmıştır (Dowd, 2006; Pektekin, 2013). Kolcaba, temel insan gereksinimleri karşılandığında ve dengeye ulaştığında bireyin konforunun rahatlatma aşamasında olacağını belirtmektedir (Kolcaba 1991; Yücel, 2011).

Kolcaba, kuramının üçüncü basamağını oluştururken ise Murray'ın İnsanda Baskı Kuramı'ndan yararlanmıştır. İnsanda baskı kuramına göre, insanda baskı oluşturan uyaranlar alfa ve beta baskıları olarak ikiye ayrılmaktadır. Alfa baskısı, negatif güçler (zorlayıcı), pozitif güçler (kolaylaştırıcı) ve etkileşim içinde olan güçler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Negatif güçleri, bireyin karşılanmamış sağlık bakım gereksinimleri oluşturmaktadır. Kolcaba, pozitif güçleri hemşirelik girişimleri olarak tanımlamıştır. Etkileyen güçleri ise bireyin durumuna müdahale eden değişkenler (yaş, emosyonel durum, çevre vb.) oluşturmaktadır. Beta baskısı ise alfa baskısında yer alan güçlerin birey tarafından algılanmasını ifade etmektedir. Murray'ın kuramı stresli bakım ortamlarında bulunma nedeniyle baskı oluşturan uyaranlara maruz kalan bireylere uygulanabilmektedir (Kolcaba, 2001; Kolcaba, 2003; Yücel, 2011).

Kolcaba, kuramının son aşamasını oluştururken ise Orlando ve Paterson gibi teorisyenlerin kuramlarından faydalanmıştır (Kolcaba, 2003). Orlando'nun "Etkileşim Kuramı"nda hasta, gereksinimleri olan ve bunlar karşılanmadığı takdirde sıkıntı yaşayan birey, hemşire ise hastaların gereksinimlerini değerlendirerek yaşadıkları sıkıntıları giderebilecek kişi olarak tanımlanmaktadır. Kolcaba, Orlando'nun hasta ve hemşire tanımlarından yola çıkarak, bireyin gereksinimleri karşılandığında yaşayacağı ilk duygunun, sıkıntıdan kurtulma (ferahlama) olduğunu fark etmiş ve ferahlamayı konforun ilk boyutu olarak belirlemiştir (Kolcaba 1991; Dowd, 2006). Kolcaba konfor kavramını oluştururken ise Paterson (1976-1988)'dan etkilenmiştir. Paterson'a göre konfor, hemşireliğin doğası ile etkileşimde olan bir yapıdır. Paterson, konforu bir

şemsiyeye benzetmektedir ve bu şemsiyenin büyüme, sağlık ve özgürlük gibi kavramları altında barındırdığını ifade etmektedir. Bunun yanında, Orlando'ya göre konfor, fiziksel bir durum değil mental bir durumdur (Kolcaba, 1991; Yücel, 2011).

2.4.2. Kuramın Ana Kavramları

Holizm (Bütünlük) Kavramı: “Holizm” kavramına göre, birey emosyonel, spiritüel ve mental yaşantılarının fiziksel yapısı ile iç içe olduğu bir bütündür. Kolcaba, bireylerin yaşamı boyunca, sosyal ve çevresel ekolojilerinden doğan etkileri algıladığını ve bu etkilerin sonucunda içe ve dışa yönelik tepkiler oluşturduğunu ifade etmektedir (Kolcaba, 2003; Dowd, 2006; Yücel, 2011).

İnsan Gereksinimleri: Konfor kuramında sağlık bakım gereksinimleri, konfor gereksinimleri olarak tanımlanmıştır. Kolcaba, bu konfor gereksinimlerini, fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel olarak 4 boyuta ayırmaktadır (Kolcaba, 2003; Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Yücel, 2011).

Fiziksel konfor: Bireyin fiziksel durumunu etkileyen gereksinimleri ifade etmektedir. Örneğin; uyku ve dinlenme, hastalığa karşı verilen fizyolojik cevaplar, beslenme, eliminasyon gibi fizyolojik faktörler bu boyutta yer almaktadır. Fiziksel konforun azalmasına neden olan en önemli faktörlerden biri ağrıdır. Bunun yanında fiziksel konforun diğer göstergeleri arasında sıvı elektrolit dengesi, normal solunumun sürdürülmesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası ve yeterli oksijen saturasyonu gibi göstergeler sayılabilir (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

Psikospiritüel konfor: Akılsal, ruhsal ve manevi bileşenler psikospiritüel konfor gereksinimlerinde yer almaktadır. Öz saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma gibi bireyin yaşamına anlam veren duyguları içermektedir (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Arslan ve Konuk, 2009). Psikospiritüel konfor gereksinimleri, giderilmesi hemen mümkün olmayan ve karşılanması için zamana ihtiyaç olan gereksinimlerdir.

Sosyokültürel konfor: Bu boyutta karşılanması gereken gereksinimler ise bilgi ve danışmanlık verme, bakımın bireyin kültürel geleneklerine ve alışkanlıklarına duyarlı olması, dini inançlar, finansal destek sistemlerinden yararlanabilme, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması, taburculuk eğitimi ve evde bakımın sürdürülmesidir. Sosyokültürel konforu azaltan etkenler ise kültürel geleneklerin

önemsenmemesi ve uygulanmaması, aileden ayrılma, özensiz bakım, bakım kalitesinin kötü olması, bakımın kesintiye uğraması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörlerdir (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

Çevresel konfor: Kolcaba tarafından çevresel konforun, hastaneye yatırılan bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını destekleyen öncelikli boyut olduğu belirtilmektedir. Çevresel konfor kapsamında aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, güvenilir çevre, pencereden görülen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır. Soğuk ortam, gürültülü sesler, kargaşa, kaos, çok parlak ışık, kötü kokular, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklar çevresel konforu azaltan durumlardır (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Arslan ve Konuk, 2009).

İnsanda Baskı: Kolcaba, Konfor Kuramı'nda alfa baskısını oluşturan negatif güçleri sağlık bakımı gereksinimleri, pozitif güçleri hemşirelik girişimleri olarak tanımlamaktadır. Etkileyen güçleri ise müdahale eden değişkenler olarak ifade etmektedir. Beta baskısını ise bireyin, sağlık bakım gereksinimlerini ve konforunu sağlamaya yönelik hemşirelik girişimlerini algılayış biçimi olarak tanımlamaktadır (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001; Kolcaba, 2003).

Konfor Kavramı: Kolcaba, konfor kavramını, “*bireyin gereksinimleri ile ilgili ferahlama, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen sonuç*” olarak tanımlamaktadır. Bunun yanında Kolcaba, hasta konforunun ve konfor bakımının, karmaşık, bireysel ve bütüncül bir konu olduğunu vurgulamaktadır (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003). Kolcaba, bireysel konfor gereksinimlerinin karşılanma yoğunluğuna göre konfor düzeylerini “ferahlama”, “rahatlama” ve “üstünlük” olarak belirlemiştir (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

Ferahlama: Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durum olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; ağrısı geçen hasta ferahlama yaşar (Kolcaba, 1991). Birey özel bir gereksiniminin karşılanması sonucu ferahlama yaşar (Kolcaba,1991; Yücel, 2011).

Rahatlama: Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Hastanın rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumudur (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

Üstünlük: Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmaktadır. Konfora yönelik gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir (Kolcaba 1991; Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Yücel, 2011).

Sağlığı Arama Davranışları (Health Seeking Behaviours): Kolcaba, sağlığı aramaya yönelik davranışlar ile konfor arasında karşılıklı ilişkinin var olduğunu ve konforun sağlığı aramaya yönelik davranışları arttırdığını ifade etmektedir (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001; Yücel, 2011).

2.4.3. Kuramın Kullanıldığı Araştırmalar

Kolcaba'nın Konfor Kuramı, perianestezi (Kolcaba ve Wilson, 2002; Wilson ve Kolcaba, 2004), ürojinekoloji (Dowd ve ark., 2002), onkoloji (Bortolusso ve ark., 2007), kardiyoloji (Krinsky ve ark., 2014), psikiyatri (Luis ve ark., 2009) ve yaşam sonuna ilişkin (Novak ve ark., 2001) çalışmalarda kullanılmış ve konforu artırmada etkili olduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'de ise çeşitli hemşirelik alanlarında kullanılmıştır. Karabacak'ın (2004) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada konforu destekleyici hemşirelik bakımının anksiyeteyi azalttığı ve radyoterapiye uyumu artırdığı bildirilmektedir. Pınar ve ark. (2009)'nın annelerin doğum sonu konforunu ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için 150 kadın ile yaptıkları çalışmada ise annelerin memnuniyetlerini artırıcı hemşirelik bakımının konforlarını da artırdığı saptanmıştır. Aksoy Derya (2017) konfor kuramı doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile sezaryen doğum yapan kadınları doğum sonu dönemde desteklemiş ve konfor düzeylerinin yükseldiğini saptamıştır. İlgili literatürde, Konfor Kuramı'nın doğum öncesi eğitimde kullanıldığı bir adet doktora tezine rastlanmıştır (Garlock, 2015), ancak doğum desteği ile birlikte kullanıldığı ya da doğum korkusu yaşayan kadınlarla kullanıldığı çalışmaya rastlanmamıştır.

2.5. Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı

2.5.1. Fiziksel konfor

Doğum eyleminde fiziksel konfor boyutunda altı adet gereksinim bulunmaktadır. Bunlar: etkili nefes alışverişinin sağlanması, sıvı ve gıda alımı, hareket etme ve pozisyonunu düzenleyebilme, eliminasyon, ağrı ile baş etme ve doğumun ikinci evresinde etkili ıkınabilmedir. Doğum eyleminde destekleyici bakım veren hemşire bu gereksinimlere yönelik bakım vermelidir. Fiziksel rahatlığın basit önlemlerle düzenlenmesi, gebe kadının doğumda egemenlik duygusunu artıracaktır (Simkin ve Ancheta, 2016).

Etkili nefes alışverişinin sağlanması; doğum eyleminde nefesi etkili kullanma gebenin kasılmalarla baş etme yeteneğini artırır ve duyduğu rahatsızlığı azaltır. Bunun yanında, nefes farkındalığı gebenin kendine güveninin artmasına da katkı sağlamaktadır (Adams ve Bianchi, 2008; Simkin ve Ancheta, 2016). Ayrıca, etkili solunum tekniklerinin kullanılması uteroplental dolaşımın sağlıklı sürdürülmesine de yardımcı olmaktadır. Böylelikle nefes teknikleri, bir taraftan gebe kadının konforunu artırırken, diğer taraftan doğum sonuçlarını iyileştirmektedir (Simkin ve Bolding, 2004). Gebenin solunum tekniklerini doğumda aktif kullanılabilmesi için doğumdan önce öğrenmesi ve doğuma kadar tekrarlayarak ustalaşması önemlidir (Mongan, 2013).

Sıvı ve gıda alımı; gebenin doğumda hidrasyonunun sağlanması önemlidir. Oral sıvılar susuzluğu gidermek için güvenli ve basit bir yoldur (Berghella ve ark., 2008). Ancak, doğum eyleminde gebeler olası acil operasyon ve anestezi gereksinimi nedeniyle çoğunlukla aç bırakılmaktadır. Ancak bu gerekçe, sağlıklı ve düşük riskli gebelerde oral sıvı alımının kısıtlanması için geçerli bir neden değildir (Singata ve ark. 2013). Tranmer ve ark.'nın (2005) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada annenin doğumda yeme içmesinin doğum eylemi veya anne ve bebek sağlığı açısından olumsuzluğa neden olmadığı raporlanmıştır. Doğumda oral sıvı alımı olarak sadece ağız kuruluşunu önlemek için buz parçaları ve küçük yudumlarla sıvı alımı önerilmektedir (Berghella ve ark., 2008). Amerikan Jinekologlar ve Obstetrisyenler Derneği (ACOG) (2009) ise doğumda katı gıdaların verilmesinden kaçınılması gerektiğini belirtmektedir. Yapılan çalışmaların kanıt düzeyi yeterli olmadığı için

günümüzde doğum eyleminde sıvı ya da gıda alımı uzman görüşüne göre değişiklik göstermektedir (Berghella ve ark., 2008; Singata ve ark., 2013).

Hareket etme ve pozisyonunu düzenleyebilme; doğum eyleminde sık pozisyon değiştirmek gebenin pelvisi ve bebek başı arasındaki uyumun yakalanması için önemlidir. Fetüs başı ve pelvis iyi hizalandığında gebe daha az ağrı yaşamakta ve doğum daha hızlı ilerlemektedir (Bianchi ve Adams, 2009; Romano ve Lothian, 2008; Simkin ve Ancheta, 2016). Doğumda rutin pozisyonlardan ziyade gebenin kendini rahat hissettiği pozisyonu bulması ve benimsemesi konusunda teşvik edilmesi önerilmektedir (NICE, 2014). Gebenin kendiliğinden aldığı pozisyon genellikle doğumun ilerlemesini de sağlayan pozisyonudur (Rathfisch, 2012; Simkin ve Ancheta, 2016). Yapılan sistematik bir incelemede, doğumda yürümenin veya dik pozisyonlar almanın, anne ve bebek açısından herhangi bir sakıncasının olmadığı, ancak doğumun ilk evresinin süresini kısalttığına ilişkin kanıtların yeterli olmadığı belirtilmektedir (Lawrence ve ark., 2013). Bu kanıtlara göre, gebelerin doğumda özgürce yürümelerine ve pozisyon değiştirmelerine izin verilmesi önerilmektedir (Berghella ve ark., 2008; Rathfisch ve Güngör, 2009; Lawrence ve ark., 2013).

Eliminasyon: doğumda gergin mesane hem ağrıyı artırabilir hem de fetal inişi engelleyebilir. Aynı zamanda, fetal başın yaptığı baskı idrar yapma isteğinin hissedilmesini engelleyebilir. Bu nedenle, hemşire gebeyi her iki saatte bir mesanesini boşaltması konusunda teşvik etmelidir (Simkin ve Ancheta, 2016). Bunun yanında, fetal inişi hızlandırdığı gerekçesi ile lavman da sıklıkla uygulanan bir girişimdir. Ancak, rutin lavman uygulamasının etkinliğini değerlendiren bir sistematik incelemede, doğum süresi ve enfeksiyon oranları açısından anlamlı bir fark bulunamadığı ifade edilmektedir (Reveiz ve ark., 2013). Enfeksiyon oranlarının düşük olması, sağlık personeli için ek iş yükü olması, sağlık bakım maliyetini artırması, gebe kadın için hoş olmayan bir deneyim olması ve etkinliğini destekleyen kanıtların olmaması nedeniyle lavmanın rutin uygulanmaması önerilmektedir (Berghella ve ark., 2008; Rathfisch ve Güngör, 2009).

Ağrının giderilmesi; doğum eyleminde ağrı, anne ve bebeğin sağlığından sonra en önemli faktördür (Simkin ve Ancheta, 2016). Ağrının giderilmesi de doğum eylemindeki destekleyici bakımın önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Kömürücü ve Ergin, 2008; Rathfisch, 2012). Hollanda'da yapılan bir çalışmada postpartum 3 yıl

içerisinde kadınlara doğuma ilişkin olumlu olumsuz deneyimleri sorulmuş ve %16'sından fazlası olumsuz deneyim bildirmişlerdir. Bunların çoğunluğu primipar, müdahaleli doğum yapmış ve doğumda ağrının rahatlatılmasına ilişkin uygulama yapılmamış kadınlardır (Rijnders ve ark., 2008).

Doğumda ağrıyı azaltmak için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Kömürcü ve Ergin, 2008; Simkin ve Ancheta, 2016). Ancak, farmakolojik yöntemlerin anne, bebek ve doğum eylemi açısından negatif etkileri olabilmektedir. Bu nedenle, ağrıyı azaltmak için sıklıkla non farmakolojik yöntemlere başvurulmaktadır (Kömürcü ve Ergin, 2008; Simkin ve Ancheta, 2016). Masaj, akupressure, beden-zihin teknikleri, müzik, refleksoloji, hipnoz, aromaterapi, soğuk-sıcak uygulama ve homeopati bu non farmakolojik yöntemlerden bazılarıdır. Hemşire doğumdan önce ya da doğumun erken evrelerinde doğumda ağrı ile baş etme yöntemlerini gebe kadın ile değerlendirilerek hangi yöntemin onun için uygun olduğunu belirlemelidir (NICE, 2014).

1. Masaj: Doğumda masaj kadınları gevşetip rahatlatmakta, anksiyetesini ve ağrısını azaltmakta, bunun yanında önemsenme ve güven verme gibi pozitif mesajların iletilmesini sağlamaktadır (Kömürcü ve Ergin, 2008). Masaj, ayrıca kadınların kontrol duygusunu arttırmakta ve duygu durumlarını pozitif yönde değiştirmektedir (Simkin ve Ancheta, 2004). Smith ve ark.'nın (2012) yaptığı sistematik incelemede masajın doğumun latent fazında ağrı yoğunluğunu düşürürken, aktif ve geçiş fazında fark oluşturmadığı bildirilmiştir.
2. Akupressure: Doğumda shiatsu masaj noktalarının kullanılması doğum ağrısının azaltılmasına, doğum eyleminin hızlanmasına ve fetal inişe katkı sağlamaktadır (Simkin, 2002; Simkin ve Bolding, 2004). Trabzon ilinde 100 kadının katılımı ile yapılan bir çalışmada, akupressure uygulanan kadınların çoğunluğunun doğum deneyimlerinin ve doğumu algılama biçimlerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır. Ayrıca, akupressure uygulanan gruptaki kadınların kontrol grubuna kıyasla doğumun latent ve aktif fazında ağrıyı anlamlı derecede az algıladıkları saptanmıştır (Çalık ve Kömürcü, 2014).

3. Aromaterapi: Doğumda aromatik yağların, sakinleştirici, gevşetici ve canlandırıcı özelliklerinden faydalanılmaktadır (Walls, 2009). Burns ve ark.'nın (2000) 8 yılı kapsayan ve 15.799 kadınla yaptıkları çalışmada aromaterapinin doğumda analjezi gereksinimini azalttığı ve opioid kullanımını %6'dan %0,2'ye düşürdüğü saptanmıştır. Buna karşın, Smith ve ark.'nın (2011) yaptıkları sistematik derlemede aromaterapinin ağrı yoğunluğu, müdahaleli vajinal doğum, sezaryen veya farmakolojik ağrı kesici (epidural analjezi) kullanımı açısından gruplar arasında fark oluşturmadığı belirlenmiştir.
4. Müzik: Müzik sağ beyni aktive eder ve etkili bir şekilde ağrının giderilmesine yardımcı olur (Koehn, 2000; Simkin ve Bolding, 2004). Kadın, rahatlatıcı ve sakinleştirici bulduğu müziği seçebilir. Phumdoung ve Good (2003) doğumun aktif evresinde sözsüz müziğin kadının duyarlılığını ve ağrı duygusunu azalttığını belirtmektedirler. Hemşireler, kadını doğuma gelirken kendi seçtikleri ve rahatlatıcı buldukları müzikleri getirmeleri konusunda desteklemelidirler (Bianchi ve Adams, 2009; Karaçam ve Akyüz, 2011; Uludağ ve Mete, 2014).
5. Soğuk ve sıcak uygulama: Vücudun değişik yerlerine sıcak ve soğuk uygulama yapılması ağrı algısını ve kas spazmını azaltır (Kömürcü ve Ergin, 2008). Sıcak uygulama, ağrı eşiğini yükseltir, dolaşımı artırır ve kasları gevşetir (Simkin ve Bolding, 2004; Kömürcü ve Ergin, 2008; Simkin ve Ancheta, 2016). Isı kaynağının gebenin cildine zarar vermemesi için çok dikkatli davranmak gerekir (Simkin ve Bolding, 2004; Simkin ve Ancheta, 2016). Soğuk uygulama yapıldığında, uygulanan alanda uyuşma meydana getirir. Böylece, duyuşal nöronların üzerinden ağrı ve diğer iletilerin taşınması yavaşlar ve etkisi sıcak uygulamanın etkisinden daha uzun sürer (Simkin ve Ancheta, 2016). Eğer gebe belinin alt kısmında şiddetli bir ağrı hissediyorsa direk sakral bölgenin üzerine bir buz uygulaması yapmak işe yarayabilir. Alın ve boyun bölgesine yapılan uygulamalar da fayda sağlayabilir.
6. Hipnoz: Hipnoz, kadının nefes, gevşeme, görselleştirme ve derinleşme teknikleri ile zihnini ve bedenini doğuma hazırlayarak bedeninde var olan gücünü keşfetmesine olanak tanır. Böylelikle gebe daha konforlu, kolay ve ağrısız bir doğum deneyimi yaşayabilir (Mongan, 2013; Altuntuğ ve ark.,

2015). Toplam 189 kadını içeren üç çalışmada, hipnozu kabul eden kadınlar, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; doğum eyleminde ağrı yönetiminden daha fazla memnun kalmışlardır (Berghella ve ark., 2008).

7. Ritim: Ritim doğumun birinci aşamasında yaygın bir ağrı ile başa çıkma yöntemidir. Bu ritim, ritmik solunum, ses çıkarma, dans etme, sallanma, kendine masaj yapma ve bir duayı tekrar tekrar okuma olabilir. Ritmik hareketler kadın korkmadığında, rahatsız olmadığında ve hareketleri kısıtlanmadığında ortaya çıkar. Gebenin bir ritmi varsa başetme mekanizmaları iyi çalışıyordur, ancak ritmi yoksa bir ritim yakalaması için desteklenmelidir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004; Simkin ve Ancheta, 2016).
8. Hidroterapi: Doğumda hidroterapi kadının rahatlığını artırmakta, ağrısını azaltmakta, kan basıncını düşürmekte ve diürezisi artırmaktadır. Sıcak suyun hidrokinetik ve hidrotermal etkisi ile gebe kadının hem lokal vazodilatasyonu hem de kas gevşemesi sağlanmaktadır. Böylelikle, kadınlar daha az farmakolojik müdahaleye gereksinim duymaktadır ve doğum sonu dönemde daha az kas gerginliği yaşamaktadırlar. Bu amaçla, doğum havuzları ya da küvetleri kullanılmaktadır (Rathfisch, 2012; Güner ve Kavlak, 2016; Simkin ve Ancheta, 2016). Toplam 2406 kadını içeren dört randomize çalışmanın incelendiği derlemede, doğum eyleminde suyun içinde olma, bölgesel analjezi kullanımında ve ağrının algılanışında azalmayla ilişkilendirilmiştir. Elde bulunan sınırlı sayıda kanıtlar doğum eyleminde suyun içinde bulunmanın gebe için faydalarının olabileceğini göstermektedir (Hofmeyr, 2005).
9. Görselleştirme: Zihinsel imge, doğum sırasında korku, gerginlik ve ağrıyı azaltabilir. Hoş düşünceler veya imgeler kadınların hem fiziksel hem de zihinsel rahatlamasını artırabilir. Bazı görüntüler kadının bebeği ve vücudu ile bağlantı kurmasına yardımcı olabilmektedir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004; Mongan, 2013). Örneğin; rahim ağzının gonca bir gül gibi açıldığını hayal etme hipnobirthing felsefesinde kullanılan bir görselleştirme tekniğidir (Mongan, 2013).

Doğumun ikinci evresinde etkili ıkınma: Doğumda geleneksel yaklaşım servikal açıklık tamamlandıktan sonra gebe ıkınma hissetse de, hissetmese de ıkınmaya başlatmaktır. Ancak, bu tekniğin anne ve bebek açısından zararlarının olduğu bilinmektedir. Annenin spontan ıkınma gücü valsalva tipi ile karşılaştırıldığında, spontan ıkınmanın perine ve fetüsle ilgili çıktılarda düzelme sağladığı rapor edilmiştir (Lemos ve ark., 2015; Simkin ve Ancheta, 2016). Bu nedenle, gebe ıkınma isteği duyduğunda ıkınmaya başlamalıdır. Hemşire, gebeyi kendi vücudunu dinlemesi konusunda teşvik etmelidir. Spontan ıkınan kadın için en uygun destek, uygun kelimeleri seçerek cesaretlendirmek ve perine bölgesini gevşek bırakmasını hatırlatmaktır (Lemos ve ark., 2015; Simkin ve Ancheta, 2016). Gebenin anksiyetesi çok yüksekse, spontan ıkınması etkisiz ve dağınıksa, 30 dakika boyunca belirgin ilerleme kaydedilememişse ve doğumu hızlandırmak ya da hemen sonlandırmak gerekli ise valsalva tipi ıkınma kullanılır. Bu tip ıkınmanın olumsuz etkilerini azaltmak için ıkınma sürelerinin 5-7 saniyeden fazla uzatılmaması ve sırt üstü pozisyonun kullanılmaması önerilmektedir (Simkin ve Ancheta, 2016).

2.5.2. Psikospiritüel konfor

Psikospiritüel konfor gereksinimleri ise korkunun ifade edilmesini sağlama, saygı görme ve önemsenme, güven duyma, takdir edilme ve cesaretlendirilme, inançları doğrultusunda ibadet etme ve kararlara katılımıdır. Doğumda psikolojik faktörler fizyolojik faktörlerden daha az anlaşılmiştir, ancak doğumda beden ve zihin bir bütündür (Albers, 2007). Annenin fiziksel parametreleri zihinsel parametreleri ile sinerjiktir (Simkin ve Ancheta, 2016). Korku, endişe ve güven gibi zihinsel süreçler bedensel süreçleri derinden etkileyebilir (Albers, 2007). Bu nedenle, doğumda kadın kendini güvende hissettiğinde, sağlık personeli tarafından önemsendiğini ve kendisine saygı gösterildiğini hissettiğinde doğumun ilerlemesi daha kolay olacaktır (Adams ve Bianchi, 2008; Simkin ve Ancheta, 2016).

Korkunun ifade edilmesi: Korku anında salgılanan stres hormonları doğum eyleminde kadının daha gergin hissetmesine ve daha fazla ağrı duymasına neden olmaktadır (Odent, 2013). Bu durum beraberinde analjezi gereksinimini, uzamış ve müdahaleli doğum eylemini getirmektedir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004; Mongan, 2013). Doğuma ilişkin korkular mümkün olduğunca gebelik döneminde çözümlenmelidir. Ancak, doğum anına gelindiğinde hala korkunun hakim olduğu hissediliyor ise hemşire gebeye ‘kafandan neler geçiyor’ gibi sorular sorarak gebenin korkularını ve

kaygılarını ifade etmesini sağlamalıdır. Gebe duygusal gereksinimi hakkında birçok şey anlatabilir, baş edip edemediğini, kaygısı olup olmadığını paylaşabilir (Simkin, 2002). Gebe duygularını ifade eder ve bırakırsa destek veren kişi kaygı ve katekolamin üretimine sebep olan güçlü duyguları dengelemek için hassas bir duygusal destek sunabilir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004; Mongan, 2013). Örneğin; kaygı yaratan ya da rahatsız eden şey gürültü ise ortamın daha sessiz olması için çaba harcanabilir ya da kadına destek olan yakının onu endişelendirdiği fark edilmiş ise dışarı çıkarılabilir ya da o kişiye başka bir uğraş bulunabilir (Simkin ve Ancheta, 2016).

Saygı görme ve önemsenme: Doğumda her kadının saygı gördüğünü ve önemsendiğini hissetmeye ihtiyacı vardır (Karaçam ve Akyüz; 2011; NICE, 2014). Lothian (2004), gebenin doğumda kendisine saygı duyulduğunu hissetmesinin gebenin kendi iç bilgeliğine inebilmesine ve doğum yapmak için var olan gücüne ulaşmasına katkı sağlayacağını ifade etmektedir. Hodnett ve ark. ise (2002) annenin doğum eyleminden duyduğu memnuniyetin ağrı yönetiminden ziyade bakım verenlerin davranış ve tutumları ile ilgili olduğunu belirlemişlerdir. Öyle ki doğumda bakım vericilerin gebe kadına nezaketsiz ya da düşüncesiz davranması kadının duygusal distozi yaşamasına dahi neden olabilmektedir (Simkin ve Ancheta, 2016). Buna karşın, doğum eyleminde verilen emosyonel destek kadınların kendilerini saygın ve değerli hissetmelerini sağlayarak doğum sürecini olumlu etkileyebilmektedir (Sleutel, 2003). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, kadınlar doğum anında faydalı gördükleri bakım verici davranışlarının saygılı davranma, bireye bakım aldığını hissettirme, güvende olduğu duygusunu hissettirme, sakin ve kendinden emin olma olduğunu ifade etmişlerdir (Kızılkaya, 1997).

Güven duyma: Doğumda güveni personele güven ve gebenin kendine güveni olarak ikiye ayırabiliriz. Şüphesiz, kadının doğumda bulunan personele güven duyması daha sakin ve rahat hissetmesini sağlamaktadır (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004). Yapılan bir çalışmada, doğuma ilişkin en önemli endişelerden birinin doğumda görev alacak sağlık personeline güven eksikliği olarak ifade edilmektedir (Wiklund ve ark., 2008). Başka bir çalışmada ise doğum korkusu deneyimlemiş kadınların doğumun üzerinden yıllar geçmesine rağmen doğumda acı çektiklerini ve kendilerini korunmasız ve güvensiz hissettiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (Nilsson, 2014). Bu nedenle doğumda destek veren hemşirenin, doğum yapan kadına güven verecek tutum ve

davranış sergilemesi, kadının olumlu doğum deneyimi edinmesi için önemli gözükmektedir.

Doğum eyleminde fizyolojik sürecin optimal seviyede ilerleyebilmesi için en önemli psikolojik değişkenlerden birisi doğum yapan kadının doğumu yapabilecek bireysel güçlerine güvenmesidir (Lowe, 2000). Doğum öz yeterliği, kadınların doğum eyleminde karşılaşacağı güçlükler ile baş edebilme ve olumsuz durumların üstesinden gelebilme yeteneğine olan inancını tanımlamaktadır (Lowe, 2000). Doğum öz yeterliği yüksek olan kadınlar doğumu başarabileceklerine inanç duydukları için daha az korku yaşamaktadırlar (Salomonsson ve ark., 2013). Doğum özyeterliliğinin gebelik döneminde doğuma hazırlık eğitimleri ile artırılması kadınların kendi güçlerine güven duymasını böylelikle doğuma korkusuz yaklaşımlarını sağlayacaktır (Carlsson ve ark., 2015). Bunun yanında, doğum sırasında verilen bakımın tarzı da kadının kendi doğum yapma kabiliyetine olan güvenini artırabilmekte ya da azaltabilmektedir (Albers, 2007).

Takdir edilme ve cesaretlendirilme: Takdir edilme gebelerin doğumda kendilerini daha iyi kontrol edebilmelerine yardımcı olmaktadır (Adams ve Bianchi, 2008). Nitekim kadınlar doğumda hemşirelerin olumlu ve destekleyici cümleler kurmasının onlara yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir. Destekleyici cümleler ve davranışlar, kadınların benlik saygılarını korumalarına katkıda bulunmaktadır (Chen ve ark., 2001). Dolayısıyla doğum eyleminde destekleyici bakım sunan hemşireler gebe kadınları cesaretlendirmeli ve sarfettikleri çabayı takdir etmelidirler (Sleutel, 2003). Örneğin: “çok iyi gidiyorsun”, “muhteşemsin”, “bir şeyi değiştirme” gibi...(Simkin ve Ancheta, 2016). Doğumda kadının ne yapması gerektiğini söyleyen duygusuz kelimelerden çok başarabildiklerini vurgulayan şefkatli cümlelere ihtiyacı vardır (Güner ve Kavlak, 2016). 6-7 yıl önce doğum korkusu deneyimlemiş kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınlar, doğumlarında sağlık personelinin umursamaz davranışları ve doğumu yaparken beceriksiz olarak nitelendirilmeleri nedeniyle olumsuz duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Nilsson, 2014).

İnançları doğrultusunda ibadet etme: Doğum yapan kadının maneviyatı veya inancı doğumda içsel bir güç ve rahatlama sağlamaktadır (Breen ve ark., 2006). Kadın doğumda dua edebilir, meditasyon yapabilir, ilahi ya da kutsal kitapları okuyabilir ve bazı ritüelleri yapabilir. Hemşire, doğum yapan kadını, bu gibi manevi ihtiyaçlarını

karşılması için yargılamadan desteklemelidir (Adams ve Bianchi, 2008; Uludağ ve Mete, 2014).

Kararlara katılım: Doğumda gebenin ve eşinin bakım ile ilgili kararlara katılımı sağlanmalıdır. Kadın ona yapılanlara ilişkin kontrolün onda olduğunu hissetmelidir. Bu nedenle, her prosedür ve gözlemden önce izni istenmelidir (NICE, 2014). Doğumda uygulanacak girişimlerin faydaları, riskleri açıklanmalı ve seçim yapması için düşünmesine zaman tanınmalıdır (Adams ve Bianchi, 2008). Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadınların yarısından fazlası doğumlarında kendilerine uygulanacak işlemlerle ilgili fikirlerinin sorulmadığını belirtmişlerdir (Kızılkaya, 1997). Hemşirenin gebe ile ilgili tıbbi kararlar alınırken karar vermesine yardımcı olması, karar veremeyecek durumda ise gebenin savunucusu olması gerekmektedir (Foley ve ark., 2002).

2.5.3. Sosyokültürel konfor

Eş ve yakınların desteklenmesi, yalnız bırakılmama, bilgilendirilme, kültürel gelenekleri yerine getirebilme, etkin kişiler arası ilişkiler geliştirilebilme ve etkili anne-bebek etkileşimi ise sosyokültürel konfor gereksinimleri arasındadır.

Eş ve yakınların desteklenmesi: Hemşire, doğum yapan gebenin dışında başta eş olmak üzere yakınlarının da duygusal durumlarını fark etmeli ve onlara güven vermelidir (Adams ve Bianchi, 2008). Eşler birçok zaman gebeye destek sağlamalarına rağmen, doğumda sevdikleri kişiyi acı içinde izlemeyi zor bulabilmekte ve bu süreçte korkulu ve gergin olabilmektedirler. Bu açıdan bir profesyonelin varlığı eşe güven vermektedir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004). Hemşire, kadının eşini ve yakınlarını var olanaklar ve kadına nasıl yardımcı olabilecekleri konusunda desteklemelidir. Örneğin; masaj yapmak, övmek ve destekleyici sözler söylemek, yumuşak bir ses tonu ile konuşmak, kadının hareketlerine ve ritim kazanmasına yardım etmek gibi...(Simkin ve Ancheta, 2016). Hemşire, doğum, anne ve bebek hakkında yakınlarına bilgi vererek kaygıları azaltmalıdır. Örneğin: gebenin babası kızının ağrısının yeterince kesilmediğini düşünüyorsa hemşire hemen devreye girmeli ve gebeden ayrı bir yerde baba ile konuşarak onun anksiyetesini gidermelidir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004).

Yalnız bırakılmama: Bilinmeyen bir ortam, bilinmeyen personel ve birçok prosedür, normal bir doğumda dahi stres yaratabilir (Odent, 2013). Doğum ortamları, kadında katekolomin salınımı uyararak korku, ağrı ve anksiyeteyi tetikleyebilir ve bu da doğumun ilerlemesini engelleyebilir (Lothian, 2004; Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004; Nilsson, 2014). Kadının bu yabancı ortamda güvendiği bir kişinin varlığına ihtiyacı vardır. Bu nedenle, hemşirenin doğumda kadını yalnız bırakmaması önemlidir. Odadan ayrılması gerektiğinde ise gebeye ne zaman döneceğini bildirerek ayrılmalıdır ve acil durumda nasıl yardım çağırabileceğini öğretmelidir (NICE, 2014). Hemşire tarafından doğum sürecinin aralıksız desteklenmesinin doğumun daha iyi yönetilmesi için önemli bir bileşen olduğu vurgulanmaktadır (AWHONN, 2013). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde aralıksız desteğin değerlendirildiği 1815 kadını içeren çalışmada, ebelerin devamlı bakım verdiği kadınlarla aralıklı bakım verdiği kadınlar karşılaştırılmıştır. Sürekli bakım alan kadınlar daha az analjezi almış (OR 0.53, 95%CI 0.44–0.64), bebeklerine daha az resüsitasyon uygulanmış (OR 0.66, 95%CI 0.52–0.83) ve daha az epizyotomi uygulanmıştır (OR 0.75, 95%CI 0.60–0.94) (Hodnett, 2003).

Bilgilendirilme: Doğum boyunca kadınların durumu hakkında bilgilendirilmesi ve önerilerle desteklenmesi, gerginlik ve yalnızlık duygularının azalmasına, potansiyel güçlerini kullanmalarına ve doğum eylemi ile baş edebilmelerine katkı sağlamaktadır (Güner ve Kavlak, 2016; Sleutel, 2003). Hemşireler, doğumun gidişatı hakkında güncel bilgi vererek kadının anksiyetesini azaltmalıdır (Adams ve Bianchi, 2008). Gebeye klinik prosedürler, doğumun hangi aşamasında olduğu, bu aşamada neler hissedebileceği hakkında kısa bilgi verilmelidir (Simkin ve Ancheta, 2016). Örneğin; herşeyin yolunda olduğunu hatırlatmak için “vücudun ne yapması gerektiğini biliyor” “zor olduğunu biliyorum” “doğumun iyi gidiyor, çok uzun sürmeyecek” gibi ifadeler kullanılabilir. Travayın ve doğumun her aşamasında gebeyi bilgilendirmek, gebeye fikir yürütme kısmının bir parçası olma şansı verir. Yapılan her muayene sonrası sonuçlar kadına hassas bir şekilde açıklanmalı ve doğumun gidişatını etkileyip etkilemeyeceği bildirilmelidir (NICE, 2014). Kadına tatmin edici ve boş sözler içermeyen bilgi hassasiyetle verilmelidir (Simkin ve Ancheta, 2016).

Kültürel gelenekleri yerine getirebilme: İnsan yaşamının önemli bir anı olan doğum, bütün toplumlarda mutlu bir olay olarak kabul edilen ve pek çok geleneğin uygulandığı bir olgudur. Kadın doğumda kendi kültürüne özgü uygulamaları yapmak isteyebilir.

Hemşire bu uygulamalara önyargısız yaklaşarak gebeyi dinlemelidir (Çakır Koçak ve Sevil, 2016). Kadının yapmak istediği uygulama zararlı ise nazikçe konuşularak ikna edilmelidir. Örneğin; zor doğumlarda kadına yumurta kabuğunun dövülerek içirilmesi, gebeyi kusturmak için tuzlu su içirme, yüksek bir yerden atlatılması gibi uygulamalar zararlıdır. Bunların yanında doğumun kolay olması için örgülü saç çözüme, kilit açma, kolay doğum yapan bir kadının sırtını sıvazlaması, meryem ana otunu sıcak suya koyma gibi uygulamalar etkisizdir. Bu uygulamaların doğum açısından herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Ancak, kadının psikolojisine iyi geleceği düşünülüyorsa bilinen zararsız uygulamalara izin verilmelidir (Çakır Koçak ve Sevil, 2016). Doğumda bakım vericiler, kendi değer ve inançlarını kadının doğum ile baş etmeye yönelik uygulamalarına nasıl yansıttığını düşünmelidir ve bakımlarının kadının seçimlerini desteklediğinden emin olmalıdır (NICE, 2014).

Etkin kişiler arası ilişkiler geliştirilebilir: Hemşire doğuma gelen kadını gülümseme ile karşılamalıdır. Ses tonuna, davranışlarına ve sözcüklerine dikkat ederek doğumdan beklentilerini ve isteklerini sormalıdır. Konuşurken sakın ve emin bir yaklaşım sergilenmesi ona her şeyin yolunda olduğu mesajını iletacaktır (NICE, 2014). Bunun yanında, doğumhaneler çatışmanın olmadığı alanlar değildir. Doğum sırasında kadınlar, çevresel faktörlere karşı benzersiz şekilde hassastırlar. Dolayısıyla, doğumlardaki olaylar ve etkileşimler “kapsamlı ve güçlü” psikolojik sonuçlar doğurabilir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004). Bu nedenle, çatışma durumlarında hemşire hızla olaya dahil olarak gebenin ihtiyaçlarını karşılamalı ve güvenliğini sağlamalı, problem çözücü davranışları sergilemelidir (Pascali-Bonaro ve Kroeger, 2004). Bazı durumlarda ise kadının isteği ile hemşirenin bakım stilleri uyum sağlamayabilir. Kadın ve personel arasındaki kötü ilişki kadının daha endişeli hissetmesine neden olur. Bu durumda suçlu aramak yerine uyumsuzluk tanımlanmalı ve çözüm aranmalıdır. Kadının istekleri gerçekçi olmadığında dahi kibar ve saygılı biçimde açıklanmalıdır (Simkin ve Ancheta, 2016).

Anne-bebek etkileşimi: Anne-bebek etkileşiminin ve emzirmenin mümkün olan en kısa sürede başlatılması anne ve bebek sağlığı açısından ciddi öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü Anne-Bebek Dostu Hastane Kriterleri’nde doğumdan sonraki ilk iki saatte kesintisiz ten tene temasın ve emzirmenin erken başlatılmasının önemini vurgulamaktadır (The Baby-Friendly Hospital Initiative Guidelines and Evaluation Criteria, 2016). Ten tene temasla ilgili 30 randomize kontrollü çalışmanın incelendiği

sistemik derlemede ten tene temasın sayısız yararının olduğu ifade edilmektedir (Anderson ve ark., 2004; Moore ve ark., 2012). Yenidoğanın vücut ısısı, kalp atım sayısı, solunum sayısı, kan glikoz seviyesi ten tene temas yapıldığında daha stabil olmaktadır dolayısıyla bebeğin ektrauterin yaşama geçişi daha kolay olmaktadır (Galligan, 2006; Dabrowski, 2007; Hung ve Berg, 2011). Bunların yanı sıra, emzirmeye erken başlama ve sürdürme, anne-bebek bağlanmasının daha erken olması, yenidoğanın daha az ağlaması ve preterm bebeklerin ekstra uterin yaşama biraz daha erken adapte olması gibi olumlu etkileri de vardır. Bunun yanında, ten tene temasın herhangi bir olumsuz sonucu bulunmamıştır (Anderson ve ark., 2004; Moore ve ark., 2012).

Emzirmenin erken başlatılmasının, anne-bebek bağlanmasının daha kolay oluşması, emzirmeye ilişkin sorunların daha az görülmesi ve annenin doğum sonu dönemde daha az psikolojik sorun yaşaması gibi olumlu etkileri bulunmaktadır. Bunların yanında, anne açısından plasentanın erken ayrılması, doğum sonu kanamanın daha az görülmesi ve uterus involüsyonunun hızlanması gibi fizyolojik yararları da bulunmaktadır (The Baby-Friendly Hospital Initiative Guidelines and Evaluation Criteria, 2016). Hemşire yukarıda sözünü ettiğimiz gibi sayısız yararı olan ten tene temasın ve emzirmenin erken başlatılmasının takipçisi olmalıdır (Simkin ve Ancheta, 2016). Anne-bebek sağlığı açısından bir engel olmadığı sürece anne ve bebeğin bir arada kalması sağlanmalıdır (Anderson ve ark., 2004; Moore ve ark., 2012).

2.5.4. Çevresel Konfor

Çevresel konfor gereksinimleri ise ısı, ses ve ışığın ayarlanması ve mahremiyete saygıdan oluşmaktadır. Odent'in (2013) aktardığı üzere karşılaştırmalı biyolojik çalışmalar göstermiştir ki, doğum yapan çeşitli hayvan türleri güvenli çevrelerinden uzaklaştırıldıklarında uterus kontraksiyonları inhibe olmuştur. Bu durum, insan türü için de istisna değildir (Odent, 2013). Doğumda kadınlara yardım etmenin en güvenilir yolu, doğasına saygı göstermek ve faydalı olacağına dair açık kanıtlar olmadığı sürece spontan olaylara müdahale etmemektir (Hofmeyr, 2005). Günümüzde, doğum ortamları kadınlar için doğum korkusu yaratan yerlerdir. Bu korkuyu önlemek için doğum odalarının sadece tıbbi güvenliği değil, aynı zamanda duygusal ve varoluşçu güvenliği de sağlanmalıdır. Doğum odaları güvenli bir bakım sağlamak üzere dizayn edilmiş olsalarda kadınlar için çok teknolojik bulunmaktadır (Nilsson, 2014).

Duncan'ın (2011) tasarladığı randomize çalışmada doğum odasındaki acil ekipmanlar, üzerinde sakinleştirici renklerle yapılmış resimler olan paravanlarla kapatılmıştır. Girişim grubunun kontrol grubuna göre doğum süresinin anlamlı düzeyde kısa ve epidural anestezi kullanma oranlarının %7.1 daha az olduğu rapor edilmiştir.

Doğum ortamının sakin, rahat ve iyi donanımlı olması kadının kendisini iyi hissetmesine yardımcı olacaktır. Ancak, doğum ortamının kadının ihtiyaçlarına göre düzenlenmemesi ve yeteri kadar desteklenmemesi, kendini utanmış, engellenmiş, yetersiz, yalnız, yargılanan, güvensiz, kısıtlanmış, saygı duyulmayan ve önemsenmemiş hissetmesine neden olabilir. Doğumda kadın desteklendiğinde ve çevresel koşullar düzenlendiğinde kendini daha az engellenmiş hissedecek ve daha fazla içgüdüsel davranabilecektir (Nilsson, 2014; Simkin ve Ancheta, 2016).

Isık, ses ve ısının ayarlanması: Günümüzde parlak ışıklar, yabancı sesler, kadına yöneltilen birçok soru ve kadını rahatsız eden diğer faktörler ilkel beynin fonksiyonlarını baskılayarak neokorteksin uyarılmasına ve doğumda distoziye neden olmaktadır (Lothian, 2004; Odent, 2013; Simkin ve Ancheta, 2016). Doğumda diğer memelilerde olduğu gibi karanlık, sessiz ve kadının rahat hissedeceği ortamın sağlanması neokorteksin aktivitesini baskılar (Odent, 2013; Simkin ve Ancheta, 2016). Bunun yanında, hastanelerin genellikle serin yerler olması doğum eylemini olumsuz etkilemektedir. Çünkü vücut ısısını artırmak için beyin adrenal salgılamaktadır adrenal ise oksitosini nötralize etmektedir (Odent, 2013; Sevil ve Ertem, 2016). Bu nedenle doğum odaları ısı, ses ve ışık açısından doğum yapan kadının gereksinimlerine göre düzenlenmelidir (Adams ve Bianchi, 2008). Gürültünün olmadığı, sıcak ve loş bir doğum odası, doğum yapan kadına ev ortamının avantajlarını sağlayabilir (Odent, 2013).

Mahremiyete saygı: Doğum odaları kadınların mahremiyetini koruyacak biçimde düzenlenmelidir. Doğum odalarının en fazla kaygı yaratan taraflarından biri kadınların mahremiyetlerine dikkat edilmemesi endişesidir (Serçekuş ve Okumuş, 2007). Mahremiyete dikkat edilmemesi ve kadının bu durumdan utanması kontrol kaybı yaşamasına ve sempatik sistemin aktive olarak katekolomin salgılanmasına dolayısıyla emosyonel distoziye neden olmaktadır (Lothian, 2004; Adams ve Bianchi, 2008). Hemşire, gebenin odasına girmeden kapısını çalmalı, kadının kişisel alanına saygı duymalı ve başkalarının da aynı hassasiyeti göstermesini istemelidir. Gereksiz

olan personel içeriye girmemelidir. Muayeneler yapıldıktan sonra gebenin bedeni örtülmelidir (NICE, 2014).

2.6. Doğum Desteğinde Hemşirenin Rolü

Tarih boyunca kadınlar, doğumda başka kadınlar tarafından desteklenmişlerdir (Rathfisch, 2012). Doğumların evlerden hastaneye taşınması ile birlikte, kadını doğumda destekleme sağlık profesyonellerinin sorumluluğu haline gelmiştir (Sauls, 2002; Mete ve Çiçek, 2017). Bu zorlu ve savunmasız süre boyunca, hemşirelerin kadınları desteklemede benzersiz bir rolü vardır. (Sauls, 2002). Hemşire tarafından doğum sürecinin devamlı desteklenmesinin, doğumun daha iyi yönetilmesi için önemli bir bileşen olduğu vurgulanmaktadır (AWHONN, 2011). Doğum hemşirelerinin, hastane ortamındaki doğumlar üzerinde derin etkileri olabilir ve böylelikle doğum sonuçları iyileştirilebilir (Adams, 2012). İntrapartum hemşirelik bakımı, gebenin doğum eylemi süresince desteklendiğini fark etmesi ve doğum eylemine uyum sağlayabilmesi açısından oldukça önemlidir (Oweis ve Abushaikha, 2004).

Doğum hemşiresinin, maternal ve fetal sağlığı izlemek ve değerlendirmek, vajinal ve sezaryen doğumda kadının ve yenidoğanın bakımını, doğumda ve doğum sonu dönemde planlamak ve uygulamak, doğumda kadının fiziksel ve duygusal sağlığını koruyacak girişimleri uygulamak ve dökümantasyon gibi rolleri bulunur. Bunlara ek olarak, kadının savunuculuğunu ve öğretimini yapmak, doğum ekibi ile diğer sağlık profesyonelleri ile etkili iletişimi sağlamak gibi rolleri de bulunmaktadır (Adams ve ark., 2016). Doğum desteği, hemşirelik rolleri arasında özerk hemşirelik eylemlerindedir. Bunun yanında, doğum desteği, doğumda kadının eylemle başatması için hemşirenin kadın ile kurduğu kasıtlı insan etkileşimi olarak tanımlanmakta ve fizyolojik doğum ile ilişkilendirilmektedir (Sauls, 2002).

Amerikan Ebe ve Hemşireler Derneği (ACNM) (2012), normal doğum olarak adlandırılan fizyolojik doğumu, “kadın ve fetusun doğuştan gelen insan kapasitesi ile güçlendirilen” doğum olarak tanımlamıştır. Amerikan Ebe ve Hemşireler Derneği (2012), Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği ve Maternal Fetal Tıp Derneği (ACOG ve SMFM) (2014) ve Kadın Sağlığı, Obstetri ve Yenidoğan Hemşireleri Birliği (AWHONN) (2011), fizyolojik doğumu destekleyen hemşirelik bakımında aşağıdaki uygulamaların yapılmasını önermektedir:

- Doğumun fizyolojik ve psikolojik süreçlerini değerlendirmek için güncel kılavuzları kullanın.
- Yeni kılavuzlar kullanarak, aktif doğumun tanınmasına ve eyleminin ilerlemesine katkıda bulunun.
- Doğum boyunca sürekli destek sağlayın.
- Doğum boyunca pozisyon değişikliğini ve hareketi teşvik edin.
- Duygusal destek gibi konfor önlemlerini kullanın.
- Aile üyelerinin alınan konfor önlemlerine katılımını teşvik etmek için rol model olun ve sağlık ekibi ile işbirliği yapmalarına yardımcı olun.
- Doğum sırasında sağlıklı, düşük riskli kadınlar için aralıklı oskültasyon kullanın.
- Doğumun ikinci aşamasında bebeği itmek için spontan yönelimli fizyolojik yaklaşımları teşvik edin.
- Doğumdan sonra yenidoğanlar için ten tene temasın hemen başlatılmasını teşvik edin.
- Kadına ve ailesine doğum boyunca süreç ile ilgili sürekli eğitim ve bilgi sağlayın.

Doğum desteğinin, hemşirelik bakım uygulamalarında önemli olduğu vurgulanmasına rağmen hemşirelerin sadece %12.4'ünün doğum desteğine zaman ayırdıkları rapor edilmiştir (Gale ve ark., 2001). Doğum hemşirelerinin çoğunluğu, teknik rollere destekleyici rollerden daha fazla zaman ayırmaktadır (Sauls, 2002). Hemşirelerin doğum desteğine zaman ayırmamalarının nedenlerine bakıldığında; personel sayısının az olması, teknoloji kullanımının artışı, kurumsal düzenlemenin doğum desteği sağlamaya uygun olmayışı ve hemşirelerin kendi sorumlulukları dışındaki işleri yapmak zorunda kalmaları bu nedenler arasında sayılabilir (Sleutel ve ark., 2007; Graham ve ark., 2004). Ancak Sauls (2002), doğum desteğinin potansiyel yararları karşısında, hemşirelerin destekleyici bakım sunmamasının haklı gösterilmesinin zor olduğunu ifade etmektedir. Kadınlar için güvenli ve tatmin edici bir doğum deneyiminin sağlanması, tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının, özellikle de intrapartum hemşirenin çabalarını gerektirir (Sauls, 2002).

Hemşirelerin doğumu destekleyici bakımdaki rollerinin daha iyi anlaşılması şüphesiz doğum sürecinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Bunu yapabilmek için doğum hemşirelerinin, doğumda hangi destekleyici davranışların kadın için yararlı olduğu konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Bu noktada, hemşirelerin, doğum desteğinin yararlarını öğreten kurslara katılmaları ve kanıta dayalı kılavuzları takip etmeleri fayda sağlayabilir. Doğum desteğine ve bu destekte hemşirenin rollerine ilişkin araştırmalar, hemşirelik bilgisini geliştirmek ve bakım standartlarını belirlemek için gereklidir (Chen, 2001; Sauls, 2002). Bu bilgilerden anlaşıldığı üzere, doğumda hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendiren ve hemşirelik bilgisine kanıt sunan çalışmaların artırılması önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, hemşirelik teorisine göre yapılandırılan hemşirelik bakımı, sunduğu holistik bakış açısı ile günümüz hemşiresinin medikal paradigmadan uzaklaşmasına ve hasta odaklı bakım sunmasına olanak sağlayacaktır. Bu teori hemşirelerin tıp pratiğinden bağımsız ya da tıp pratiği ile bağlantılı olarak nasıl bakım sağlayacağına rehberlik edebilir. Ayrıca hemşirelerin bağımsız rollerini güçlendirmesine katkı sağlayabilir (Koehn, 2000). Kolcaba'nın kuramı doğumun üzerindeki baskın tıbbi yaklaşımın azalmasına ve doğumun normal ve bütünsel bir deneyim olduğu vurgusunun artmasına katkı sağlayabilir (Koehn, 2000). Bu noktada Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının, doğumu destekleyen sağlık profesyonellerine, doğum yapan kadının bakımını planlarken, uygularken ve değerlendirirken rehberlik edeceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Doğum korkusu yaşayan gebelere verilen doğuma hazırlık eğitimi ve Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının doğum korkusu, deneyimi, sonuçları ve konforuna etkisini değerlendiren bu çalışma, randomize kontrollü, deneysel ve tek kör bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 22 Ağustos 2016-17 Kasım 2017 tarihleri arasında Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi (DPÜEÇEAH)'nde yürütüldü. Doğuma hazırlık eğitimleri ise Kütahya Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı Gebe Okulu'nda yapıldı. Araştırmanın örneklem grubunun oluşturulduğu ve doğum desteğinin verildiği hastane (DPÜEÇEAH), 120 yatak kapasiteli bir hastanedir. Doğum salonuna gelen gebe, kayıt işlemleri yapıldıktan sonra odasına alınmaktadır ve travay süresince bu odada kalmaktadır. Ancak servikal açıklık tamamlandıktan sonra gebe doğum ünitesine alınmaktadır. Travay odaları iki kişiliktir ve yataklar bir perde ile ayrılmaktadır. Bu nedenle doğumda kadına yakınının eşlik etmesine izin verilmemektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanede, doğum odaları, kadınların yürüyebileceği ve aktif pozisyon alabileceği büyüklüktedir. Odalarda gerektiğinde kullanılmak üzere duş bulunmaktadır. Oda ısı ve ışığı ayarlanabilir. Doğum masaları ve yataklar kapıya bakmaktadır. Doğum salonunun, acil durumları hızlı yönetebilmek için ameliyathane ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile direkt bağlantısı bulunmaktadır. Doğum yapan kadın, doğumu gerçekleştikten sonra ilk izlemlerinin yapılması ve emzirmenin başlatılması için yaklaşık iki saat doğum salonunda takip edilmektedir. Bu sürenin sonunda kadın doğum kliniğine transfer edilmektedir. Doğum salonunda 12 hekim, 15 ebe görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

3.3.1. Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın örneklem büyüklüğü yapılan benzer bir çalışmanın referans değerleri temel alınarak oluşturuldu. Sydsjö ve ark.'nın (2015) çalışmasında doğumun aktif fazının süresi, girişim grubunda 233.0 ± 123.1 dakika, kontrol grubunda ise 366.9 ± 157.0 dakika bulunmuştur. Bu değerler dikkate alınarak etki büyüklüğü 0,955 olarak hesaplandı. 0,05 hata payı, %80 güç ve 0,955 etki büyüklüğü ile <http://www.danielsoper.com/> web adresi kullanılarak örneklem büyüklüğü her iki grup için 19 katılımcı olarak bulundu. Kayıp gözlemler ve Türkiye'deki sezaryen oranları dikkate alınarak örneklem büyüklüğü her iki grup için 45 olmak üzere toplam 90 katılımcı olarak belirlendi. Araştırma, girişim grubunda 21, kontrol grubunda 25 katılımcı olmak üzere toplamda 46 kişi ile tamamlanmıştır.

3.3.2. Güç ve Etki Büyüklüğü

Araştırma planlanırken etki büyüklüğü (0,955) referans çalışmadan (Sydsjö ve ark., 2015) alındı. Araştırma tamamlandıktan sonra ise örneklemde elde edilen ölçeklerin ve doğum sürelerinin puan ortalamaları ve standart sapmaları temel alınarak her bir ölçüm için ayrı ayrı etki büyüklüğü hesaplandı ve güç analizi yapıldı. G Power 3.1. paket programı kullanılarak t testine göre hesaplanan sonsal güç (Posthoc) ve etki büyüklüğü sonuçları Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. PostHoc Güç ve Etki Büyüklüğü Sonuçları

	Girişim			Kontrol			Güç	Etki Büyüklüğü
	n	Ort.	SS	n	Ort.	SS		
Wijma DEQ A ¹ (ES) ²	45	47.42	23.04	44	89.11	22.24	0.99	1.84
Latent Faz Süresi (dk)	17	304.4	140.0	15	544.6	295.6	0.92	1.03
Aktif Faz Süresi (dk)	17	144.1	57.53	15	226.6	62.73	0.99	1.37
Birinci Evre Süresi (dk)	17	517.6	187.3	15	863.2	304.8	0.99	1.36
GKÖ ³	21	3.37	0.25	25	2.48	0.34	1.0	2.98
Wijma DEQ B ⁴	20	68.90	8.50	19	92.53	18.21	0.99	1.66
ABBÖ ⁵	21	23.05	1.83	25	21.08	2.18	0.89	0.97
EÖYÖ ⁶	21	64.81	5.42	25	51.80	6.42	0.99	2.18

¹ Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği A versiyonu, ² Eğitim Sonrası, ³ Genel Konfor Ölçeği, ⁴ Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği B versiyonu, ⁵ Anne Bebek Bağlanma Ölçeği, ⁶ Emzirme Özyeterlilik Ölçeği.

3.3.3. Örneklemin Özellikleri

Araştırmanın örneklemini, DPÜEÇEAH kadın doğum polikliniklerinden hizmet alan ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerini taşıyan gebelerden oluşturuldu. Araştırmaya, 18-35 yaş arasında, W-DEQ A'dan 66 ve üzerinde puan alan, gebeliği spontan olan, primigravida, tek fetüsü olan, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler dahil edildi. Fiziksel ya da mental hastalığı olan, daha önce uterus operasyonu geçiren, bebeğinde ya da plasentada anomali saptanan, infertilite öyküsü, çoğul gebeliği ve sezaryen endikasyonu olan kadınlar araştırmaya dahil edilmedi. Bunların yanında araştırma sürecinde, araştırmaya dahil edilen gebelerden doğuma hazırlık eğitimlerini tamamlamayan (girişim:0), prezentasyon anomalisi veya gebelik komplikasyonu nedeniyle planlı sezaryen kararı alınan (girişim:19, kontrol:10), preterm ya da postterm doğum yapan (girişim:0, kontrol:1), en geç aktif faz içerisinde hastaneye başvurmayan (girişim:0, kontrol:0), elektif sezaryen kararı alınan (girişim:1, kontrol:4), doğumu başka sağlık kuruluşunda yapmaya karar veren (girişim:3, kontrol: 1), araştırmacıya haber vermeyen (girişim:0, kontrol:2) ya da araştırmacının doğumuna herhangi bir sebeple katılmadığı (girişim:1, kontrol:0) gebeler araştırmadan dışlandı.

3.3.4. Randomizasyon

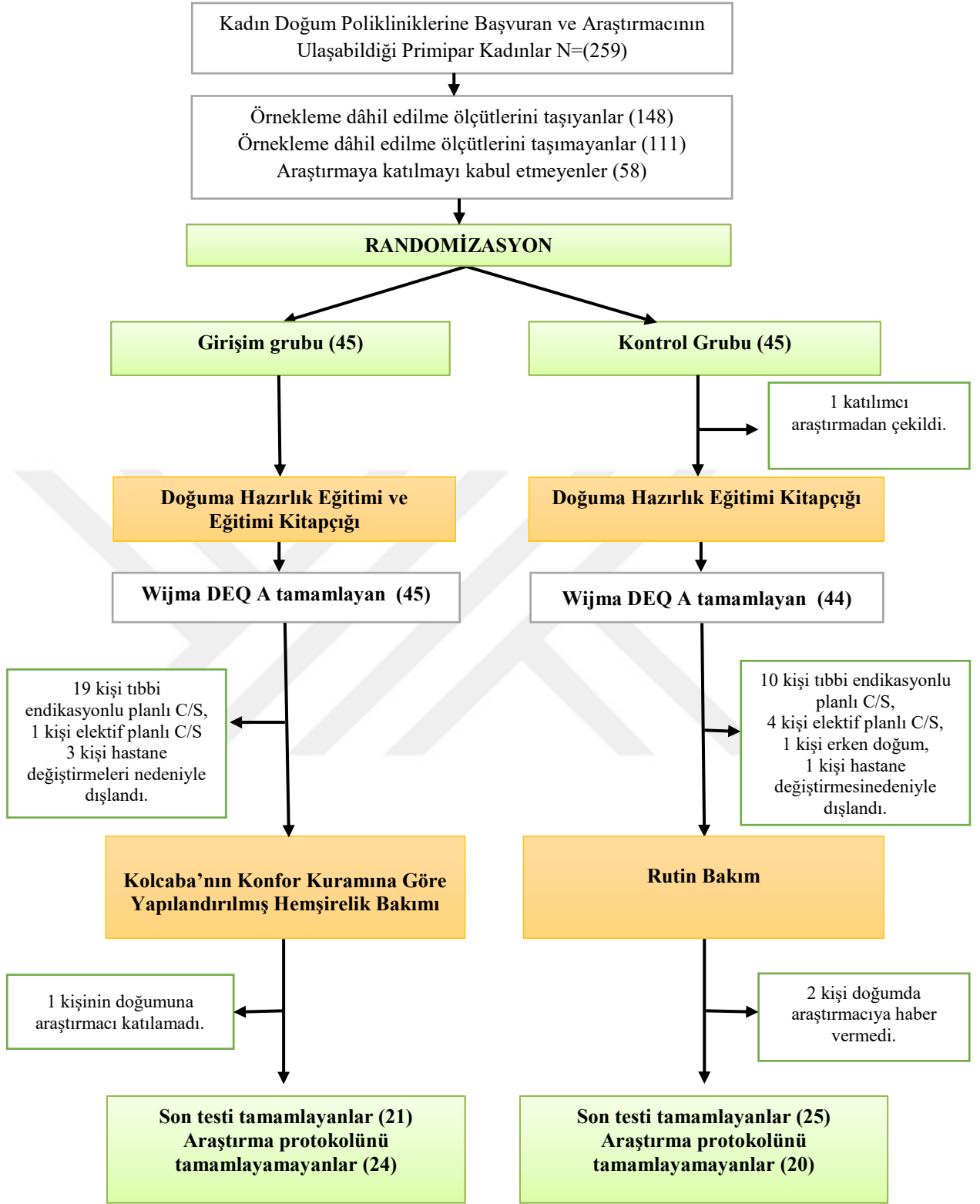
Katılımcı sayısının az olduğu çalışmalarda, grupları dengelemek için en uygun yöntem blok randomizasyon yöntemidir (Akan, 2014). Bu nedenle, bu araştırmada, katılımcıların gruplara dağıtımını blok randomizasyon yöntemi kullanılarak yapıldı. Katılımcılar, araştırmaya dahil olmayan bir kişi tarafından <https://www.randomizer.org/> web sitesi kullanılarak rastgele sayılar tablosu oluşturularak iki gruba ayrıldı. Opak zarflar 1 den 90'a kadar numaralandırılarak kapatıldı. Örnekleme dahil edilme ölçütlerini taşıyan katılımcıya, zarf çektilererek hangi gruba dahil olduğu belirlendi.

3.3.5. Körleme

Tek körleme, sadece gönüllülerin, çift körleme ise gönüllülerin ve araştırmacıların gruplara uygulanan girişimler konusunda bilgisinin olmamasını ifade etmektedir (Sümbüloğlu ve ark., 2007). Katılımcıların dahil olacağı grup, katılımcı çalışmaya dahil edildikten sonra zarf yöntemi ile belirlendi. Bu araştırmanın tasarımı çift körlemeye uygun değildi. Girişim ve değerlendirme araştırmacı tarafından yapıldı. Dolayısıyla araştırmacı, katılımcının hangi grupta olduğunu biliyordu. Katılımcının

hangi grupta olduğu gizlenerek tek yönlü körleme yapıldı. Randomize kontrollü çalışmalarda verilerin raporlanmasında açıklık, bütünlük ve şeffaflığı kolaylaştırmak için araştırmanın her aşamasının Consolidated Standarts of Reporting Trials (CONSORT)'a göre yapılması önerilmektedir (Sunay ve ark., 2013). Bu araştırmanın CONSORT şeması Şekil 3.1'de gösterilmiştir.





Şekil 3.1. CONSORT Şeması

3.3.6. Girişim ve Kontrol Gruplarının Homojenitesi

Araştırmanın girişim ve kontrol gruplarına randomizasyonu yapılan gebeler arasında bireysel özellikler, gebeliğe ilişkin özellikler ve doğum korkusu seviyesi açısından fark olup olmadığı pearson ki kare testi ile değerlendirildi. Araştırmanın başlangıcında gebelerin tanımlayıcı özellikleri ve doğum korkusu seviyeleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu durum araştırmanın girişim ve kontrol gruplarının homojen dağıldığını göstermektedir (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=90)

	Girişim		Kontrol		X ²	p
	n (45)	%	n (45)	%		
Yaş						
18-25	19	42.22	17	37.80	0.185	0.667
26-34	26	57.78	28	62.20		
Medeni durum						
Evli	44	97.78	43	95.56	0.344	0.557
Bekar	1	2.22	2	4.44		
Öğrenim durumu						
İlköğretim ve altı	7	15.56	9	20.0	0.304	0.581
Lise ve üzeri	38	84.44	36	80.0		
Çalışma durumu						
Çalışan	16	35.56	9	20.0	2.713	0.090
Çalışmayan	29	64.44	36	80.0		
Gelir seviyesi						
Gelir giderden az	5	11.11	5	11.11	0.000	1.000
Gelir gidere denk	36	80.00	36	80.00		
Gelir giderden fazla	4	8.89	4	8.89		
Gebeliği planlama durumu						
Evet	35	77.78	39	86.67	1.216	0.27
Hayır	10	22.22	6	13.33		
Doğum şekline ilişkin planı						
Vajinal doğum	44	97.78	41	91.11	1.905	0.167
Sezaryen	1	2.22	4	8.89		
Doğum öncesi bakım alma						
Evet	41	91.11	42	93.33	0.154	0.690
Hayır	4	8.89	3	6.67		
Wijma DEQ A¹ (EÖ)²						
66-84	26	57.80	28	62.20	0.185	0.667
>84	19	42.20	17	37.80		

¹ Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği A versiyonu, ² Eğitim Öncesi

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgiler Formu, W-DEQ A ve B versiyonları, Konfor Davranışları Kontrol Listesi, Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonuçları Formu, Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgiler Formu: Bu form katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ve obstetrik özelliklerine ilişkin bilgileri elde etmek için kullanıldı (EK-1).

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu: W-DEQ A versiyonu kadınların yaşadığı doğum korkusunu saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek, bu amaç için Klaas ve Barbro Wijma (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31 numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükcü ve ark. (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.89, Split-half güvenilirliği 0.91'dir. Ölçeğin mevcut çalışma için cronbach alfa katsayısı birinci ölçüm için 0.79 ikinci ölçüm için 0.95 bulundu. W-DEQ A'nın puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar; düşük derecede (W-DEQ A puanı ≤ 37), orta derecede (W-DEQ A puanı 38-65 arasında olanlar), ileri derecede (W-DEQ A skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ A puanı ≥ 85) şeklinde gruplandırılmaktadır (EK-2).

Konfor Davranışları Kontrol Listesi (KDKL): Kontrol listesi, 1989 yılında Katharina Kolcaba tarafından geliştirilmiştir. Kontrol listesi, bireyin anket doldurmasının mümkün olmadığı durumlarda gözlemci tarafından doldurulmaktadır. Doğum anında kadınlara soru sorulması, kadının beyninin neokorteksini aktive ederek doğumun akışını bozabilmektedir. Bu nedenle doğumda konforu gözlemlerle değerlendirebilmek için KDKL tercih edilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Khatrine Kolcaba'dan izin alınarak KDKL'nin geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Konfor Davranışları Kontrol Listesi 30 adet davranışsal göstergeden oluşmaktadır. Bunların yanında, Kolcaba, listenin konforu ölçen tek ölçüm aracı olması durumunda, bireyin ağrı ve konforuna sayısal puan vermesini böylelikle konforun objektif olarak değerlendirilmesini önermektedir. Listenin 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 numaralı

soruları ters kodlanmaktadır. Liste 4'lü likert tipinde puanlanmaktadır. Liste doldurulduğu anda birey için uygun olmayan soruya 0 puan verilerek puanlama yapılmaktadır. Cevaplanan toplam soru sayısı 4 ile çarpılmakta ve olası puan elde edilmektedir. Ters sorular çevirilerek tüm soruların puanları toplanır ve ham konfor puanı elde edilir. Son olarak olası konfor puanları, ham puanlara bölünerek ondalıklı bir sayı elde edilir. Elde edilen puanın ondalıklı kısmı iki basamaklı sayı olarak ifade edilir. Yüksek puanlar yüksek konfor seviyesini işaret eder (EK-3).

Doğum Sonuçları Formu: Doğum sonuçları formunda, katılımcıların doğum şekli, doğumda yapılan müdahaleler, doğum süreleri, yenidoğanın APGAR skoru, kontrol dışında hastaneye başvuru ve gelecek doğum tercihlerine yönelik sorular bulunmaktadır (EK-4). Katılımcıların latent faz başlangıcı uterus kontraksiyonlarının düzenli gelmeye başladığını ifade ettikleri saat olarak alındı. Aktif faz başlangıcı ise katılımcı henüz hastaneye gelmedi ise kontraksiyonların 5 dakikada bir gelmeye başladığı saat, eğer hastaneye gelmiş ise vajinal muayene sonuçlarına göre 4 cm'e ulaştığı saat olarak alındı. Geçiş fazının ve ikinci evrenin süresi araştırmacı tarafından gözlemlendi.

Genel Konfor Ölçeği (GKÖ): Katharina Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilen Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek dördümlü likert tipte olup toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin konfor düzeyleri; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15 madde)'dir. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmektedir. Buna göre pozitif maddelerde yüksek puan (4) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora işaret etmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, elde edilen negatif puanlar (5, 6, 8, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 45, 48) ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Düşük konfor bir puan, yüksek konfor dört puan ile ifade edilmektedir. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.85 bulunmuştur. Bu çalışma için ise ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.95 bulunmuştur (EK-5).

Tablo 3.3. Genel Konfor Ölçeğinin Boyutları ve Düzeyleri

Boyutlar	Düzeyler		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel	14*, 19*, 48*, 25*	1, 36, 20*, 28*	15, 29, 5*, 6*
Psikospiritüel	44, 46, 22*, 40*	2, 7, 31, 38, 24*	9, 17, 41*, 45*
Sosyokültürel	3, 27, 12*, 34*	11, 47, 32*, 42*	30, 33, 18*, 21*, 35*
Çevresel	37, 8*, 13*, 26*	4, 23, 43, 39*	10, 16

*Ters maddeler

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu: W-DEQ B versiyonu kadınların yaşadığı doğum korkusu deneyimlerini, doğum sonu dönemde ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma (1998) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Türkçe versiyonunda faktör analizi sırasında 8. madde ölçekten çıkarılmış ve 32 madde kalmıştır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tipindedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 160'dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. 2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 23, 24, 26, 30 numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçeğin split half güvenilirliği 0,87'dir. Körükcü ve ark., (2014) tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin altboyutları ve cronbach alfa katsayıları sırasıyla, doğum ağrısı hakkında kaygı (0.94), pozitif davranışların yetersizliği (0.77), yalnızlık (0.83), pozitif duyguların yetersizliği (0.81), doğum hakkındaki kaygılar (0.84) ve bebek hakkındaki kaygılar (0.95) şeklindedir (EK-6). Ölçeğin mevcut çalışma için cronbach alfa katsayısı 0.72 bulunmuştur.

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ): Ölçek, doğumdan sonraki ilk günden itibaren uygulanabilecek şekilde düzenlenmiş ve annenin bebeğine karşı hissettiklerini tek bir kelime ile ifade etmesine olanak sağlamaktadır. Ölçek, Taylor ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması, Karakulak ve Alparslan tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği, 8 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 24 olmaktadır. Değerlendirmede 1., 4., ve 6. maddeler olumlu duygu ifadesi olup 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 2., 3., 5., 7. ve 8. maddeler olumsuz duygu ifadeleri olup 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bağlanmanın daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin puanlayıcılar arası güvenilirliğinin 0.71 ve iç tutarlık güvenilirliğinin 0.66 olduğu bildirilmiştir.

Ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmasına ilişkin cronbach alfa kat sayısı 0.68 bulunmuştur (EK-7). Ölçeğin bu çalışma için cronbach alfa katsayısı 0.59 bulunmuştur.

Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği (PEÖÖ): Annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerini değerlendirmek amacıyla, Dennis ve Faux tarafından geliştirilen, ilk formu 33 maddelik olan bir ölçektir. Daha sonra 2003 yılında ölçeğin 14 maddelik kısa formu geliştirilmiştir. Kısa form daha kolay uygulanmakta ve öz-yeterliliği doğru değerlendirmektedir. PEÖÖ, 5 puanlı likert tipi bir ölçektir. Bandura'nın önerdiği gibi tüm maddeler pozitif yöndedir. Ölçekten alınabilir minimum puan 14, maximum puan 70'tir. Yüksek puanlar yüksek emzirme öz-yeterliliğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Tokat ve ark. (2010) tarafından yapılmış olup cronbach's alfa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (EK-8). Ölçeğin mevcut çalışma için cronbach alfa katsayısı 0.90 bulunmuştur.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri beş aşamada toplandı. Veri toplama süreci, girişim ve kontrol grupları için ayrıntılı olarak aşağıda açıklanmıştır.

Girişim Grubunun Veri Toplama Süreci:

Birinci Aşama: Doğum korkusu olan kadınları saptamak ve örneklem grubunu oluşturmak amacıyla gebeliğinin 20-24. haftalarında DPÜEÇEAH kadın doğum polikliniklerine rutin gebelik takibi nedeniyle başvuran gebelere, tanıtıcı bilgiler formu, W-DEQ A versiyonu uygulandı. Bu ölçekten 66 ve üzerinde puan alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler zarf yöntemi ile girişim grubunu çeken gebeler dahil edildi.

İkinci Aşama: Girişim grubundaki kadınlara gebeliklerinin 24-34. Haftaları arasında 12 saatlik doğuma hazırlık eğitimi verildi. Eğitim 3 saatlik 4 oturum şeklinde yapıldı ve günde iki oturum olmak üzere iki günde tamamlandı. Eğitimin sonunda hazırlanan eğitim kitapçığı gebelere verildi. Doğuma hazırlık eğitiminin oturumları tamamlandıktan sonra eğitime düzenli katılım gösteren ve örneklemden dışlama ölçütü oluşmamış kadınlara gebeliklerinin 36-38. haftaları arasında doğum korkusu düzeylerini belirlemek için W-DEQ A versiyonu ikinci kez uygulandı. Körükçü ve ark. (2009), doğum korkusunun 34-38. haftalarda en yüksek seviyeye ulaştığını belirtmektedirler. Bu nedenle ikinci ölçümler 36-38. haftalarda yapıldı.

Üçüncü Aşama: Doğum eylemi boyunca araştırmacı kadınların yanında oldu ve Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımını uyguladı. Doğum eyleminin I. evresinde "Konfor Davranışları Kontrol Listesi", 4. Evresinde "Doğum Sonuçları Formu" uygulanarak veri toplama sürecinin üçüncü aşaması tamamlandı. Doğum sonuçları formu, doğumdan sonraki iki saat içerisinde dolduruldu. Ancak annenin doğum sonu birinci haftada (7-13. gün arasında) hastaneye kontrol dışı başvurma durumu, yenidoğan için doğum sonu birinci haftada hastaneye kontrol dışı başvurma durumu ve sonraki doğum tercihi doğum sonu dönemde yapılan ev ziyaretinde soruldu.

Dördüncü Aşama: Veri toplama sürecinin dördüncü aşamasında "Genel Konfor Ölçeği" katılımcılar hastaneden taburcu olmadan önce uygulandı.

Beşinci Aşama: "W-DEQ B", "Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği" ve "Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği" doğum sonu birinci hafta (doğumdan sonraki 7-13 günler arasında) ev ziyareti yapılarak uygulandı. Ayrıca doğum sonuçları formunda yer alan hastaneye kontrol dışı başvurma durumu, yenidoğan için doğum sonu birinci haftada hastaneye kontrol dışı başvurma durumu ve sonraki doğum tercihi doğum sonu dönemde yapılan ev ziyaretinde soruldu. Verilerin toplanma sürecine ilişkin akış şeması Şekil 3.2'de özetlenmiştir.

Kontrol Grubunun Veri Toplama Süreci:

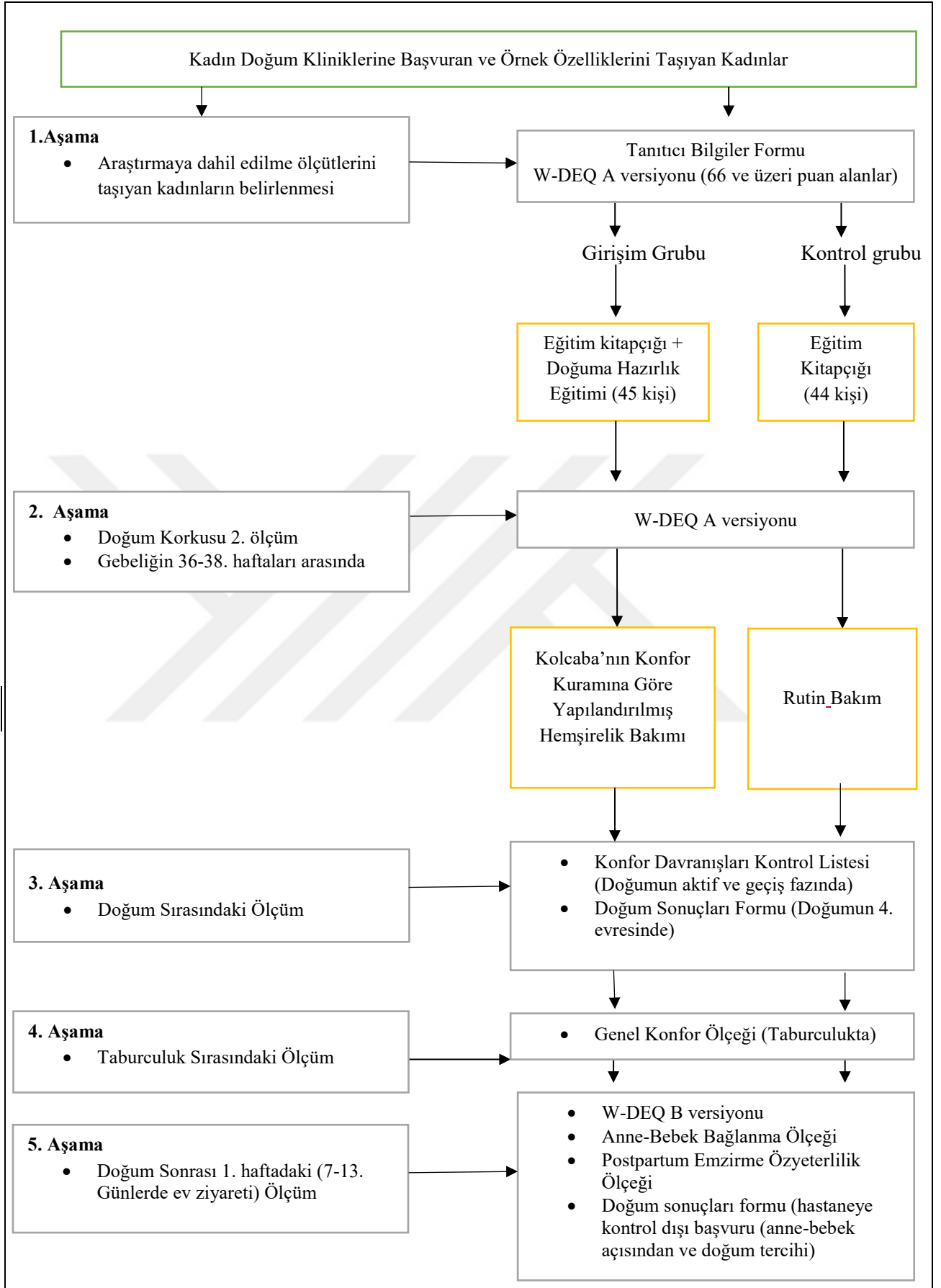
Birinci Aşama: Doğum korkusu olan kadınları saptamak ve örneklem grubunu oluşturmak amacıyla gebeliğinin 20-24. haftalarında DPÜEÇEAH kadın doğum polikliniklerine rutin gebelik takibi nedeniyle başvuran gebelere, tanıtıcı bilgiler formu, W-DEQ A versiyonu uygulandı. Bu ölçekten 66 ve üzerinde puan alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler zarf yöntemi ile kontrol grubunu çeken gebeler dahil edildi.

İkinci Aşama: Kontrol grubundaki kadınlara gebeliklerinin 36-38. haftaları arasında doğum korkusu düzeylerini belirlemek için W-DEQ A versiyonu ikinci kez uygulandı. Bu sırada, doğuma hazırlık eğitimi kitapçığı, kontrol grubundaki katılımcılara da verildi.

Üçüncü Aşama: Doğum eyleminin I. evresinde “Konfor Davranışları Kontrol Listesi”, 4. evresinde “Doğum Sonuçları Formu” uygulanarak veri toplama sürecinin üçüncü aşaması tamamlandı.

Dördüncü Aşama: Veri toplama sürecinin dördüncü aşamasında “Genel Konfor Ölçeği” katılımcılar hastaneden taburcu olmadan önce uygulandı.

Beşinci Aşama: “W-DEQ B”, “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği” ve “Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği” doğum sonu birinci haftada (doğumdan sonraki 7-13. günler arasında) ev ziyareti yapılarak uygulandı. Ayrıca doğum sonuçları formunda yer alan hastaneye kontrol dışı başvurma durumu, yenidoğan için doğum sonu birinci haftada hastaneye kontrol dışı başvurma durumu ve sonraki doğum tercihi doğum sonu dönemde yapılan ev ziyaretinde soruldu. Verilerin toplanma sürecine ilişkin akış şeması Şekil 3.2’de özetlenmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın Veri Toplama Sürecine İlişkin Akış Şeması

3.6. Araştırma Kapsamında Yapılan Uygulamalar

3.6.1. Ön Uygulama

Ön uygulama, 5 girişim 2 kontrol grubunda katılımcı ile yapıldı. Girişim grubuna 24-25 Kasım 2016 tarihlerinde doğuma hazırlık eğitimi verildi. Katılımcıların doğumları Şubat-Mart 2017 aylarında gerçekleşti. Girişim grubunda doğumların ikisi vajinal, üçü sezaryen doğum ile sonuçlandı. Ön uygulama sonrasında girişim grubuna ilişkin düzenleme yapılmadı. Ancak, kontrol grubunda olan katılımcılara 2. izlemlerinde (36-38. hafta) ulaşmak güç olmuştur ve doğuma giderken haber vermemişlerdir. Bu nedenle, kontrol grubuna eğitim kitapçığının ilk izlemde değil, ikinci izlemde verilmesine karar verildi.

3.6.2. Doğuma Hazırlık Eğitimi

Doğuma hazırlık eğitimleri, Kütahya Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı 'Gebe Okulu'nda yapıldı. Literatür incelendiğinde, gebe eğitim salonlarının aydınlık, renkli, her katılımcı için en az 2,5x2,5 cm² lik alan ayrılacak büyüklükte ve U biçiminde oturma düzenine elverişli olması gerektiği belirtilmektedir (Mete, 2008; Bayram ve Şahin, 2010). Gebe okulu, 8 kişinin kolaylıkla sığabileceği genişlikte ve rahatlığı sağlayacak minderlerle döşenmişti. Salon, aydınlık ve gebe eğitimi için koşulları uygundu. Ayrıca, gebe okulu konumu açısından gebelerin rahatlıkla ulaşabileceği bir konumda bulunmaktaydı.

Doğuma hazırlık eğitimi, araştırmaya dahil edilme ölçütlerini taşıyan ve girişim grubuna randomize edilen kadınlara 24-34. gebelik haftaları arasında verildi. Yapılan 8 adet eğitimin tarihleri ve katılımcı sayıları Tablo 3.4'te belirtilmiştir. Doğuma hazırlık eğitimi her biri üç saatlik dört oturum olmak üzere toplam 12 saat grup eğitimi şeklinde verildi. Eğitim grupları, en az beş en fazla yedi katılımcıdan oluştu. Katılımcıların doğum zamanlarının çakışma ihtimalini azaltmak için ayda bir adet doğuma hazırlık eğitimi yapıldı. Eğitim salonunun ve eğitimlerin fotoğrafları EK-9'da verilmiştir.

Tablo 3.4. Doğuma Hazırlık Eğitiminin Yapıldığı Tarihler ve Katılımcı Sayısı

Tarih	Gün	Katılımcı Sayısı	Eğitim Saatleri ve Oturum Sayısı
22-23 Aralık 2016	Perşembe-Cuma	5	Eğitimler, 3 saatlik 4 oturum olmak üzere toplam 12 saat sürdü.
25-26 Ocak 2017	Perşembe-Cuma	6	
13-17 Şubat 2017	Pazartesi-Salı	4	
22-23 Mart 2017	Çarşamba-Perşembe	7	
13-14 Nisan 2017	Perşembe-Cuma	5	Eğitimler günde 2 oturum olmak üzere iki günde tamamlandı.
15-18 Mayıs 2017	Cuma-Pazartesi	4	
19-20 Haziran 2017	Pazartesi-Salı	7	
13-14 Temmuz 2017	Perşembe-Cuma	7	

Doğuma hazırlık eğitimi, temelde Lamaze felsefesi olmak üzere aktif doğum, hipnobirthing, Dick Read ve farkındalık temelli doğuma hazırlık felsefelerinden faydalanılarak oluşturuldu (Mete, 2000; Bayram ve Şahin, 2010; Bardacke, 2012; Okumuş ve ark., 2015; Mete ve ark., 2017). Eğitimde katılımcılara doğum şekilleri, doğum kanalının doğum eylemindeki işlevi, doğum eyleminin başladığını gösteren belirtiler, doğum eyleminde görev alan hormonlar, doğum kasılmaları, doğum eyleminin evrelerine göre yaşanabilecek durumlar hakkında bilgi verildi. Ayrıca, doğuma yardımcı solunum ve gevşeme teknikleri, doğum pozisyonları ve egzersizler, doğumda kullanılacak ağrı ile başatma yöntemleri hakkında bilgi verildi. Bunların yanında korkunun doğum eylemindeki etkisi, korkunun davranışlar üzerindeki etkileri ve korku ile baş etme stratejileri anlatıldı. Eğitim içeriğinin oturumlara göre dağılımı EK-10'da verilmiştir. Eğitim içeriği ilgili literatürden faydalanılarak oluşturuldu (Mongan, 2005; Mete, 2008; Bayram ve Şahin, 2010; Bardacke, 2012; Mete ve ark., 2015; Okumuş ve ark., 2015). Ayrıca, hem girişim grubuna ve kontrol grubuna 'Doğuma Hazırlık Eğitimi Kitapçığı' verildi (EK-11). Kitapçık, doğuma hazırlık eğitiminde anlatılan konuların özetinden oluşmaktadır. Kitapçık, literatür doğrultusunda hazırlandıktan sonra doğuma hazırlık eğitimleri veren üç uzmandan (Doç. Dr. Keziban Yenal, Uzm. Psk. Neşe Karabekir, Uzm. Dr. Hakan Çoker) görüş alındı. Eğitim kitapçığı, girişim grubuna eğitim bittikten sonra kontrol grubuna ise 36-38. gebelik haftalarında yapılan 2. ölçümde verildi. Kontrol grubuna eğitim kitapçığı, araştırmaya adaptasyonlarını artırarak vaka kayıplarını önlemek için verilmiştir.

Doğuma hazırlık eğitimlerinin teorik sunumları ve video gösterimi, projeksiyon cihazı ve perdesi kullanılarak yapıldı. Eğitici, eğitim süresince sunum, tartışma, örnek olay gösterme, soru-cevap, gösterip yaptırma, rol yapma, ısınma oyunları, maket kullanımı (pelvis, plasenta, bebek, amniyon kesesi) ve video gösterimi gibi interaktif öğretim tekniklerinden faydalanıldı. Doğum ağrısı ile baş etmeye ilişkin egzersizler ve doğumda rahatlatıcı pozisyonlar pilates topu ve yastık kullanılarak gösterildi.

Araştırmacı doğuma hazırlık eğitimlerini yapabilmek için Lamaze sertifikalı “Doğuma Hazırlık Eğitmeni ve Doula Eğitimi”ni tamamladı (EK-12).“Lamaze Sertifikalı Doğuma Hazırlık Eğitmeni ve Doula Eğitimi”, temel doğuma hazırlık eğitimi, doğuma hazırlık eğitiminde dışa vurumcu tekniklerin kullanılması, doğuma hazırlık eğitiminde felsefeler ve uygulamalar, kişisel gelişim, doula eğitimi, ilaç dışı rahatlatıcı ve tamamlayıcı teknikler, emzirme ve bebek bakımı, gebelik ve doğumda fiziksel egzersiz ve yoga olmak üzere toplam 200 saatlik 8 modülden oluşmaktadır.

3.6.3.Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı

Araştırma kapsamında verilen doğum desteği Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellendirildi. Konfor Kuramı, doğum yapan kadınlara bütüncül bakış açısıyla yaklaşılmasında böylelikle doğum süresince kadının bütün gereksinimlerinin karşılanmasında yol gösterici olmuştur. Doğum desteği, Konfor Kuramı'nın boyut ve derecelerini içeren taksonomik yapısına göre oluşturuldu. Fiziksel konfor boyutunda 6 gereksinime (etkili nefes alış verişini sağlayabilme, sıvı ve gıda alımı, doğumun ikinci evresinde etkili ıkınabilme, doğumda özgür hareket etme ve pozisyonunu düzenleyebilme, eliminasyon, ağrı ile başetme), psikospiritüel konfor boyutunda 6 gereksinime (korkunun ifade edilmesi, saygı ve önemsenme, güven duyma, takdir edilme ve cesaretlendirilme, inançları doğrultusunda ibadet etme, kararlara katılım), sosyokültürel konfor boyutunda 6 gereksinime (eş ve yakınların desteklenmesi, yalnız kalmama, bilgilendirilme, kültürel gelenekleri yerine getirebilme, etkin kişilerarası iletişim geliştirebilme, anne-bebek etkileşiminin sağlanması) ve çevresel konfor boyutunda 2 gereksinime (ısı, ses ve ışığın ayarlanması, mahremiyete saygı) göre destekleyici hemşirelik girişimleri planlandı. Sağlık bakım gereksinimleri Kolcaba'nın kuramından temel alındı ve Henderson'un 14 temel insan gereksinimi doğrultusunda hazırlandı.

Konforu destekleyici hemşirelik girişimleri kanıta dayalı literatür doğrultusunda hazırlandı (Hofmeyr, 2005; Hottenstein, 2005; Adams ve Bianchi, 2008; Hodnett ve ark., 2009; AWHONN, 211; Hodnett ve ark., 2013; NICE, 2014; Simkin ve Ancheta, 2016). Hemşirelik girişimleri EK-13'te detaylı olarak açıklandı. "Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı"nın taksonomik yapısında verilen doğum desteği sonrasında gelişmesi beklenen konfor düzeylerinde görülebilecek objektif ve sübjektif çıktılar belirlendi (EK-13). Verilen doğum desteği sonrasında en az ferahlama düzeyinde konfor sağlamak hedeflendi. Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımı, "Lamaze Sertifikalı Doğuma Hazırlık Eğitmeni ve Doula Eğitimi"ni tamamlamış ve 'Doğum Ağrısı ile Başetme' konusunda eğitim almış araştırmacı tarafından uygulandı (EK-14).

Doğum desteği, farmakolojik ve medikal olmayan konfor önlemlerini (gevşeme, masaj, müzik, soğuk/sıcak uygulama...) içermektedir. Bu konfor önlemleri gevşeme, dokunma, masaj, soğuk/sıcak uygulama, müzik ve aromaterapinin kullanılmasını içermektedir. Konforu destekleyen hemşirelik girişimleri, doğum yapan bireyin ihtiyaçlarına göre planlanmıştır. Örneğin; aromatik kokulardan rahatsız olduğunu bildiren kadınlara ya da müzikten rahatsız olduğunu bildirenlere bu girişimler uygulanmadı ya da akupressure noktaları, sürekli fetal monitorizasyon gereken kadınlarda daha fazla kullanıldı. Doğumda kullanılan tamamlayıcı terapilerin uygulanış biçimi aşağıda özetlenmiştir.

Aromaterapi: Aromaterapi kullanılan hastalarda lavanta, adaçayı, gül, yasemin yağları kullanılmıştır. Aromatik yağlar, badem taşıyıcı yağı ile seyreltilerek kullanılmıştır. Her 20 ml badem yağına 5 damla aromatik yağ eklenmiştir. Yağlar, doğum yapan kadının bileklerine ve şakaklarına sürülerek, yastığına damlatılarak ve masaj sırasında kullanılmıştır. Yağlar, kullanılmadan önce kadınların denemesi ve rahatsız eden kokuyu belirtmesi istenmiştir. İki kişi, bütün aromatik yağlardan rahatsız olduğu için yağlar bu kişilerde kullanılmamıştır.

Masaj: Doğumda endorfin masajı başta olmak üzere, sırtta, ellere, ayaklara ve sakrumasıklıkla masaj uygulandı. Masajlar, doğumda kadının gereksinimlerine odaklanarak ihtiyaç duyduğu zamanda ve sürede uygulandı.

Akupressure: Doğumda Shiatsu akupressure noktalarından SP6, LI4 ve GB21 noktaları kullanıldı. SP6 ve LI4 dinlenme sırasında ya da fetal monitorizasyon sırasında uygulandı. GB21 ise genellikle doğumun ilerleyen evrelerinde ağrıyı azaltmak ve enerjiyi pelvise yönlendirmek için kullanılmıştır. Bası doğumun erken evrelerinde mümkün olduğunca her 30 dakikada bir, ilerleyen evrelerde ise her kontraksiyon sırasında uygulandı.

Müzik: Bu çalışmada doğuma hazırlık eğitimlerinde ve doğumda rahatlatıcı uzak doğu müzikleri kullanılmıştır. Müzikler, doğuma hazırlık eğitimi sonrasında gevşeme egzersizleri sırasında kullanmaları ve benimsemeleri için kadınlar ile paylaşılmıştır. Bir kişinin doğumunda doğum salonu müsait olmadığı için bir kişinin doğumunda ise kadın tercih etmediği için müzik kullanılmamıştır.

Soğuk-sıcak uygulama: Sıcak uygulama, doğumun erken evrelerinde kadın dinlendiği sırada ayakların ve bacakların sıcak tutulması böylelikle gevşemenin sağlanması için kullanıldı. Soğuk uygulama ise doğumun ilerleyen fazlarında sakruma uygulandı. Bunun yanında ıslak soğuk havlu ile kadının yüzü ve elleri silinerek ferahlaması sağlandı. Sakruma soğuk uygulama, aktif pozisyonları daha fazla kullanan kadınlarda gereksinim duyulmadığı için kullanılmadı.

Ten Tene Temas: Girişim grubundaki bebeklerin, annede ya da bebekte herhangi bir problem olmadığında, doğar doğmaz annenin çıplak göğsü ile ten tene teması sağlandı. Anne ve bebeğin mümkün olduğunca ilk emzirme tamamlanana kadar bir arada kalması hedeflendi. Ancak uygulamalar doğumda bulunan ebe ve hekime göre değişiklik gösterdi. Ten tene teması, en az beş dakika, en fazla iki saat sürdü.

Kordonun Geç Kesilmesi: Girişim grubundaki kadınların bebeklerinin kordonu mümkün olduğunca geç (doğumdan en az bir dakika sonra) kesildi. Kordonun geç kesilmesi, annenin isteğine, doğumda bulunan sağlık profesyonelinin uygulamaya bakışına ve doğumda gelişen acil durumlara göre değişiklik göstermiştir. Girişim grubundan, bir kadının bebeği yoğun bakıma alındığı, dört kadının doğumu sezaryenle sonuçlandığı ve 6 kadının ebesi/doktoru istemediği için bebeklerinin kordonu erken kesilmiştir. Doğum salonu çalışanları ile araştırmacının aynı bakış açısına sahip olmaması bu uygulamanın yapılmasını güçleştirdi.

Araştırmacı katılımcıların doğumu sırasında rutin klinik uygulamalarda (serum takılması, ilaç uygulanması, fetal monitorizasyon vs...) yanında bulundu. Ancak uygulamayı kendisi yapmadı. Doğuma hazırlık eğitimlerine katılan gebe, doğumu başladığında araştırmacıya haber verdi ve araştırmacı doğum sırasında gebenin yanında oldu. Doğum desteği, katılımcının hastaneye yatışından başlayıp (en geç aktif faz içerisinde) doğum sonu erken dönem sonlanana kadar (doğum sonu 2 saat) aralıksız sürdü. Sezaryen kararı doğumdan önce alınan katılımcılar örneklemden çıkarıldı (girişim: 20, kontrol: 14). Ancak doğumu başladıktan sonra herhangi bir nedenle sezaryene alınan katılımcılar (girişim:4, kontrol:10) örneklemden çıkarılmadı ve doğum sonu erken dönem sonlanana kadar desteklendi.

3.6.4. Araştırmacının Tez Konusundaki Hazırlığı

Araştırmacının tez konusundaki hazırlığı EK-15'te verilmiştir.

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 22.0 programı kullanıldı. KDKL'nin dil geçerliliğini sağlamak için çeviri, içerik ve teknik geçerlilik tekniklerinden faydalanıldı. İçerik geçerliliği için 10 adet uzmandan görüş alınmış ve uzman değerlendirmeleri Kendall Uyuşum Katsayısı (W) ile yapıldı. Listenin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla bilinen grup yöntemi kullanıldı. Listenin güvenilirliğini değerlendirmek için ise Cronbach Alfa, madde toplam kolerasyonları, madde atıldığında alfa katsayısı değerlendirildi.

Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterildi. Öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Shapiro-Wilk testi sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği anlaşıldı ve istatistiksel analizde parametrik olmayan testler kullanıldı. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Kruskal-Wallis H testi uygulandı. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için isekorelasyon analizi yapıldı. Ayrıca, aynı bireylerden elde edilen iki farklı ölçüm zamanındaki farkın testi için Wilcoxon testi (iki eş arasındaki farkın önemlilik testi) kullanıldı. Kategorik

değişkenler arasındaki fark ise pearson ki kare testi ile değerlendirildi. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.03.2016 tarihinde 183 nolu karar ile onay alındı (EK-16). Bunun yanında araştırmanın yapılacağı Kütahya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 22.04.2016 tarihinde (EK-17) ve DPÜEÇEAH'den 25.04.2016 tarihinde izin alındı (Ek-18). Araştırmaya ilişkin açıklamalar yapıldıktan sonra katılmayı kabul eden kadınlardan 'Bilgilendirilmiş Onam' alındı (EK-19-20-21). Ayrıca, çalışmada kullanılan konfor teorisini geliştiren Kathrine Kolcaba'dan (EK-22) ve kullanılan ölçeklerin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan mail yoluyla izin alındı (EK-23-25).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya ilişkin sınırlılıklar aşağıda belirtilmiştir.

- Kütahya Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı Gebe Okulu sadece mesai saatleri içerisinde açık olduğu için çalışan ve eğitim günlerinde izin alamayan gebeler çalışmaya alınamamıştır. Bunun yanında doğuma hazırlık eğitimine eşler katılamamıştır.
- Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi doğum salonunda eşlerin doğuma katılmasına izin verilmemektedir. Bu nedenle eşin desteğinden faydalanılamaması bu araştırmanın sınırlılıklarındandır.
- Örneklem grubu oluşturulurken yapılan ilk görüşmelerde gebe ile görüşülebilecek özel bir alanın olmaması araştırmaya katılım oranlarını sınırlamıştır.
- Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, doğum salonunda gebelerin tek başına kalabileceği odaların olmaması araştırmacının uygulamalarını sınırlamıştır.
- Doğum korkusunun doğumda tesbit edilememiş olması bu araştırmanın sınırlılıklarındandır.

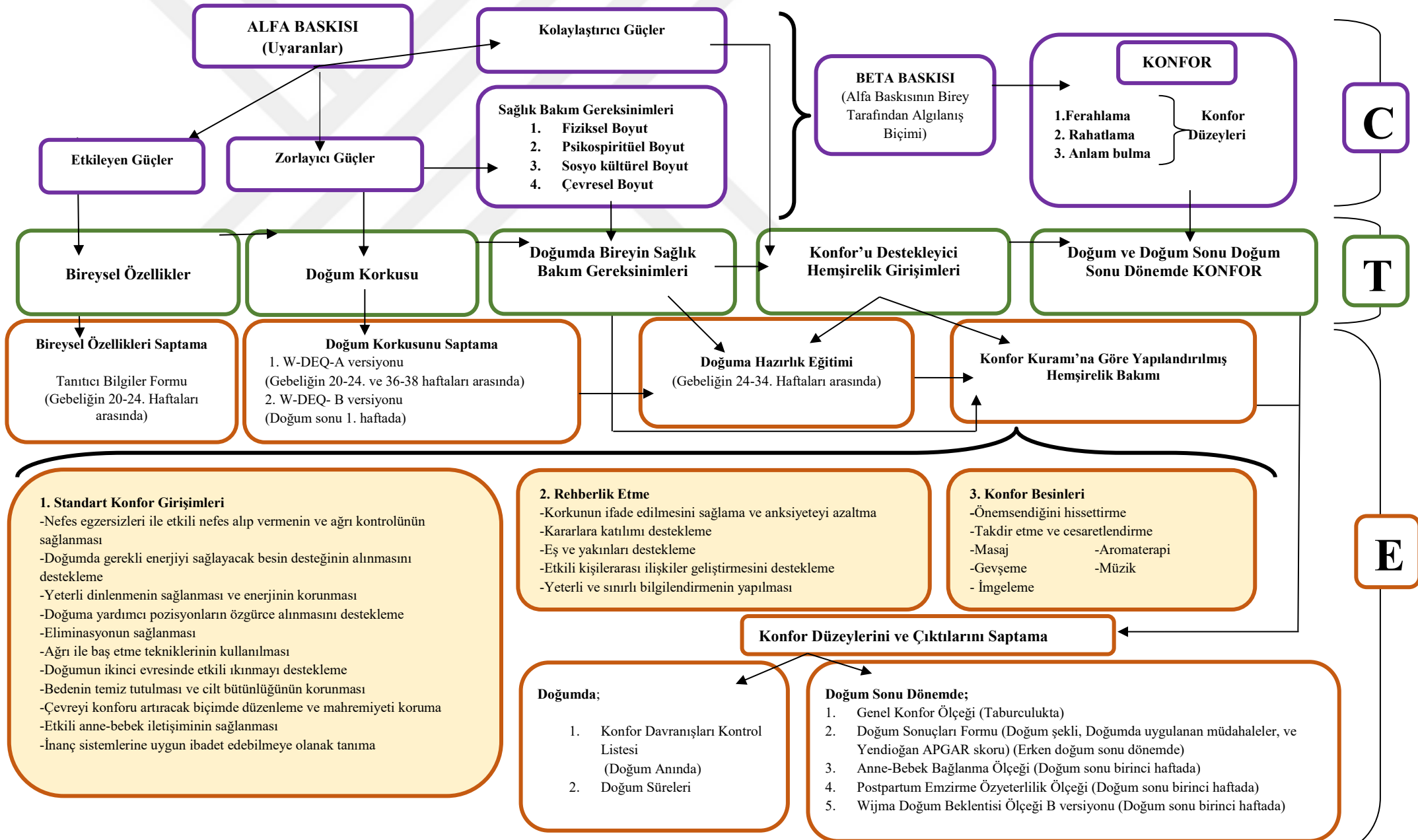
3.10. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

- Doğuma hazırlık eğitimleri ile bilinçlenen gebelerin doğumu başka hastanede yapmayı tercih etmesi vaka kaybedilmesine neden olmuştur. Uygulamanın yapıldığı hastanenin anne-bebek dostu hastane olmaması güçlük yaşanmasına neden olmuştur.
- Doğum ekibinin araştırmacı ile aynı bakış açısına sahip olmaması “Konfor Kuramı’na göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı”na uygun bakım stratejilerinin uygulanmasını güçleştirmiştir.
- Doğum odalarında yatakların ve doğum masalarının kapıya bakıyor olması araştırmacının mahremiyeti sağlamasını güçleştirmiştir.
- Kontrol grubuna rutin bakımı içinde destekleyici bakımın verilmemesi, araştırmacıyı vicdani olarak zorlamıştır.
- Doğumların çoğunlukla gece olması araştırmacıyı zaman açısından zorlamıştır.
- Araştırmanın doğum sonu izlemlerinin ev ziyareti ile yapılması araştırmacıyı zaman açısından zorlamıştır.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; doğuma hazırlık eğitimi ve Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımındır.

Bağımlı değişkenleri ise doğum korkusu, doğum deneyimi, konfor düzeyleri, doğum sonuçları, anne bebek bağlanma düzeyi ve postpartum emzirme özyeterlilik düzeyidir. Araştırmanın kavramsal-teorik-deneysel şeması Şekil 3.3’te verilmiştir.



Şekil 3.3. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-DeneySEL (CTE) Şeması

4.BULGULAR

Deneysel araştırma tasarımında yürütülen bu araştırmanın bulguları, gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular, Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin geçerlilik-güvenirlilik sonuçlarına ilişkin bulgular, doğuma hazırlık eğitimine ilişkin bulgular, doğum sonuçlarına ilişkin bulgular ve doğum sonu döneme ilişkin bulgular olmak üzere beş başlık altında incelenmiştir.

4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın girişim grubundaki gebelerin %42,22'si 18-25 yaş, %57.78'i 26-34 yaş aralığında, kontrol grubunun %37.80'i 18-25 yaş, %62.20'si 26-34 yaş aralığındadır ve gruplar arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$). Girişim grubundaki gebelerin tamamına yakını (%97.78) evli, kontrol grubunun ise %95.56'sı evlidir ve gruplar arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$). Girişim grubundaki gebelerin öğrenim durumuna bakıldığında; %15.56'sının ilköğretim ve altı, %84.44'ünün ise lise ve üzeri, kontrol grubunun ise % 20'sinin ilköğretim ve altı, %80'inin lise ve üzeri okullardan mezun oldukları ve gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3.2).

Girişim grubunun %35.56'sı herhangi bir işte çalışırken %64.4'ü çalışmamaktadır. Kontrol grubunun ise %20'si herhangi bir işte çalışırken %80'i çalışmamaktadır ve gruplar arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$). Girişim ve kontrol gruplarının gelir seviyeleri incelendiğinde; her iki grupta %11.11'inin gelirinin giderinden az olduğu, %80'inin gelirinin giderine denk olduğu ve %8.89'unun ise gelirinin giderinden fazla olduğu ve aralarındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 3.2).

Girişim grubunun %77.78'i gebeliği planlı iken, kontrol grubunun % 86.67'si planlıdır ve gruplar arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$). Gebelerin doğum şekline ilişkin tercihleri incelendiğinde; girişim grubunun %97.78'i vajinal doğum isterken, kontrol grubunun %91.11'inin vajinal doğum istediği ve aradaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3.2). Girişim grubunun %91.11'i doğum öncesi bakım alırken kontrol grubundakilerin %93.33'ü almıştır ve aralarındaki fark anlamsızdır

($p>0.05$). Girişim grubundaki gebelerin eğitim öncesinde WDEQ A versiyonundan aldıkları puana bakıldığında %57.80'inin 66-84 arasında puan aldıkları, %42.20'sinin ise 84 ve üzerinde puan aldıkları saptanmıştır ($p>0.05$). Kontrol grubunun ise %62.20'sinin 66-84 arasında puan aldıkları, %37.80'inin ise 84 ve üzerinde puan aldıkları ve gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3.2).



4.2.Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin Geçerlilik-Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

Bu aşamada Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır. KDKL bir ölçek değildir, ancak farklı bir dilden uyarlandığı için geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

4.2.1.Geçerliliğe İlişkin Bulgular

Dil Geçerliliği

Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin dil geçerliliği için anlamsal geçerlilik, içerik geçerliliği ve teknik geçerlilik yöntemleri kullanılmıştır. *Anlamsal geçerlilik* için KDKL, Türkçe ve İngilizce'ye ve konuyahakim üç uzman tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirilmiştir. Üç kişinin yapmış olduğu çeviriler karşılaştırılmıştır. Ardındandil bilgisi bakımından değerlendirilerek Türkçe formu oluşturulmuştur. Daha sonra 'geri çeviri' yöntemi ile ölçeğin her iki dili de ana dili gibi bilen ve İngilizce orijinal halini görmeyen ayrıca çıkarımları önlemek için konu hakkında uzman olmayan bir çevirmen tarafından İngilizce'ye tekrar çevirisi yapılmıştır. Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin orijinal İngilizce'si ile çeviri İngilizcesi karşılaştırılmış ve farklar değerlendirilmiştir.

Kontrol listesinin *içerik geçerliliği* için konunun uzmanı olan 10 kişi tarafından 'ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk ve kültürel uygunluk' açısından değerlendirilmiştir. Uzmanlar her bir maddeye 1 (en kötü) ile 10 (en iyi) arasında bir puan vermişlerdir. Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonucunda; Konfor Davranışları Kontrol Listesi için ortalama, standart sapma, min-max değerleri belirlenerek, Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (W) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliği hesaplanmıştır. Uzmanlar tarafından yapılan öneriler doğrultusunda ölçeğe son şekli verilmiştir.

Tablo 4.1. Konfor Davranışları Kontrol Listesinin Uzman Görüşü Geçerlilik Puan Ortalamaları (N=10)

Maddeler	X	SS	Min.	Max
1	9.80	0.422	9	10
2	9.40	1.075	7	10
3	9.60	0.516	9	10
4	9.20	1.135	7	10
5	9.70	0.483	9	10
6	10.00	0.00	10	10
7	9.80	0.632	8	10
8	10.00	0.00	10	10
9	9.10	1.287	7	10
10	9.20	1.229	7	10
11	9.30	0.823	8	10
12	9.20	1.317	7	10
13	9.80	0.632	8	10
14	9.30	1.160	7	10
15	9.40	0.843	8	10
16	9.70	0.483	9	10
17	9.80	0.422	9	10
18	9.50	0.972	7	10
19	9.30	0.949	8	10
20	9.50	0.972	7	10
21	9.70	0.483	9	10
22	9.50	0.850	8	10
23	9.70	0.483	9	10
24	9.90	0.316	9	10
25	9.90	0.316	9	10
26	10.00	0.00	10	10
27	9.70	0.949	7	10
28	9.50	0.972	7	10
29	9.80	0.422	9	10
30	9.60	0.966	7	10
N		W	df	p
10		0.125	29	0.169

Uzman görüşlerinin puan ortalamasına bakıldığında puanların 7-10 arasında değiştiği görülmektedir. Kendall W testi sonucu 0,125 bulunmuştur. Bu sonuç KDKL'ye ilişkin uzman görüşlerinin puan ortalamaları arasında düşük uyum bulunduğu ve farkın anlamsız olduğunu göstermektedir ($p=0.169$) (Tablo 4.1).

Teknik geçerlilik ise açıklık ve aynılığın testi olarak ifade edilmektedir. Bu aşamada hedef kitle içinden seçilen adaylarla görüşmeler yapılarak çevirinin anlaşılabilirliği ve eşitliği değerlendirilir. KDKL, hemşire ve ebe tarafından doldurulacağı için üç hemşire ve iki ebeden ölçek maddelerini okumaları ve zor anlaşılan ya da anlaşılmayan

maddeleri belirtmeleri istenmiştir. Böylelikle listedeki maddelerin aynılığı sağlanmıştır.

Yapı Geçerliliği

Ölçeğin kuramsal bir yapıyı, boyutu, özelliği ne derecede temsil ettiği, ya da yeterince ölçtüğünün gösterilmesi amacıyla KDKL, 168 gebeye uygulanmış ve aldıkları puan ortalamaları doğumun fazlarına göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.2. Konfor Davranışları Kontrol Listesi Puan Ortalamalarının Doğumun Fazlarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Fazlar									U	P
	Latent			Aktif			Geçiş				
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS		
KDKL	168	72.17	6.09	168	61.40	11.71	168	50.5	9.38	61.482	0.000

Katılımcıların doğumun latent fazında KDKL'den ortalama 72.17 ± 6.09 puan, aktif fazında 61.40 ± 11.71 puan ve geçiş fazında 50.5 ± 9.38 puan aldıkları saptanmıştır. Doğumun fazı ilerledikçe konfor puanının düştüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($U=61.482$, $p=0.000$) (Tablo 4.2).

4.2.2. Güvenilirliğe İlişkin Bulgular

İç Tutarlılık

Tablo 4.3. Konfor Davranışları Kontrol Listesinin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

Ölçek	Madde Sayısı	Alınabilecek En Yüksek Puan	X±SS	Cronbach Alfa
KDKL	30	120	63.156±12.26	0.911

KDKL'nin Cronbach Alfa katsayısı 0.91 bulunmuştur. Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin puan ortalaması 63.156±12.26 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3).



Tablo 4.4. Konfor Davranışları Kontrol Listesinin Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları

Maddeler	r	p
1	0.503758	0.000
2	0.839984	0.000
3	0.765847	0.000
4	0.793340	0.000
5	0.719564	0.000
6	0.763704	0.000
7	0.747558	0.000
8	0.683984	0.000
9	0.840499	0.000
10	0.809458	0.000
11	0.723498	0.000
12	0.636457	0.000
13	0.898372	0.000
14	0.738332	0.000
15	0.782725	0.000
16	0.866465	0.000
17	-0.095903	0.693
18	0.853880	0.000
19	0.810676	0.000
20	0.749995	0.000
21	0.873780	0.000
22	0.759848	0.000
23	0.809309	0.000
24	0.756826	0.000
25	0.899063	0.000
26	0.806212	0.000
27	0.894117	0.000
28	0.818593	0.000
29	0.778820	0.000
30	-0.181	0.252

Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin maddelerinden madde toplam korelasyonu en düşük olan -0.095 (madde 17), en yüksek olan ise 0.899 (madde 25) bulunmuş ve 0.30'un altında iki madde olduğu (17. ve 30. madde) saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Konfor Davranışları Kontrol Listesinin Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Katsayıları

Maddeler	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Katsayısı
1	0.910
2	0.902
3	0.903
4	0.912
5	0.906
6	0.911
7	0.909
8	0.905
9	0.904
10	0.913
11	0.903
12	0.918
13	0.905
14	0.917
15	0.923
16	0.908
17	0.912
18	0.910
19	0.905
20	0.907
21	0.902
22	0.903
23	0.910
24	0.907
25	0.904
26	0.908
27	0.903
28	0.911
29	0.907
30	0.913

Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin maddelerinden sadece 15. madde silindiğinde Cronbach Alfa katsayısında 0.10'dan daha büyük bir yükselme (0.12) görülmektedir. Değişikliğin çok yüksek olmaması ve KDKL'nin puanlamasının liste uygulandığı anda birey için uygun olmayan maddelerin değerlendirme dışında tutulmasına izin vermesi nedeniyle listeden herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

4.3. Doğuma Hazırlık Eğitimine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=90)

Ölçekler	Girişim				Kontrol				U ¹	p
	n	Ort.	SS	Min. Max.	n	Ort.	SS	Min. Max.		
Wijma DEQ A ² (EÖ) ³	45	83.11	15.73	66 121	45	83.80	16.39	65 124	0.061	0.805
Wijma DEQ A ² (ES) ⁴	45	47.42	23.04	11 131	44	89.11	22.24	65 124	44.14	0.000
Z ⁵ ve p değerleri	Z ⁵ :-5.497			p:0.000	Z:2.657		p:0.008			

¹Mann WHitney U Testi, ² Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği A versiyonu, ³ Eğitim Öncesi, ⁴ Eğitim Sonrası, ⁵Wilcoxon Testi.

Eğitim öncesinde, girişim ve kontrol grupları arasında doğum korkusu düzeyi açısından (sırasıyla doğum korkusu puan ortalamaları: 83.11±15.73, 83.80±16.39) anlamlı farklılık (U=0.061, p=0.805) bulunmamıştır. Doğuma hazırlık eğitimi sonrasında ise girişim grubunun doğum korkusu seviyesinin düştüğü (47.42±23.04), kontrol grubunun ise yükseldiği (89.11±22.24) ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (U=44.14, p=0.000) (Tablo 4.6). Girişim grubunun eğitim öncesi ve sonrası doğum korkusu seviyeleri incelendiğinde; doğum korkusunun anlamlı olarak düştüğü (Z=-5.497, p=0.000), kontrol grubunun ise anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır (Z=2.657, p=0.008) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Gebelerin Doğum Korkusu Kategorilerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=89)

Ölçekler	Girişim		Kontrol		χ^2	p
	n (45)	%	n (44)	%		
Wijma DEQ A¹ (EÖ)²						
İleri (66-84)	26	57.80	28	62.20	0.185	0.667
Klinik (85 ve üzeri)	19	42.20	17	37.80		
Wijma DEQ A (ES)³						
Düşük (37 ve altı)	19	44.4	-	-	52.035	0.000
Orta (38-65)	18	37.8	4	9.1		
İleri (66-84)	6	13.3	13	29.5		
Klinik (85 ve üzeri)	2	4.4	27	61.4		

¹Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği A versiyonu, ²Eğitim Öncesi, ³Eğitim Sonrası.

Eğitim öncesi, girişim grubundaki gebelerin yarısından fazlasının (%57.80) ileri düzeyde doğum korkusu yaşadığı, %42.2'sinin ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde kontrol grubundaki gebelerin yarısından fazlasının (%62.2) ileri düzeyde doğum korkusu yaşadığı, %37.8'inin ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Doğuma hazırlık eğitimi sonrası girişim grubundaki gebelerin sırasıyla %44.4'ünün düşük, %37.8'inin orta, %13.3'ünün ileri, %4.4'ünün klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ise sırası ile %9.1'inin orta, %29.5'inin ileri, %61.4'ünün ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Eğitim öncesi grupların doğum korkusu kategorileri arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($\chi^2=0.185$, $p=0.667$), eğitim sonrasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=52.035$, $p=0.000$) (Tablo 4.7).

4.4. Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.8. Gebelerin Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=46)

Doğum Sonuçları	Girişim		Kontrol		χ^2	p
	n	%	n	%		
Doğum şekli						
Sezaryen	4	19.0	10	40.0	2.366	0.124
Vajinal doğum	17	81.0	15	60.0		
Sezaryen şekli¹						
Acil sezaryen	3	75.0	9	90.0	0.525	0.469
Elektif sezaryen	1	25.0	1	10.0		
Oksitosin uygulanma durumu						
Evet	10	47.6	19	76.0	3.946	0.047
Hayır	11	52.4	6	24.0		
Epizyotomi uygulanma durumu²						
Evet	17	100.0	15	100.0	-	-
Kristaller manevrası uygulanma durumu²						
Evet	4	23.5	15	100.0	19.319	0.000
Hayır	13	76.5	-	-		
Ten Tene Temas yapılma durumu						
Evet	17	81.0	1	4.0	28.370	0.0001
Hayır	4	19.0	24	96.0		
İlk 30 dakikada emzirmeye başlama						
Evet	17	81.0	5	20.0	16.990	0.0001
Hayır	4	19.0	20	80.0		
Kordonun geç kesilmesi (1 dk ve üzeri)						
Evet	10	47.6	.	.	15.210	0.0001
Hayır	11	52.4	25	100.0		
Bebegın YYBÜ³'ye alınma durumu						
Evet	1	4.76	6	24.0	3.274	0.070
Hayır	20	95.2	19	76.0		
Doğum sonu kanama gelişme durumu						
Evet	.	.	1	4.0	0.858	0.354
Hayır	21	100.0	24	96.0		
Doğumda analjezi uygulanma durumu						
Hayır	21	100.0	25	100.0	-	-
Doğumda anestezi uygulanma durumu						
Evet	1	4.76	.	.	1.216	0.270
Hayır	20	95.24	25	100.0		
Annenin doğum sonu birinci haftada hastaneye kontrol dışı başvurma durumu						
Evet	5	23.8	13	52.0	3.808	0.051
Hayır	16	76.2	12	48.0		
Doğum sonu birinci haftada yenidoğan için hastaneye kontrol dışı başvurma durumu						
Evet	4	19.0	11	44.0	3.233	0.072
Hayır	17	81.0	14	56.0		
Bir sonraki doğum için doğum şekli tercihi						
Sezaryen	2	9.50	9	36.0	4.397	0.036
Normal Doğum	19	90.5	16	64.0		

¹Analiz sadece sezaryen doğum yapanlarla yapılmıştır. ²Analiz sadece vajinal doğum yapanlarla yapılmıştır. ³Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi.

Katılımcıların doğum şekilleri incelendiğinde; girişim grubunun %81'inin, kontrol grubunun ise %60'ının vajinal doğum yaptığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Sezaryen olanların sezaryen tipleri incelendiğinde; girişim grubunun %75'inin acil sezaryen, %25'inin elektif sezaryen olduğu, kontrol grubunun ise %90'ının acil, %10'unun elektif sezaryen olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Doğumda uygulanan girişimlere bakıldığında; girişim grubunun yarısına yakınına (%47.6) oksitosin, tamamına (%100) epizyotomi ve %23.5'ine kristaller manevrası uygulandığı, kontrol grubunun ise büyük çoğunluğuna (%76.0) oksitosin verildiği, tamamına (%100) epizyotomi ve kristaller manevrası uygulandığı belirlenmiştir. Gruplar arasında oksitosin uygulaması açısından ($\chi^2=3.946$, $p=0.047$) ve kristaller manevrası uygulanması açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($\chi^2=19.319$, $p=0.000$) (Tablo 4.8).

Girişim grubunun büyük çoğunluğuna (%81) doğumdan sonra ten tene temas uygulanırken, kontrol grubunun sadece %4'üne uygulanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=28.37$, $p=0.0001$). Girişim grubundaki gebelerin %81'i doğumdan sonraki ilk 30 dakika içerisinde emzirmeye başlarken, kontrol grubundakilerin sadece %20'si başlamıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=16.99$, $p<0.0001$). Girişim grubundaki bebeklerin yarısına yakınının (%47.6) kordonu geç kesilirken (1 dakika ve üzeri) kontrol grubundakilerin tamamının (%100) kordonu erken (1 dakikadan daha az sürede) kesilmiştir (Tablo 4.8).

Girişim grubundaki bebeklerin sadece biri (%4.76) doğumdan sonra yoğun bakıma alınırken kontrol grubundaki bebeklerin %24'ü alınmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Annelerin doğum sonu kanama yaşama durumları incelendiğinde; girişim grubunda doğum sonu kanama gelişen anne bulunmazken, kontrol grubunda kanama gelişen bir (%4) anne bulunduğu saptanmıştır. Doğumda kontrol ve girişim gruplarındaki annelerin hiç birine analjezi uygulanmazken, girişim grubundan bir anneye (%4.76) epidural anestezi uygulanmıştır (Tablo 4.8).

Doğumdan sonraki birinci haftada, annelerin hastaneye kontrol dışında başvuru durumları karşılaştırıldığında; girişim grubundaki annelerin %23.8'inin, kontrol grubundakilerin ise %52'sinin başvurduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Benzer şekilde girişim grubundaki annelerin %19'unun, kontrol grubundakilerin ise %44'ünün doğumdan sonraki birinci haftada yenidoğan için hastaneye kontrol dışında başvurdukları ve aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Girişim grubundaki annelerin %9.5'inin, kontrol grubundaki annelerin ise %36'sının bundan sonraki doğumlarında sezaryeni tercih edeceklerini ifade ettikleri ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=4.397$, $p=0.036$) (Tablo 4.8).



Tablo 4.9. Gebelerin Doğum Sürelerinin ve Yenidoğana İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=46)

	Girişim				Kontrol				U ¹	p
	n	Ort.	SS	Min. Max.	n	Ort.	SS	Min. Max.		
Latent Faz Süresi (dk) ²	17	304.41	140.0	155 690	15	544.60	295.6	210 1464	9.599	0.002
Aktif Faz Süresi (dk) ²	17	144.12	57.53	70 250	15	226.67	62.73	120 320	9.268	0.002
Geçiş Fazı Süresi (dk) ²	17	69.12	42.03	30 200	15	92.00	38.58	40 180	3.535	0.060
Birinci Evre Süresi (dk) ²	17	517.65	187.3	280 1060	15	863.27	304.8	395 1784	13.28	0.000
İkinci Evre Süresi (dk) ²	17	30.29	11.52	15 55	15	29.67	9.15	15 45	0.001	0.969
Yenidoğan 5.dk APGAR	21	9.90	0.30	9 10	25	9.56	0.65	8 10	4.502	0.034

¹Mann Whitney U testi, ²Sadece vajinal doğum yapanlarda hesaplanmıştır.

Girişim ve kontrol gruplarının doğum süreleri karşılaştırıldığında; latent faz süresinin girişim grubunda ortalama 304.41±140.0 dakika iken, kontrol grubunda 544.60±295.63 dakika olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=9.599, p=0.002). Aktif faz sürelerinin ise girişim grubunda ortalama 144.12±57.53 dakika, kontrol grubunda ortalama 226.67±62.73 dakika olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (U=9.268, p=0.002). Geçiş faz süreleri, girişim grubunda ortalama 69.12±42.03 iken, kontrol grubunda ortalama 92.0±38.58 dakika olarak saptanmış ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (U=3.535, p>0.05).

Birinci evre toplam süreleri karşılaştırıldığında ise girişim grubunun ortalama 517.65±187.3, kontrol grubunun ortalama 863.27±304.81 dakika olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (U=13.282, p=0.000). İkinci evre toplam sürelerinin girişim grubunda ortalama 30.29±11.52 ve kontrol grubunda ortalama 29.67±9.15 dakika olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (U=0.001, p=0.969). Girişim ve kontrol gruplarının yenidoğan 5. dakika APGAR skorları karşılaştırıldığında; girişim grubunun ortalama skoru 9.90±0.30 iken kontrol grubunun 9.56±0.65 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (U=4.502, p=0.034) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Doğum Konfor ve Ağrı Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=46)

	Girişim				Kontrol				U ¹	p
	n	Ort.	SS	Min. Max.	n	Ort.	SS	Min. Max.		
KDKL² (Aktif Faz)³	20	89.39	11.79	57.76 100.8	22	61.95	15.77	27.59 86.21	37.000	0.000
Aktif Faz Ağrı Puan³	20	5.60	1.667	3 9	22	7.22	2.36	0 10	111.0	0.005
Aktif Faz Konfor Puan³	20	8.05	1.761	4 10	22	5.318	2.233	1 9	72.500	0.000
KDKL (Geçiş Fazı)⁴	18	73.85	13.71	50 98.28	17	51.16	11.39	31.03 72.41	33.500	0.000
Geçiş Fazı Ağrı Puan⁴	18	8.16	2.407	0 10	17	9.352	1.934	2 10	80.000	0.008
Geçiş Fazı Konfor Puan⁴	18	4.666	2.222	0 10	17	1.882	1.536	0 5	45.000	0.000

¹ Mann Whitney U testi, ² Konfor Davranışları Kontrol Listesi, ³Aktif faza geçebilen gebelerle doldurulmuştur, ⁴ Geçiş fazına geçebilen gebelerle doldurulmuştur.

Doğumun aktif fazında girişim grubunun KDKL'den aldıkları puan ortalaması (89.39±11.79), kontrol grubunun puan ortalamasına (61.95±15.77) göre anlamlı düzeyde yüksektir (U=37.000, p=0.000). Doğumun aktif fazında girişim grubunun ağrı puan ortalamaları (5.60±1.66), kontrol grubunun puan ortalamalarına (7.22±2.36) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (U=111.0, p=0.005). Buna karşın girişim grubunun doğumun aktif fazındaki konfor puan ortalamaları (8.05±1.76), kontrol grubuna (5.31±2.23) göre anlamlı düzeyde yüksektir (U=72.500, p=0.000).

Doğumun geçiş fazında ise girişim grubunun KDKL'den aldıkları puan ortalaması (73.85±13.71), kontrol grubunun puan ortalamasına (51.16±11.39) göre anlamlı düzeyde yüksektir (U=33.500, p=0.000) (Tablo 4.10). Doğumun geçiş fazında girişim grubunun ağrı puan ortalamaları (8.16±2.40), kontrol grubuna (9.35±1.93) göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (U=80.00, p=0.008). Bunun yanında girişim grubunun doğumun geçiş fazında konfor puan ortalamaları (4.66±2.22), kontrol grubuna (1.88±1.53) göre anlamlı düzeyde yüksektir (U=45.00, p=0.000) (Tablo 4.10).

4.5. Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulgular

Tablo 4.11. Gebelerin Doğum Sonu Konforuna İlişkin Bulguların Gruplara Göre Dağılımı (N=46)

	Girişim				Kontrol				U ¹	p
	n	Ort.	SS	Min. Max.	n	Ort.	SS	Min. Max.		
GKÖ Toplam²	21	161.8	12.1	131 178	25	119.1	16.4	90 153	12.000	0.000
GKÖ Alt Boyutları										
Fiziksel	21	37.38	5.07	43 27	25	24.08	5.21	35 13	18.000	0.000
Psikospiritüel	21	48.42	3.66	52 41	25	35.88	5.34	45 28	20.000	0.000
Çevresel	21	33.38	1.74	36 29	25	27.72	3.42	35 21	39.500	0.000
Sosyokültürel	21	38.66	5.5	47 26	25	28.24	5.19	37 17	44.000	0.000
GKÖ Düzeyleri										
Ferahlama	21	54.9	4.57	46 62	25	38.9	6.24	26 52	10.500	0.000
Rahatlama	21	56.9	5.10	32 55	25	42.4	5.43	26 52	19.000	0.000
Üstünlük	21	49.9	4.04	27 50	25	37.6	5.8	27 50	22.000	0.000

¹Mann Whitney U testi, ² Genel Konfor Ölçeği.

Araştırmaya katılan gebelerin doğum sonu konfor düzeyleri incelendiğinde; girişim grubundaki gebelerin GKÖ'den aldıkları puan ortalamalarının (161.8±12.1) kontrol grubundaki gebelerin aldıkları puan ortalamalarından (119.1±16.4) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (U=12.000, p=0.000). GKÖ alt boyutlarından alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise girişim grubunun fiziksel (37.38±5.07), psikospiritüel (48.42±3.66), çevresel (33.38±1.74), sosyokültürel (38.66±5.5) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının, kontrol grubunun sırasıyla fiziksel (24.08±5.21), psikospiritüel (35.88±5.34), çevresel (27.72±3.42) ve sosyokültürel (28.24±5.19) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (alt boyutlar sırasıyla U=18.000, U=20.000, U=39.500, U=44.000, p=0.000). GKÖ düzeylerinden alınan puanlar incelendiğinde ise girişim grubunun ferahlama (54.9±4.57), rahatlama (56.9±5.10), üstünlük (49.9±4.04) düzeylerinden aldıkları puan ortalamalarının, kontrol grubunun ferahlama (38.9±6.24), rahatlama (42.4±5.43), üstünlük (37.6±5.8) düzeylerinden aldıkları puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (düzeyler sırasıyla U=10.500, U=19.000, U=22.000, p=0.000) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Gebelerin Doğum Deneyimlerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Dağılımı (N=32)

	Girişim				Kontrol				U ¹	p
	n	Ort.	SS	Min. Max.	n	Ort.	SS	Min. Max.		
Wijma DEQ B² Toplam	17	68.70	8.02	59 85	15	90.40	17.0	62 114	37.000	0.001
Wijma DEQ Alt Boyutları										
Doğum ağrısı ile ilgili kaygılar	17	22.23	3.59	17 28	15	25.53	5.46	16 35	83.000	0.091
Olumlu davranışların eksikliği	17	5.88	2.82	4 16	15	10.20	3.85	0 15	42.000	0.001
Yalnızlık	17	16.88	2.61	12 21	15	20.66	5.08	7 29	47.000	0.002
Olumlu duyguların eksikliği	17	17.76	3.66	11 25	15	22.73	5.16	15 35	53.000	0.005
Doğum ile ilgili kaygılar	17	5.11	1.53	2 10	15	7.06	2.01	4 11	53.000	0.003
Bebekle ilgili kaygılar	17	1.00	2.20	0 8	15	4.13	2.50	0 9	43.500	0.001

¹Mann Whitney U testi, ² Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği B versiyonu

Araştırmaya katılan gebelerin Wijma DEQ B versiyonundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; girişim grubunun puan ortalamasının (68.70±8.02) kontrol grubunun puan ortalamasına göre (90.40±17.06) anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (U=37.000, p=0.001) (Tablo 4.12). Wijma DEQ B alt boyutlarından alınan puan ortalamaları incelendiğinde ise girişim grubunun doğum ağrısı ile ilgili kaygılar alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının (22.23±3.59) kontrol grubunun aldığı puan ortalamalarına göre (25.53±5.46) düşük olmasına rağmen farkın anlamlı olmadığı (U=83.000, p=0.091) belirlenmiştir. Ancak girişim grubunun olumlu davranışların eksikliği alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının (5.88±2.82), kontrol grubunun aldığı puan ortalamalarına göre (10.20±3.85) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (U=42.000, p=0.001) (Tablo 4.12).

Girişim grubunun yalnızlık alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının (16.88±2.61) kontrol grubunun aldığı puan ortalamalarına göre (20.66±5.08) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (U=47.000, p=0.002). Benzer şekilde, girişim grubunun olumlu duyguların eksikliği alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının (17.76±3.66) kontrol grubunun aldığı puan ortalamalarına göre (22.73±5.16) anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (U=53.000, p=0.005). Girişim grubunun doğum ile ilgili kaygılar alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının (5.11±1.53) ise kontrol grubunun aldığı puan

ortalamlarına göre (7.06±2.01) anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (U=53.000, p=0.003). Girişim grubunun bebekle ilgili kaygılar alt boyutundan aldığı puan ortalamalarının (1.00±2.20) kontrol grubunun aldığı puan ortalamalarına göre (4.13±2.50) anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (43.500, p=0.001) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Gebelerin Anne-Bebek Bağlanma ve Postpartum Emzirme Özyeterlilik Düzeylerine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=46)

Ölçekler	Girişim				Kontrol				U ¹	p
	n	Ort.	SS	Min. Max.	n	Ort.	SS	Min. Max.		
ABBÖ ²	21	23.05	1.83	16 24	25	21.08	2.18	16 24	12.660	0.000
PEÖÖ ³	21	64.81	5.42	50 70	25	51.80	6.42	42 64	24.905	0.000

¹ Mann Whitney U testi, ² Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği, ³Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği

Girişim ve kontrol gruplarının ABBÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubunun puan ortalamasının (23.05±1.83) kontrol grubunun puan ortalamasına göre (21.08±2.18) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (U=12.660, p=0.000). Benzer şekilde, girişim grubunun PEÖÖ'den aldıkları puan ortalamasının (64.81±5.42), kontrol grubunun puan ortalamasına göre (51.80±6.42) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (U=24.905, p=0.000) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analizleri

	WDEQ A ¹ (EÖ) ²	WDEQ A (ES) ³	Aktif Faz KDKL ⁴	Geçiş Fazı KDKL ⁴	GKÖ ⁵	WDEQ B ⁶	ABBÖ ⁷	PEÖÖ ⁸
WDEQ A¹ (EÖ)²	1.00000 90							
WDEQ A (ES)³	0.28925 0.0060 89	1.00000 89						
Aktif Faz KDKL⁴	0.02416 0.8793 42	-0.57452 <.0001 42	1.00000 42					
Geçiş Fazı KDKL⁴	0.29234 0.0884 35	-0.43080 0.0098 35	0.68013 <.0001 35	1.00000 35				
GKÖ⁵	0.06487 0.6684 46	-0.52901 0.0002 46	0.71398 <.0001 42	0.71446 <.0001 35	1.00000 46			
WDEQ B⁶	-0.08034 0.6268 39	0.38650 0.0151 39	-0.63776 <.0001 39	-0.67973 <.0001 34	-0.52277 0.0006 39	1.00000 39		
ABBÖ⁷	-0.01844 0.9032 46	-0.42690 0.0031 46	0.59868 <.0001 42	0.48067 0.0035 35	0.48952 0.0006 46	-0.36835 0.0210 39	1.00000 46	
PEÖÖ⁸	0.23458 0.1166 46	-0.47489 0.0009 46	0.71299 <.0001 42	0.68031 <.0001 35	0.63279 <.0001 46	-0.52904 0.0005 39	0.52644 0.0002 46	1.00000 46

¹ Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği A versiyonu, ² Eğitim Öncesi, ³ Eğitim Sonrası, ⁴ Konfor Davranışları Kontrol Listesi, ⁵ Genel Konfor Ölçeği, ⁶ Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği B versiyonu, ⁷ Anne Bebek Bağlanma Ölçeği, ⁸ Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği.

WDEQ A versiyonunun eğitim sonrası puan ortalamaları ile aktif faz KDKL puan ortalamaları ($r=-0.57452$, $p=0.001$), geçiş fazı KDKL puan ortalamaları ($r=-.43080$, $p=0.009$), GKÖ puan ortalamaları ($r=-0.52901$, $p=0.0002$), ABBÖ puan ortalamaları ($r=-0.42690$, $p=0.003$), PEÖÖ puan ortalamaları ($r=-0.47489$, $p=0.0009$) arasında negatif yönde korelasyon bulunurken, WDEQ B versiyonu ($r=0.38650$, $p=0.01$) arasında pozitif yönde korelasyon bulunmaktadır (Tablo 4.14).

Aktif faz KDKL puan ortalamaları ile geçiş fazı KDKL puan ortalamaları ($r=0.68013$, $p<0.0001$), GKÖ puan ortalamaları ($r=0.71398$, $p<0.0001$), ABBÖ puan ortalamaları ($r=0.59868$, $p<0.0001$), PEÖÖ puan ortalamaları ($r=0.71299$, $p<0.0001$) arasında pozitif yönde korelasyon bulunurken, WDEQ B versiyonu ($r=-0.63776$, $p<0.0001$) arasında negatif yönde korelasyon bulunmaktadır. Geçiş fazı KDKL puan ortalamaları ile GKÖ puan ortalamaları ($r=0.71446$, $p<0.0001$), ABBÖ puan ortalamaları ($r=0.48067$, $p=0.003$), PEÖÖ puan ortalamaları arasında ($r=0.68031$, $p<0.0001$) pozitif yönde korelasyon bulunurken, WDEQ B versiyonu ($r=-0.67973$, $p<0.0001$) arasında negatif yönde korelasyon bulunmaktadır (Tablo 4.14).

GKÖ puan ortalamaları ile ABBÖ puan ortalamaları ($r=0.48952$, $p=0.0006$), PEÖÖ puan ortalamaları ($r=0.63279$, $p<0.0001$) arasında pozitif yönde korelasyon bulunurken, WDEQ B versiyonu ($r=-0.52277$, $p=0.0006$) arasında negatif yönde korelasyon bulunmaktadır. WDEQ B versiyonu ile ABBÖ puan ortalamaları ($r=-0.36835$, $p=0.02$) ve PEÖÖ puan ortalamaları arasında ($r=-0.52904$, $p=0.0005$) negatif yönde korelasyon bulunmaktadır. ABBÖ puan ortalamaları ile PEÖÖ puan ortalamaları arasında ise ($r=0.52664$, $p=0.0002$) pozitif yönde korelasyon bulunmaktadır (Tablo 4.14).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, doğum korkusu yaşayan primipar gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin ve doğum eyleminde Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının doğum korkusu, doğum deneyimi, doğum sonuçları ve konforuna etkisi tartışılmıştır.

5.1. Doğuma Hazırlık Eğitimi

Bu çalışmada, doğuma hazırlık eğitimi öncesi gruplar arasında WDEQ-A puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmaz iken, doğuma hazırlık eğitimi sonrasında, girişim grubunun WDEQ-A puan ortalamasının anlamlı derecede düştüğü (öncesi 83.11 ± 15.73 , sonrası 47.42 ± 23.04), kontrol grubunun ise eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde yükseldiği (öncesi 83.80 ± 16.39 , sonrası 89.11 ± 22.24) belirlenmiştir ($p=0.000$) (Tablo 4.7). Elde edilen sonuçlara göre, doğum korkusu yaşayan gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusunu azaltacağına ilişkin hipotez doğrulanmıştır. Doğuma hazırlık eğitimleri ile kadınların kendilerini doğuma hazırlamaları, gelişebilecek risklerin farkında olmalarına ve güçlükleri karşılayabilmelerine katkı sağlamaktadır (Lowe, 2000; Saisto ve ark., 2003). Yapılan diğer çalışmalarda doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların, doğum korkusu seviyelerinin eğitim sonrasında anlamlı düzeyde düştüğü belirtilmektedir (Toohill ve ark., 2014; İsbir ve ark., 2015; İsbir ve ark., 2016; Karabulut ve ark., 2016; Kızılırmak ve Başer, 2016; Serçekuş ve Başkale, 2016; Haapio ve ark., 2017; Duncan ve ark., 2017). Mevcut araştırmanın bulguları literatürü desteklemektedir. Bu çalışmada verilen eğitim ile kadınların doğum korkularının azaltıldığı ve doğumda kendi bedenlerine güven duyan, doğumlarının savunuculuğunu yapabilen bilinçli bireyler haline gelmelerine katkı sağlandığı söylenebilir.

5.2. Doğum Sonuçları

Bu çalışmada, doğuma hazırlık eğitimi ve doğum desteği alan ileri düzeyde doğum korkusu yaşayan girişim grubundaki kadınların, vajinal doğum sayısının daha fazla olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Bunun yanında, girişim grubunda kadınların %19'u sezaryene alınırken, kontrol grubundaki kadınların %40'ının sezaryene alındığı saptanmıştır (Tablo 4.8). Doğum korkusu, son yıllarda sezaryen oranlarının yükselmesine katkı sağlayan önemli faktörlerden birisi haline gelmiştir (Wax ve ark., 2004; Wiklund ve ark., 2008; Kringeland ve ark., 2009; Nieminen ve ark., 2009; Aksoy ve ark., 2014; Nilsson ve ark., 2017). Nerum ve ark. (2006), Morhason-Bello ve ark.'nın (2009) ve Hodnett ve ark.'nın (2013) çalışmalarında da doğum desteğinin vajinal doğum oranlarını artırdığı saptanmıştır. Bu çalışmada, doğum şekli açısından fark görülmemesinin nedenin örneklem sayısının kısıtlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Doğumdan önce girişim grubunda 20, kontrol grubunda 14 kadını planlı sezaryen kararı nedeniyle çalışmadan dışlamak durumunda kalınmıştır (Şekil 3.1). Bu vaka kayıplarının, Türkiye'deki sağlık politikalarının malpraktis davalarında sağlık profesyonellerini koruyamamasından ve hekimlerin birçoğunun, vajinal doğum sonrası karşılaşacakları malpraktis davaları ile uğraşmamak için erken sezaryen kararı almalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Yapça ve ark., 2015). Bunlara ek olarak, verilen doğuma hazırlık eğitiminin, ileri düzeyde doğum korkusu yaşayan kadınların doğum korkusunu azaltmada ve kendi bedenlerine güven duymalarını sağlamada etkili olmasına rağmen kadınları hekim otoritesine karşı koyabilecek kadar güçlendiremediği söylenebilir. Bu noktada, sezaryen oranlarının düşürülebilmesi için doğum yapacak kadınların güçlendirilmesinin yanında sağlık politikalarının da yeniden düzenlenmesi ve sağlık profesyonellerinin korkudan uzak sağlık bakım hizmeti sunmalarına olanak tanınması gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların doğumlarında daha az oksitosin kullanılmış (girişim %47.6, kontrol %76) ve daha az kristaller manevrası (girişim %23.5, kontrol, %100.0) uygulanmıştır ($p=0.047$) (Tablo 4.8). Bu sonuçlar, girişim grubundaki gebelerin doğum sonuçlarının daha olumlu olacağına ilişkin hipotezi desteklemektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da, doğumda desteklenen kadınların daha az oksitosin gereksiniminin olduğu ve doğumlarına daha az müdahale edildiği

belirlenmiştir (Hodnett ve ark., 2004; Campbell ve ark. 2007; Hodnett ve ark., 2013; Hatem ve ark., 2015). Oksitosin hormonu, mahremiyetin sağlandığı, gürültü ve ışığın az olduğu ortamlarda optimum düzeyde salgılanmaktadır (Odent, 2013). Doğum ortamlarının, sakin, rahat ve mahremiyetin korunacağı şekilde düzenlenmesi, kadının daha rahat ve içgüdüsel davranmasına yardımcı olarak, doğum hormonlarının etkili salınımına katkı sağlamaktadır (Nilsson, 2014; Simkin ve Ancheta, 2016). Bu çalışmada, doğum ortamı mümkün olduğunca kadının gereksinimleri doğrultusunda düzenlenmiştir. Oksitosin hormonunun optimum seviyede salgılanabilmesi için mahremiyet mümkün olduğunca korunmuştur. Çalışmanın yapıldığı hastanede, doğum masaları kapıya bakacak şekilde düzenlenmiştir. Kapılar kapalı tutularak ve kadının bedeni örtülerek mahremiyet korunmaya çalışılmıştır. Bunun yanında, perdeler ve ışıklar kapatılarak ışığın doğum yapan kadını rahatsız etmesi önlenmiştir. Bu doğrultuda, bu çalışmada hemşire tarafından alınan çevresel konfor önlemlerinin oksitosin gereksinimini azalttığı söylenebilir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınlara doğumda kristaller manevrası ve oksitosin daha az uygulanmıştır ancak epizyotomi oranları değişmemiştir. Bununla birlikte, her iki grupta vajinal doğum yapan bütün kadınlara epizyotomi uygulanmıştır (Tablo 4.8). Ancak, kanıta dayalı kılavuzlarda epizyotominin kısıtlı kullanılması gerektiğini ifade edilmektedir (ACOG, 2016; ACNM, 2016). Hodnett ve ark. 2003 yılında yaptıkları sistematik incelemede, doğumda ebe tarafından sürekli desteklenen kadınlara daha az epizyotomi uygulandığını rapor etmişlerdir (OR 0.75, 95%CI 0.60–0.94). Başka bir çalışmada ise epizyotominin %73 oranında rutin uygulandığı belirlenmiştir (Carroli ve Belizan, 2004). Epizyotominin rutin uygulanmasının en önemli nedenlerinden biri, perineal yırtık gelişme riskidir (Schantz ve ark., 2015). Bu çalışmada da, primipar gebelerin tümüne epizyotomi uygulanmasının nedeninin sağlık profesyonellerinin, perineal yaralanma gelişmesinden korkmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların doğumlarının latent ve aktif fazının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kısa olduğu belirlenmiştir ($p=0.002$) (Tablo 4.9). Bu sonuçlar, girişim grubundaki gebelerin doğum sonuçlarının daha olumlu olacağına ilişkin hipotezi desteklemektedir. Doğum yapan kadın kendisini güvende

hissettiğinde, sağlık personeli tarafından önemsendiğinde ve saygı gördüğünü hissettiğinde doğumun ilerlemesi daha kolay olmaktadır (Adams ve Bianchi, 2008; Simkin ve Ancheta, 2016). Buna karşın, bakım vericilerin gebe kadına nezaketsiz ve düşüncesiz davranması kadının emosyonel distozi yaşamasına ve doğumun ilerlememesine neden olabilmektedir (Simkin ve Ancheta, 2016). Sydsjö ve ark.'nın (2015) çalışmasında doğum korkusu yaşayan ve doğumda desteklenen kadınların doğumlarının aktif fazının kontrol grubuna göre daha kısa olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, İsbir ve Serçekuş'un (2015) çalışmasında doğumda aralıksız desteklenen kadınların doğum sürelerinin kontrol grubuna kıyasla 4.7 saat daha kısa sürdüğü rapor edilmiştir. Campell ve ark.'nın (2007), Morhason-Bello ve ark.'nın (2009), Kamali ve ark.'nın (2010), Kashanian ve ark.'nın (2010), Yuenyong ve ark.'nın (2012) ve Akbarzadeh ve ark.'nın (2015) çalışmalarında da mevcut çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılan hemşirelik bakımı ile birey, fiziksel gereksinimlerinin yanında korkunun ifade edilmesi, saygı görme ve önemsenme, takdir edilme ve cesaretlendirilme, güven duyma, kararlara katılım ve inançları doğrultusundan ibadet etme gibi psikospiritüel konfor gereksinimleri ile desteklenmiştir. Çalışmada benimsenen bu bütüncül yaklaşımın, doğum sürelerini azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, girişim ve kontrol gruplarının doğumlarının ikinci evre süresinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Araştırmanın yapıldığı hastanede, doğum yapan kadınlar, standart bakım çerçevesinde doğumun ikinci evresinde kapalı glotis ıkmaktadır. Doğumda kapalı glotis ıkmamanın doğumun ikinci evresini kısalttığı ancak anne-bebek sağlığı açısından zararlı olduğu ifade edilmektedir (Lemos ve ark., 2015; Simkin ve Ancheta, 2016). Bu nedenle, doğumda gebe mümkün olduğunca spontan ıkmaya teşvik edilmelidir. Kapalı glotis ıkmama, sadece gebenin anksiyetesi çok yüksek olduğunda, spontan ıkmaması etkisiz ve dağınık olduğunda, 30 dakika boyunca belirgin ilerleme kaydedilemediğinde ve doğumu hızlandırmak ya da hemen sonlandırmak gerekli olduğunda kullanılmalıdır. Kapalı glotis ıkmamanın, olumsuz etkilerini azaltmak için ıkmama sürelerinin 5-7 saniyeden fazla uzatılmaması ve sırt üstü pozisyonun kullanılmaması önerilmektedir (Simkin ve Ancheta, 2016). Bu araştırmada, doğumun ikinci evresinde etkili ıkmama, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre verilen hemşirelik bakımının fiziksel konfor gereksinimleri içerisinde yer

almıştır. Doğuma hazırlık eğitiminde, spontan ıkmmanın önemi anlatılmış ve doğumda spontan ıkmımayı teşvik edici hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Ancak, girişimler doğumdan sorumlu ebenin ve hekimin yaklaşımına göre değişiklik göstermiştir. Mevcut araştırmada, doğumun ikinci evresinde gruplar arasında farklılık görülmemesinin kadınların sıklıkla kapalı glotis ıkmındırılmasından dolayı ikinci evrenin daha kısa sürmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların doğumun aktif ve geçiş fazlarında ağrı skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.008$) (Tablo 4.11). Doğum eyleminde ağrı, anne ve bebeğin sağlığından sonra en önemli faktördür (Simkin ve Ancheta, 2016). Kolcaba, fiziksel konforun azalmasına neden olan en önemli faktörlerden birinin ağrı olduğunu ifade etmektedir (Kolcaba, 2003). Kamali ve ark.'nın (2010) çalışmasında, doğum desteği alan gruptaki kadınların doğumlarında servikal dilatasyon 5cm, 7cm ve tam açık iken ağrı skorunun kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ifade edilmektedir. Benzer şekilde, İsbir ve Serçekuş (2015) ise doğumda desteklenerek korkuları azaltılan kadınların doğum ağrısını daha az algıladıklarını belirlemişlerdir. Bunların yanında, Hodnett ve ark. (2007), Campell ve ark. (2007) ve Morhason-Bello ve ark. (2009) yaptıkları çalışmalarda doğum desteğinin doğumda analjezi kullanımını azalttığını rapor etmişlerdir.

Bu çalışmada, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının fiziksel konfor gereksinimleri arasında doğum ağrısının azaltılmasına dikkatle önem verilmiştir. Bu kapsamda doğumda aromaterapi, masaj, akupressure, soğuk-sıcak uygulama, müzik ve nefes teknikleri gibi tamamlayıcı terapi yöntemleri uygulanmıştır. Bu uygulamalar, fiziksel ağrının rahatlatılmasından daha fazla rahatlık sağlamaktadırlar. Tamamlayıcı terapiler, Kolcaba'nın tanımı ile 'konforu beslemeye yönelik girişimler' (Kolcaba, 2001), doğumun manevi, psikolojik, duygusal ve sosyal yönlerini de etkilemektedir (Koehn, 2000). Konforu beslemeye yönelik girişimler, gebenin doğum ağrısının şiddetini azaltmakta ve doğum ağrısı ile baş etmesini kolaylaştırmaktadır (ACNM, 2012). Elde edilen sonuçlara bakılarak, yukarıda sözünü ettiğimiz konforu beslemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların doğumun aktif ve geçiş fazlarında KDKL puan ortalamalarının ($p=0.000$) ve konfor skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 4.10). Bu sonuç, girişim grubundaki gebelerin, doğum konforunun daha yüksek olacağına ilişkin hipotezi desteklemektedir. Literatür incelendiğinde; doğum konforunu değerlendiren çalışmalarda konforun ağrı ile ilişkilendirildiği ve ağrı skorlarının konforu değerlendirmek için kullanıldığı dikkati çekmektedir (Campbell ve ark., 2007; Kamali ve ark., 2010; Hodnett ve ark., 2013; İsbir ve Serçekuş, 2015).

Konfor, ağrı ile ilişkili bir kavramdır ve ağrının azaltılması konforu artırabilir ancak ağrının azaltılması tek başına konforun artırılması anlamına gelmemektedir (Schuiling, 2003). Kolcaba, konforun, fiziksel olmaktan çok mental bir durum olduğunu ifade etmiştir (Kolcaba, 1991; Yücel, 2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı'nda ifade ettiği gibi konfor fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel birçok boyutu olan bir kavramdır (Kolcaba, 2003). Bu nedenle, konforun değerlendirilebilmesi için sadece ağrının değil konforu etkileyen diğer faktörlerinde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışmada konfor hem 'Konfor Davranışları Kontrol Listesi' ile subjektif hem de konfor skoru kullanarak objektif olarak değerlendirilmiştir. Nitekim Kolcaba, kuramının metaparadigmalarında hemşirenin bakım verdiği hastanın konforunu hem objektif hem de sübjektif olarak değerlendirmesi gerektiğini belirtmektedir (Kolcaba, 2003). Bu çalışmada, doğum konforunu artırmak için Kolcaba'nın Konfor Kuramı'ı doğrultusunda çok boyutlu bir hemşirelik bakımı planlanmış ve uygulanmıştır. Doğum desteği, Konfor Kuramı'nın boyut ve derecelerini içeren taksonomik yapısına göre oluşturulmuştur. Doğum konforuna ilişkin elde edilen olumlu sonuçlar doğrultusunda, Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının doğum yapan kadının ve bebeğinin bütün ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak doğum konforunun artırılmasında etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki yenidoğanların 5. dakika APGAR skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.034$) (Tablo 4.9). Bu sonuçlar, girişim grubundaki gebelerin doğum sonuçlarının daha olumlu olacağına ilişkin hipotezi desteklemektedir. Doğum desteği, anneye ve doğuma ilişkin

olumlu etkilerinin yanında yenidoğana ilişkin sonuçların da iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır (Hodnett ve ark., 2013). Mevcut araştırmanın bulguları ile paralel olarak, Pascali-Bonaro ve Kroeger (2004) doğum desteğinin yenidoğanın 5. dakika APGAR skorunu artırdığını belirtmektedirler. Benzer şekilde, Campbell ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada doğumda desteklenen kadınların bebeklerinin 1. ve 5. dakika APGAR skorlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bildirilmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da mevcut araştırma ile benzer şekilde doğumda aralıksız desteklenen kadınların bebeklerinin APGAR skorlarının daha yüksek bulunduğu ifade edilmektedir (Nelson, 2004; Hodnett ve ark. 2011; Howarth ve ark. 2011). Mevcut çalışmada doğum yapan kadının gereksinimlerine yönelik hemşirelik girişimleri bir taraftan bireyin konforunu artırırken diğer taraftan doğum sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlamıştır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, doğum desteğinin yenidoğana ilişkin doğum sonuçlarını iyileştireceğine ilişkin literatürü desteklemektedir.

5.3. Doğum Sonu Dönem

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların GKÖ puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 4.11). Bu sonuç, girişim grubunun doğum sonu konforlarının daha yüksek olacağına ilişkin hipotezi desteklemektedir. Literatür incelendiğinde; doğum desteği alan kadınların doğum sonu dönemde konfor düzeylerini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, Pınar ve ark. (2009) ve Çapık ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarda doğum şeklinin lohusaların konfor düzeylerini etkilediğini ve vajinal doğum yapanların doğum sonu konfor düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bunlara karşın Erkaya ve ark.'nın (2017) çalışmasında sezaryen doğum yapan kadınların konfor skorları daha yüksek bulunmuştur ve bu durum doğum sonu dönemde sezaryen olan kadınların daha fazla bakım ve eğitim almaları ile ilişkilendirilmiştir. Aksoy Derya (2017) ise yaptığı çalışmada sezaryen ile doğum yapan lohusaları konfor kuramı doğrultusunda verdiği hemşirelik bakımı ile desteklemişler ve doğum sonu konforu yükseltmede etkili olduğunu belirlemiştir (Aksoy Derya, 2017).

Doğumda Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımı ile desteklenen kadınların doğumlarında daha az müdahale uygulanması, doğumlarının daha kısa sürmesi ve doğum ağrısının daha az algılanması bu nedenle daha az yorulmaları doğum sonu dönemde fiziksel konforlarını artırmıştır. Bunun yanında doğumda, kadının yalnız bırakılmaması, sürekli bilgi desteğinin sağlanması, kararlara katılımının sağlanması, takdir edilmesi ve cesaretlendirilmesi, saygı görmesi ve önemsenmesi, mahremiyetine önem verilmesi doğumda kadının varoluşuna yönelik psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel gereksinimlerinin karşılanmasına böylelikle kadının doğumdan güçlenerek çıkmasına katkı sağlamıştır.

Kolcaba, sağlık bakımı ortamında bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasına dolayısıyla konforunun artırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerini algılayış biçimini beta baskısı olarak tanımlamıştır. Bireyin uygulanan hemşirelik girişimlerini olumlu algılaması ve konfor algısının artması bireyi olumsuz etkileyen gerginliğin azalmasına, yaşama amacının ve yaşam aktivitelerinin yeniden güçlenmesine yol açmaktadır. Bireyin kazandığı bu güç bundan sonraki davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001). Dolayısıyla, doğumda Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımı ile desteklenen, konfor algısı artırılan ve doğumdan güçlenerek ayrılan kadınların doğum sonu döneminde de konfor algılarının olumlu devam ettiği söylenebilir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların WDEQ-B puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 4.12). Bu sonuç, girişim grubunun doğum deneyimlerinin daha olumlu olacağına ilişkin hipotezi desteklemektedir. Bu çalışma ile paralel olarak, Bruggemann ve ark. (2007) doğumda kadınlar kendi tercih ettiği bir kişi tarafından desteklendiğinde doğumdan memnuniyetlerinin daha fazla olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde, 12791 kadını kapsayan 15 çalışmanın incelendiği sistematik derlemede doğumda aralıksız destek alan kadınların doğumdan daha az memnuniyetsizlik bildirdikleri rapor edilmiştir (Hodnett ve ark., 2004). Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise doğumunun üzerinden en fazla üç yıl geçen kadınlara doğuma ilişkin olumlu olumsuz deneyimleri sorulmuştur. Olumsuz deneyim bildiren kadınların (%16) çoğunluğunun primipar, müdahaleli doğum yapan ve doğumda ağrının azaltılmasına ilişkin uygulama

yapılmamış kadınlar olduğu dikkat çekmektedir (Rijnders ve ark., 2008). Bunların yanında İsbir ve Serçekuş'un (2015) çalışmasında doğum desteğinin doğum korkusunu azaltmada ve doğum memnuniyetini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da mevcut çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (Hodnett ve ark., 2007; Khresheh, 2009; Morhason-Bello ve ark. 2009; Hodnett ve ark., 2011; Yuenyong ve ark., 2012).

Kolcaba'ya göre standart konfor girişimleri bireyin temel gereksinimlerini hedef alır (Kolcaba, 2003). Doğumda standart konfor girişimleri, fiziksel konfor gereksinimlerini içermektedir. Günümüzde de hemşireler, standart bakım çerçevesinde sıklıkla doğumun fiziksel yönüne odaklanmaktadır (Sauls, 2002). Doğumun psikolojik yönü, fizyolojik yönüne göre daha az anlaşılmıştır ve daha az önemsenmektedir (Albers, 2007). Ancak doğumda beden ve zihin bir bütündür. Dolayısıyla annenin fiziksel parametreleri, zihinsel parametreleri ile sinerjiktir (Simkin ve Ancheta, 2016). Korku, endişe ve güvensizlik gibi zihinsel süreçler, bedensel süreçleri derinden etkileyebilir (Albers, 2007). Doğumda kadının birey olarak kendisine saygı duyulduğunu hissetmesi kendi iç bilgeliğine inebilmesine ve doğum yapmak için var olan gücüne ulaşmasına katkı sağlamaktadır (Lothian, 2004).

Bu araştırmada kullanılan Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının, en güçlü yönlerinden birisi psikospiritüel konfor gereksinimleri kapsamında bireylerin benlik saygısının korunmasıdır. Kolcaba, bireyde fark yaratan girişimlerin bireyin ruhsal açıdan güçlü hissetmesine olanak tanıyan girişimler olduğunu belirtmektedir. Bu girişimler hasta tarafından beklenmedik girişimler olduğu için kendisini özel hissetmesine ve memnuniyetin artmasına katkı sağlamaktadır (Kolcaba, 2001; Kolcaba, 2003). Bu bakımdan, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının olumlu doğum deneyimi geliştirmede etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların anne bebek bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğubelirlenmiştir ($p=0.000$) (Tablo 4.13). Bu sonuç, girişim grubunun anne bebek bağlanma düzeylerinin daha yüksek olacağına ilişkin hipotezi desteklemektedir. Bu araştırma ile paralel olarak Ayers ve ark.'nın (2014) çalışmasında doğumda zayıf destek alan kadınların bağlanmadan kaçınma davranışları sergiledikleri ve operatif

doğum yapan kadınların post travmatik stres bozukluğu açısından risk altında oldukları bildirilmektedir. Benzer şekilde Quinn ve ark. (2015) ise doğumda çalışanlardan saygı görmediğini ifade eden kadınların bağlanmadan kaçınma davranışlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada, Konfor Kuramı'na göre yapılandırılan hemşirelik bakımının sosyokültürel konfor boyutunda anne-bebek bağlanması bir gereksinim olarak belirlenmiş ve doğumda karşılanmasına yönelik girişimler uygulanmıştır. Ten tene temas ve emzirmenin erken başlatılması bu girişimler arasında yer almaktadır. Ten tene temasla ilgili yapılan sistematik derlemelerde, yenidoğan vücut ısısını, kalp atım sayısını, solunum sayısını ve kan glikoz seviyesini stabil tutma gibi sayısız yararının bulunduğu belirtilmektedir (Anderson ve ark., 2004; Moore ve ark., 2012). Bunların yanında, emzirmeye erken başlama ve sürdürme ve anne-bebek bağlanmasının daha erken olması gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır. Bu çalışmada, anne-bebek bağlanma düzeylerinin yüksek olmasının, ten tene teması ve emzirmenin erken başlatılmasına önem verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların PEÖÖ puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 4.13). Bunun yanında bu çalışmada, girişim grubundaki kadınların ilk 30 dakika içerisinde emzirmeye başlama oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Bu sonuç, girişim grubundaki kadınların postpartum emzirme özyeterliliklerinin daha yüksek olacağına ilişkin hipotezi desteklemektedir. Emzirmeye ilişkin en iyi sonuçların, doğumdan sonra anne ve bebeğin bir arada kaldıkları, komplike olmayan ve müdahale edilmeyen, emzirmenin bir saat içerisinde başlatıldığı doğumlarda elde edildiği bildirilmektedir (Di Girolamo ve ark. 2008). Yapılan çalışmalarda, doğumda güvendiği bir kişiden destek alan kadınların, emzirmeyi isteme, emzirmeye erken başlama, sadece anne sütü ile besleme ve ilk formül mamayı geciktirme, laktogenezin zamanında başlama ve ilk 6 haftada emzirmeye devam etme oranları daha yüksektir (Mottl-Santiago ve ark., 2008; Newton ve ark., 2009; Nommsen-Rivers ve ark., 2009). Bunlara karşın, doğumunun ikinci evresi uzamış (Wiklund ve ark., 2009), doğumda fetal distress gelişmiş (Chapman ve Perez-Escamilla, 2003) ve doğumuna müdahale edilmiş (Leung ve ark., 2002) kadınların emzirme sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmektedir. Simpson ve ark.

(2017) çalışmalarında sezaryen ve emzirme oranlarının doğumda bulunan çalışanların tutum ve davranışlarına duyarlı olduğunu belirtmektedirler. Doğumdaki konfor, sadece fiziksel rahatsızlıklardan değil aynı zamanda ebeveynliğe geçiş ve bir bebeğin sorumluluğunu alma gibi gelişimsel streslerden de etkilenir (Bailey, 2017). Bu nedenle, Bailey'in (2017) belirttiğine göre, bu geçişleri kolaylaştırmak ve böylelikle bireylerin Kolcaba'nın belirttiği ferahlama, rahatlama ve üstünlüğü gerçekleştirebilmeleri için desteklenmeleri gerekmektedir. Bu çalışmada, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılan hemşirelik bakımının sosyokültürel konfor boyutunda anne-bebek bağlanmasının ve emzirmenin erken başlatılması ile ilgili girişimler planlanmış ve doğumda mümkün olduğunca anne ve bebeğin bir arada kalması ve emzirmenin erken dönemde başlatılması sağlanmıştır. Bu çalışmada, emzirmeye ilişkin olumlu sonuçların, doğumda verilen bütüncül hemşirelik bakımının içerisinde ten tene temasın yapılmasından ve emzirmenin erken başlatılmasından kaynaklandığı söylenebilir.

6. SONUÇ

Doğum korkusu yaşayan gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin ve Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının, doğum korkusu, deneyimi, sonuçları ve konforuna etkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Doğuma hazırlık eğitimi sonrası girişim grubunun doğum korkusu seviyesi düşerken, kontrol grubunun yükseldiği saptanmıştır.
2. Girişim grubunun %81'inin vajinal doğum yaparken kontrol grubunun %60'ının vajinal doğum yaptığı saptanmıştır.
3. Kontrol grubuna daha fazla oksitosin ve kristaller manevrası uygulandığı saptanmıştır.
4. Girişim grubunun doğumlarının latent ve aktif fazlarının daha kısa olduğu belirlenmiştir.
5. Grupların doğumlarının ikinci evresinin sürelerinin benzer olduğu saptanmıştır.
6. Girişim grubunun yenidoğan 5. dakika APGAR skorlarında daha yüksek olduğu saptanmıştır.
7. Doğumun aktif ve geçiş fazlarında girişim grubunun konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
8. Doğumun aktif ve geçiş fazlarında girişim grubunun ağrı skorlarında daha düşük olduğu saptanmıştır.
9. Doğumun aktif ve geçiş fazlarında girişim grubunun konfor skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
10. Girişim grubuna daha fazla ten tene temas uygulandığı belirlenmiştir.
11. İlk 30 dakika içerisinde emzirmeye başlama girişim grubunda daha yüksek bulunmuştur.
12. Doğum sonu dönemde girişim grubunun konfor düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.
13. Girişim grubunun doğum deneyimlerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır.
14. Girişim grubunun anne bebek bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

15. Girişim grubunun postpartum emzirme özyeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

7. ÖNERİLER

Uygulama Alanına Yönelik Öneriler

- Doğum yapacak kadınların hastanelerin antenatal kliniklerinde izlenmesi ve doğuma ilişkin korkularının tespit edilmesi,
- Doğuma hazırlık eğitimi ile doğum yapacak kadınların kaygılarının giderilmesi ve bu eğitimlerin kadınlar için ulaşılabilir olmasının sağlanması,
- Doğum yapan kadının bakımını planlarken Konfor Kuramı'nın rehber olarak kullanılması,
- Doğumda kadınların daha iyi bir bakım almasını sağlamak için sağlık profesyonellerinin güncel eğitimlerle desteklenmesi,
- Doğumda verilen bakımın kalitesinin ve niteliğinin yükseltilebilmesi için ekip bilincinin geliştirilerek multidisipliner çalışılması,
- Anne-Bebek Dostu hastane sayısının artırılması önerilmektedir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Doğuma hazırlık eğitimlerinin web tabanlı yapılandırılarak gebelerin gereksinim duyduklarında interaktif katılabilecekleri, araştırmacı ile ve birbirleri ile iletişim kurabilecekleri araştırmaların yapılması,
- Doğum anında kadınların yaşadıkları destek gereksinimlerinin belirlenmesi için nitel çalışmaların yapılması,
- Doğumda kadınların konforunu artırmaya yönelik nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Doğumda aynı bakış açısına sahip farklı disiplinlerin birlikte çalıştığı araştırmaların planlanması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

2014/28 sayılı Sağlık Bakanlığı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi, 2014.

Adams ED ve Bianchi AL. A practical approach to labor support. JOGNN. 2008; 37, 106–115.

Adams, ED, Stark MA, Low LK, Arbor A. A nurse's guide to supporting physiologic birth. AWHONN. 2016; [https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(15\)00011-2/pdf](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(15)00011-2/pdf). (Erişim tarihi: 26.03.2018).

Akan H. Bilimsel araştırmalarda planlama ve tasarım. ANKEM Derg. 2014; 28(Ek 2): 101-104.

Aksoy Derya Y, Pasinlioğlu T. The Effect of Nursing Care Based on Comfort Theory on Women's Postpartum Comfort Levels After Cesarean Sections. International Journal of Nursing Knowledge. 2017; 28(3): 138-144.

Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Çelik MG, İnce İ. The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. Obstetrics and Gynecology International. 2014; ID 274303.

Albers LL. The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(3), 207-215.

Alessandra SRL. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. Mediterranean Journal of Clinical Psychology. 2013; 1(1): 1-18.

Altuntuğ K. Okumuş H. Özdengül F. Doğuma hazırlık sınıfı: Mevlana felsefesi ve 'hypnobirthing' sentezi. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topic. 2015; 1(1): 60-64.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). (2014). Obstetriccare consensus no: 1. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology. 2014; 123(3), 693–711.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Ob-Gyns Can Prevent and Manage Obstetric Lacerations During Vaginal Delivery, Says New ACOG Practice Bulletin. 2016. <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2016/Ob-Gyns-Can-Prevent-and-Manage-Obstetric-Lacerations>. (Erişim tarihi: 26.03.2018)

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In The Cochrane Library. 2004;1.

Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritualite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2: 51–58.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Nursing support of laboring women. An official position statement of the Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nursing. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2011; 40(5), 665–666.

AWHONN. Women's Health and Perinatal Nursing Care Quality Draft Measures Specifications. 2013.

Bailey DW. Framing comfort during the childbirth process. International Journal of Childbirth Education. 2017; 32(4): 11-15.

Bardacke N. Farkındalıkla Doğum. Çeviren: Onan Ö. 1. Basım, Doğan Novus Kitabevi, İstanbul; 2012.

Bayram GO, Şahin NH. Doğuma hazırlık eğitimi modelleri ve güncel yaklaşımlar. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2010; 7(3): 36-42.

Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199(5): 445-454.

Bianchi AL, Adams ED. Labor support during second stage labor for women with epidurals. Nursing for Women's Health. 2009; 13, 39-47.

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; Issue 7.

Bortolusso V, Boscolo A, Zampieron A. Survey about the comfort level according to Kolcaba on a sample of oncologic patients. *Professioni Infermieristiche*. 2007; 60: 166-169.

Breen GV, Price S, Lake M. Spirituality and high-risk pregnancy: Another aspect of patient care. *Lifelines*. 2006; 10(6): 467–473.

Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ, Cecatti JG, Neto AS. Support to women by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. *Reprod Health*. 2007; 4(5): 5.

Buran G. Doğum öncesi hazırlık kursu örneği: deneyimler ve sonuçları:2013-2015. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2015; 1(1): 25-32.

Burns EE, Blamey C, Ersser SJ, Barnetson L, Lloyd AJ. An investigation in to the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2000; 6(2): 141-147.

Bülbül T, Özen B, Çopur, A, Kayacık F. Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 25, 126-130.

Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ AY, Bektaş E, Ünal O, Turan C. Caesarean delivery or vaginal birth: Preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics ve Gynaecology*. 2010; 30(2): 155-158.

Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2006; 35(4): 456–464.

Carlsson IM, Ziegert K, Nissen E. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*. 2015; 31(10): 1000-1007.

Carroli G, Belizan J (2004) Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). The Cochrane Library. 2004; Issue 1.

Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Identification of risk factors for delayed onset of lactation. Journal of the American Dietetic Association. 2003; 99: 450–454.

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

Childbirth Education Roundtable Report. 2015; http://forms.lamaze.org/LamazeInternational_Report.pdf.

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

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

Çakır Koçak Y. Sevil Ü. Kültürel inanç ve uygulamalar. In. Perinatoloji ve bakım. Edit. Sevil Ü. Ertem G. 1. Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevi: Ankara; 2016.

Çalık YK, Kömürcü N. Effects of SP6 acupuncture point stimulation on labor pain and duration of labor. Iran Red Crescent Med J. 2014; 16(10): e16461.

Çapık A, Özkan H, Apay ES, Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. DEUHYOED. 2014; 7(3): 186-192.

Çiçek Ö, Mete S. Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. DEUHFED. 2015; 8(4): 263-268.

Dabrowski G. Skin-to-skin contact: Giving birth back to mothers and babies. Nursing for Women's Health Care for Women International. 2007; 11(1), 64-71.

Demirsoy G, Aksu H. Doğum korkusunun nedenleri ve başatma. KASHED. 2015; 2(2): 36-45.

- Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of breastfeeding self - efficacy scale. *Research in Nursing and Health*. 1999; 22: 399-409.
- Di Girolamo AM, Grummer-Strawn LM. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008; 122(2suppl): 43–49.
- Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Correlations among measures of bladder function and comfort. *Journal of Nursing Measurement*. 2002, 10: 27-38.
- Dowd T. Theory of comfort. In Alligood MR, Tomey AM eds. *Nursing theory utilization ve application*. Sixth ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2006, 726-742.
- Duncan J. The effect of colour and design in labour and delivery: A scientific approach. *OpticsveLaser Technology*. 2011; 43(2): 420-424.
- Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 140.
- Erkaya R. Türk R. Sakar T. Determining comfort levels of postpartum women after vaginal and caesarean birth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2017; 237:1526-1532.
- Ertem G. Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 8(2):117-123.
- Fairbrother N, Woody SR. Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic ObstetricveGynaecology*. 2007; 28: 239–242.
- Fathi Najafi T, Latifnejad Roudsari R, Ebrahimipour H. The best encouraging persons in labor: A content analysis of Iranian mothers' experiences of labor support. *PLoS ONE* . 2017; 12(7): e0179702.
- Fenwick J, Toohill J, Creed DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*. 2015; 31(1): 239-246.

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. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18: 667.

Fisher C, Hauck Y, Bayes S, Byrne J. Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12:126.

Foley BJ, Minick MP, Kee CC. How nurses learn advocacy. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002; 34(2): 181-186.

Gale J, Fothergill-Bourbonnais F, Chamberlain M. Measuring support during childbirth. *American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2001; 26: 264-271.

Galligan M. Proposed guidelines for skin-to-skin treatment of neonatal hypothermia. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2006; 31(5): 298-306.

Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*. 2015; 31: 865-870.

Garlock A.E. Effects of comfort education on maternal comfort and labor pain. *Nursing Theses and Capstone Projects*. Paper 220.2015.

Graham ID, Logan J, Davies B, Nimrod C. Changing the use of electronic fetal monitoring and labor support: A case study of barriers and facilitators. *BIRTH*. 2004; 31(4): 293 -301.

Güner ÖÖ, Kavlak O. Doğum. In. *Perinatoloji ve bakım*. Edit. Sevil Ü. Ertem G. 1. Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevi: Ankara; 2016.

Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, Astedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. *Scand J Caring Sci*. 2017; 31(2): 293-301.

Handelzalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev, A, Golan A, Sadan O. Personality, Fear of Childbirth and Cesarean Delivery on Demand. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*. 2011; 91: 16-21.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H ve ark. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Library*. 2015; 9: 1-115.

Hildingsson I. Mental training during pregnancy. Feelings and experiences during pregnancy and birth and parental stress 1 year after birth—A pilot study. *Sexual Reproductive Healthcare*. 2012; 3: 31-36.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ ve Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*. 2004; Issue 1.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; Issue 2.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library*. 2013; Issue 7: CD003766.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; Issue 3.

Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Continuous labour support by a nurse did not reduce the rate of cesarean delivery. *Evidence-based Obstetrics ve Gynecology*. 2002; 5(1): 8-9.

Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. In *The Cochrane Library*. 2008; Issue 4: CD000062.

Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005; 19(1): 103-115.

Hottenstein SE. Continuous Labor Support. *AWHONN Lifelines*. 2005; 9(3): 242-247.

Howarth A, Swain N, Treharne GJ. Taking personal responsibility for wellbeing increases birth satisfaction of first time mothers. *J Health Psychol*. 2011; 16(8): 1221-30.

Humenick SS. Childbirth and Perinatal Education. In: *Maternity & Women's Health Care*. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE. 8 ed. Mosby: Philadelphia: USA; 2004.

Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *The American Journal of Maternal Child Nursing*.2011; 36(5): 318-326.

İsbir GG, İnci F, Onal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res*. 2016; 32: 227-232.

İsbir GG, Serçekuş P, Çoker H. Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Deneyimi ve Doğumdan Memnuniyet Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2015; 1(1): 10-15.

İsbir GG, Serçekuş P. The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *The Journal of Nursing Research*. 2015.

Kadayıfçı O, Coşar ÇF. Lamaze Felsefesi Doğuma Ruhsal ve Bedensel Hazırlık. 1. Basım. Cross Basım ve Yayıncılık: İstanbul; 2013.

Kamali S, Ahmari Tehran H, Mohammed Alizadeh S, Jafari E. The effect of supportive behaviours on labor pain process in primigravid. *Oom University of Medical Sciences Journal*. 2010; 4(2): 3.

Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 197-202.

Karabacak Ü. Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.

Karabulut Ö, Coşkuner PD, Doğan MY, Cebeci MS, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*. 2016; 63: 60-67.

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

Karakulak HA, Alparslan Ö. Anne-bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması: Aydın örneği. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016; 6(3):188-199.

Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010; 109(3): 198-200.

Khresheh R. Support in the first stage of labour from a female relative: The first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery.* 2009; 26(6): e24-4.

Kızılırmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res.* 2016; 29: 19-24.

Kızılkaya N. Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. *Perinatoloji Dergisi.* 1997; 5(3-4): 113-116.

Kitapçioğlu G, Yanıkkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2008; 9(1): 47-54.

Koehn ML. Alternative and complementary therapies for labor and birth: an application of Kolcaba's theory of holistic comfort. *Holist Nurs Pract.* 2000; 15(1): 66-77.

Kolcaba K, Wilson L. Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing.* 2002; 17: 102-111.

Kolcaba K. *Comfort Theory And Practice. A Vision For Holistic Care And Research.* Springer Publishing Company: Newyork; 2003.

Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook,* 2001; 49: 86-92.

Kolcaba K. Y. A Theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing.* 1994; 19: 1178-1184.

Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept of comfort. *J Nurs Scholars.* 1991; 23: 237-240.

Kömürcü N. Ergin A. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi.* 1. Baskı. Bedray Yayıncılık: İstanbul; 2008.

Körükcü Ö, Kabukcuoğlu K. Tokofobi:Şiddetli doğum korkusu. In. Kadın Sağlığı Sorunlarının Psikosomatik Yansımaları. Edit. Kabukcuoğlu K. 1. Baskı. Detay Yayınları: Ankara; 2017.

Körükcü O, Deliktaş A, Aydın R. Kabukcuoğlu K. Investigation of the relationship between the psychosocial health status and fear of childbirth in healthy pregnancies. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2017; 359.

Körükcü Ö, Bulut O, Kukulü K. Psychometric evaluation of the Wijma delivery expectancy/ experience questionnaire version B. *Health Care for Women International*. 2014; 13: 1-18.

Körükcü Ö, Kukulü K, Fırat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012; 19: 193-202.

Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009; 37: 364-371.

Krinsky A, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*. 2014; 27(2):147-150.

Kuğuoğlu S, Eti-Aslan F. Ağrı, doğası ve kontrolü. İstanbul; Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 2006;51-59.

Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2008; 16(61): 16-23.

Kwee A, Cohlen J, Kanhai HH, Bruinse HW, Visser GH. Cesarean section on request: A survey in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2004; 113: 186-190.

Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2015; 1-16.

Larsson B, Karlström A, Rubertssona C, Ternström, E, Ekdahld J, Segebladh B, Hildingssona I. Birth preference in women undergoing treatment for childbirth fear: A randomised controlled trial. *Women and Birth*. 2017; 30: 460-467.

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(3): 354-360.

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Library*. 2013; Issue 10:CD003934.

Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *The Cochrane Library*. 2015; Issue 10: CD009124.

Leung GM, Lam TH, Ho LM. Breast-feeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2002; 99(5): 785-794.

Lothian JA. Do not disturb: The importance of privacy in labor. *Journal of Perinatal Nursing*. 2004; 13(3): 4 -6.

Lowe NK. Self-Efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2000; 21(4): 219-224.

Luis J, Apostolo A, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009; 23(6): 403-411.

Lukasse M, Vangen S, Qian P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: A longitudinal study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2011; 90(1): 33-40.

Lyndon A, Simpson KR, Spetz J. Thematic analysis of US stakeholder views on the influence of labour nurses' care on birth outcomes. *BMJ Quality & Safety*. 2017; 26(10): 824-831.

Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002; 29: 101–111.

Mete S, Çiçek Ö, Tokat MA, Çamlıbel M, Uludağ E. The effect of childbirth preparation classes on fear of childbirth, birth preference and preparation of labor. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing*. 2017; 9(3): 201-206.

Mete S. Doğum Öncesi Eğitim. In: Kadın Sağlığı. edit. Şirin A. Edit. Yard. Kavlak, O. 1. Baskı. İzmir. Bedray Basım Yayıncılık; 2008.

Miltner RS. More than support: Nursing interventions provided to women in labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2002; 31:753-761.

Molgora S, Fenaroli V, Prino LE, Rolle L, Sechi C, Trovato A, et all. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women and Birth*. 2018; 31: 117–123.

Mongan M. F. Hipnobirthing Mongan Yöntemi. 2. Baskı. Gün yayıncılık: İstanbul; 2013.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Library*. 2012;Issue 5.

Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Ojengbede OA, Olayemi O, Oladokun A, Fabamwo AO. Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009; 49(2): 145-150.

Mottl-Santiago J, Walker C, Ewan J, Vragovic O, Winder S, Stubblefield P. A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Matern Child Health J*. 2008; 12(3): 372-7.

Navae M, Abedian Z. Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015; 20(1): 40-46.

Nelson AM. Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2004; 32: 465-477.

Nerum H, Halvorsen L, Sqrлие T, Qian P. Maternal request for cesarean section due to fear of childbirth: can it be changed through crisis oriented counselling. *Birth*. 2006; 33(3): 221-228.

Newton KN, Chaudhuri J, Grossman X, Merewood A. Factors associated with exclusive breastfeeding among Latina women giving birth at an inner-city baby-friendly hospital. *J Hum Lact*. 2009; 25(1): 28-33.

NICE. Intrapartum care for healthy women and babies. Interviewer:NICE. 2014; Vol CG190.

Nieminen K, Stephansson O, Ryding E. Women's fear of childbirth and preferences for caesarean section - a cross sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009; 88: 807-813.

Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18: 28.

Nilsson C. The delivery room: is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sex Reprod Healthc*. 2014; 5(4): 199-204.

Nommsen-Rivers LA, Cohen RJ, Chantry CJ, Dewey KG. The infant feeding intentions scale demonstrates construct validity and comparability in quantifying maternal breastfeeding intentions across multiple ethnic groups. *Matern Child Nutrition*. 2010; 6(3): 220-227.

Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2001; 18: 170-180.

Odent, M. Sezaryen. 2. Baskı. İstanbul: Kuraldışı; 2013.

Okumuş H, Yenil K, Durgun Ozan Y, Öztürk E. Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: Literatür derlemesi. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 2015;1(1): 16-24.

Oral intake during labor. ACOG Committee Opinion No. 441. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2009; 114: 714.

Oweis A, Abushaikha L. Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. Int J Nurs Pract. 2004; 10(6): 264-71.

Pascali-Bonaro D, Kruger M. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. J Midwifery Womens Health, 2004; 49(4 Suppl 1): 19-27.

Pektekin Ç. Hemşirelik felsefesi: Kuramlar - bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitapevi: İstanbul; 2013.

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

Pınar G, Doğan N, Algıer L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi. 2009; 36: 184-190.

Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Repokari L, Vilska S, Tiitinen A, Tulppala M. Fear of childbirth and pregnancy related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. Obstetrics ve Gynecology. 2006; 108(1): 70-76.

Price S, Noseworthy J, Thornton J. Women's experience: With social presence during childbirth. Maternal Child Nursing. 2007; 32(3): 184-191.

Quinn K, Spiby H, Sladec P. A longitudinal study exploring the role of adult attachment in relation to perceptions of pain in labour, childbirth memory and acute traumatic stress responses. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2015; 33(3): 256-267.

Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2012.

Rathfisch GY, Güngör İ. Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2009; 3: 53-64.

Reiger K, Dempsey R. Performing birth in a culture of fear: An embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review*. 2006;15: 364-373.

Revez L, Gaitán HG, Cuervo L. Enemas during labour. *The Cochrane Library*. 2013; Issue 7.

Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, Van der Pal K, Prins M, Green J, et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *BIRTH*. 2008; 35(2): 107–116.

Romano A, Lothian J. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologicve Neonatal Nursing*, 2008; 37(1): 94-105.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E, Saisto, T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG*. 2011; 118(9): 1104–1111.

Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency ceserean section. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 1998; 77: 542-547.

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2016).
file:///C:/Users/User/Downloads/sb-2016_saglik-istatistikleri-yilligi.pdf. Erişim tarihi. 19.03.2018.

Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E. Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82: 201-208.

Saisto T, Salmelo-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmaki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *The American Collage of Obstetricians and Gynecologists*. 2001; 98(5): 821-826.

Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmöki, E., Toivanen, R., Tokola, M. et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *J Health Psychol.* 2011; 17: 520–534.

Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S. Self-Efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *JOGNN.* 2013; 42: 191-202.

Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour. *Midwifery.* 2013; 29(11): 1264-1271.

Sauls DJ. Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *Journal of Nursing Scholarship.* 2006; 38(1): 36–41.

Sauls, D. Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *JOGNN.* 2002; 31: 89-97.

Schantz C, Sim KL, Ly EM, Barennes H, Sudaroth S, Goyet S. Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh Cambodia. *Reproductive Health Matters.* 2015: 23(45): 68-77.

Schuiling DK. Exploring the presence of comfort within the context of childbirth. *Doktoral Dissertation Thesis.* The University of Michigan. 2003.

Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180: 1054-1059.

Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced Nursing.* 2010; 66(5): 999-1010.

Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery.* 2007; 25(2): 155–162.

Serçekuş P, Yenal K. Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye’deki gelişimi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics.* 2015; 1(1): 33-35.

Serçekuş, P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery.* 2006; 34: 166-172.

Simkin P, Ancheta R. Doğum Süreci El Kitabı. Çeviri Ed. Mete S. İstanbul Tıp Kitabevi: İstanbul; 2016.

Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*. 2004; 49(6): 489-504.

Simkin P. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 186(5), S131-S159.

Singata, M. Tranmer, J. Gillian ML. Gate. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (1): CD003930.

Sjogren B. Childbirth: expectations, choices and trends. *Lancet*. 2000; 12(356): 18.

Sleutel M R. Intrapartum nursing: integrating Rubin's framework with social support theory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, ve Neonatal Nursing*. 2003; 32, 76-82.

Sleutel RM, Schultz S, Wyble K. Nurses' views of factors that help and hinder their intrapartum care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007; 36(3): 203-11.

Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for Pain Management in Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; 6(7): CD009215.

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, Reflexology and Other Manual Methods for Pain Management in Labour. *Cochrane Database Systemic Review*. 2012; 5(2).

Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009; 116: 672-680.

Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003; 30(1): 36-46.

Stoll K, Fairbrother N, Thordarson DR. Childbirth fear: Relation to birth and care provider preferences. *K Psych J Midwifery Womens Health*. 2018; 63: 58-67.

Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? a survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian university students. *Midwifery*. 2013; 30: 220-226.

Stoll K, Hall W. Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: Is there a connection? *J Perinat Educ*. 2012; 21(4): 229-237.

Storksens HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2012; 91: 237-242.

Storksens 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(3): 318-324.

Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg*. 2013; 29(4): 165-167.

Sunay D, Şengezer T, Oral M, Aktürk Z. CONSORT 2010 Raporu: randomize paralel grup çalışmalarının raporlanmasında güncellenmiş kılavuzlar. *Euras J Fam Med*. 2013; 2(1): 1-10.

Sümbüloğlu K. Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 6. Baskı Hatipoğlu Yayınevi: Ankara; 2005.

Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjörn L, Marie Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15: 115.

Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009; 40(2): 57-62.

Şeker S, Sevil Ü. Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2015; 1(1): 1-9.

Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Mental Health*. 2005; 8: 45-51.

The Baby-Friendly Hospital Initiative Guidelines and Evaluation Criteria. Geneva: World Health Organization; 2016.

Tokat MA, Okumus H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the breast-feeding self efficacy scale short form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*. 2010; 26(1):101-108.

Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *BIRTH*. 2014; 41(4): 384-393.

Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005; 34(3): 319-328.

Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(2): 54-58.

Uçum EY, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2010; 5(13): 108-118.

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

Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(2): 110-115.

Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006; 113: 638-646.

Walls D. Herbs and natural therapies for pregnancy, birth and breastfeeding. *International Journal of Childbirth Education*. 2009; 24: 29-37.

Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: An evidence-based review. *Obstetric and Gynecology Survey*. 2004; 59(8): 601-605.

Werner A. Aurora teams. Retrieved from Swedish. 2004.

Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychosomatic aspects of W-DEQ: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*. 1998; 19(4): 84-97.

Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008; 115(3): 324- 331.

Wiklund I, Norman M, Uvnas-Moberg K, Ransjo-Arvidson AB, Andolf E. Epidural analgesia: Breastfeeding success and related factors. *Midwifery*. 2009; 25(2): 31–38.

Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2004; 19: 164-173.

World Health Report. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Over use as a barrier to universal coverage. *World Health Report*, 2010, Background Paper, 30.

Yapça ÖE, Karaca İ, Çatma T. Artan sezaryen oranlarını nasıl azaltabiliriz? Üç yıllık sezaryen verilerimiz eşliğinde değerlendirme. *İKSST Derg*. 2015; 7(3): 97-102.

Yuenyong, S, O'Brien B, Jirapeet. V. Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic, ve Neonatal Nursing*. 2012; 41(1): 45–56.

Yücel ŞÇ. Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2011; 27: 79-88.

Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Therapy*. 2001; 30: 75–84.

9. EKLER

EK-1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

İletişim Bilgileri

Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:

Sosyo-demografik Özellikler

1. Yaş:
 1. 18-25
 2. 26-34
 3. 35 ve üzeri
2. Medeni Durum:
 1. Evli
 2. Bekar
3. Öğrenim Durumu:
 1. Okuryazar değil
 2. İlköğretim ve altı
 3. Lise ve üzeri
4. Çalışma Durumu:
 1. Çalışıyor
 2. Çalışmıyor
5. Gelir seviyesi:
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla

Obstetrik-Özellikler

6. Gebeliğinizi planladınız mı?
 1. Evet
 2. Hayır
7. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız? _____
8. Doğumunuzu nasıl yapmayı planlıyorsunuz?
 1. Normal
 2. Sezaryen
9. Doğum öncesi bakım alıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
10. Doğum öncesi bakımı kimden alıyorsunuz?
 1. Ebe/hemşire
 2. Doktor

- 16 0 1 2 3 4 5
Tamamen Hiç
kendine hakim kendine hakim
değil
- 17 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
rahat rahat değil
- 18 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
mutlu mutlu değil

IV Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

- 19 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
Panik panikdeğil
- 20 0 1 2 3 4 5
Aşırı Ümitsizlik
ümitsizlik yok
- 21 0 1 2 3 4 5
Aşırıçocuğa Hiççocuğa
Kavuşmaisteği kavuşma
isteğiyok
- 22 0 1 2 3 4 5
Aşırı Öz güveni
öz güvenli yok
- 23 0 1 2 3 4 5
Son derece Kendine
güvenli güvensiz
- 24 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
ağrılı ağrı yok

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

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilirsiniz.



EK-3. Konfor Davranışları Kontrol Listesi

Konfor Davranışları Kontrol Listesi					
Kadın şu anda nasıl davranıyor? Lütfen en uygun yanıtı işaretleyin. Uygulanamaz = <i>uyuyor, ya da ifade şu an uygun değildir.</i> (Örneğin, kadın uyuyorsa 3 ve 5. sorular Uygulanamaz olarak işaretlenecektir.)					
	<i>Uygulanamaz</i>	Hayır	Biraz	Orta	Güçlü
Sesli Tepkiler/ifadeler					
1. uyanık	0	1	2	3	4
2. inleme	0	1	2	3	4
3. sızlanma	0	1	2	3	4
4. memnuniyet belirten sesler çıkarma/konuşma	0	1	2	3	4
5. ağlama/bağırma	0	1	2	3	4
Motor Tepkiler					
6. huzurlu	0	1	2	3	4
7. ajite	0	1	2	3	4
8. hızlı adımlama	0	1	2	3	4
9. yerinde duramama	0	1	2	3	4
10. kaslarda gevşeme	0	1	2	3	4
11. vücudun bir bölgesini ovuşturma	0	1	2	3	4
12. kendini koruma	0	1	2	3	4
Performans Tepkileri					
13. endişeli hareket etme	0	1	2	3	4
14. nezaketi kabul etme	0	1	2	3	4
15. dokunulmaktan/elinin tutulmasından hoşlanma	0	1	2	3	4
16. dinlenebilme	0	1	2	3	4

17. yemek yiyebilme	0	1	2	3	4
18. sakin, huzurlu olma	0	1	2	3	4
19. amaçsız hareket etme	0	1	2	3	4
20. uzaklaşmaya çalışma	0	1	2	3	4
Yüz ifadeleri					
21. depresif görünme	0	1	2	3	4
22. yüz buruşturma /ürkek görünme	0	1	2	3	4
23. rahat görünme	0	1	2	3	4
24. aşırı derecede dikkatli görünme	0	1	2	3	4
25. korkmuş ya da endişeli görünme	0	1	2	3	4
26. gülümseme	0	1	2	3	4
Diğer					
27. anormal soluk alıp verme	0	1	2	3	4
28. zihnen odaklanma	0	1	2	3	4
29. sohbet edebilme	0	1	2	3	4
30. sorunsuz bir şekilde uyanma	0	1	2	3	4
Bu listenin kullanılan <u>tek</u> konfor/ağrı aracı olması durumunda, hastaya aşağıdakileri sorun:					
<p>31. Herşeyi dikkate aldığınızda şu anda herhangi bir ağrınız var mı? Hayır _____ Evet _____</p> <p>[Lütfen ağrınızı 1 ile 10 arasında bir rakam ile derecelendirin; 10 olabilecek en yüksek ağrıyı ifade etmektedir.]</p> <p>_____ (derece)</p>					
<p>32. Her şeyi dikkate aldığınıza, şu anda ne kadar rahatsınız?</p> <p>[Lütfen rahatınızı 1 ile 10 arasında bir rakam ile derecelendirin; 10 olabilecek en yüksek ağrıyı ifade etmektedir.]</p> <p>_____ (derece)</p>					

Ek-4. Doğum Sonuçları Formu

1. Doğum şekli:
 - a. Sezaryen
 - b. Normal Doğum
2. Sezaryen şekli:
 - a. Acil sezaryen
 - b. İsteğe bağlı sezaryen
3. Doğum eyleminde oksitosin uygulanma durumu:
 - a. Evet
 - b. Hayır
4. Oksitosin uygulandı ise;
Dilatasyon: _____
Doz: _____
Uygulama şekli: _____
5. Normal doğumda uygulanan müdahaleler
 1. Epizyotomi
 2. Vakum
 3. Forseps
 4. Laserasyon tamiri
6. Doğumun gerçekleştiği hafta:
 1. 38-42
 2. 42 haftadan sonra
7. Doğumun başlangıç saati: _____
8. Doğumun latent faz süresi: _____
9. Doğumun aktif fazının toplam süresi: _____
10. Doğumun geçiş fazının toplam süresi: _____
11. Doğumun ikinci evresinin toplam süresi: _____
12. Yenidoğanın 5.dk APGAR skoru: _____
13. Yenidoğanın yoğun bakıma alınma durumu:
 1. Alındı
 2. Alınmadı
14. Doğum sonu aşırı kanama yaşama durumu:
 1. Evet
 2. Hayır
15. Doğum sonu kanama yaşandı ise:
Uygulanan müdahale: _____
16. Doğum eyleminde analjezi kullanılma durumu:
 - a. Evet (Tür/doz _____)
 - b. Hayır

17. Doğum eyleminde anestezi uygulanma durumu:
- Evet (Tür/doz _____)
 - Hayır
18. Doğum sonu dönemde hastaneye kontrol dışında başvurma durumu:
(Doğum sonu 1. Haftada sorulacak)
- Evet (Neden _____)
 - Hayır
19. Doğum sonu dönemde yenidoğan için kontrol dışında hastaneye başvurma durumu: (Doğum sonu 1. Haftada sorulacak)
- Evet (Neden _____)
 - Hayır
20. Bir sonraki doğumu için tercihi:
- Sezaryen
 - Normal Doğum



EK-5. Genel Konfor Ölçeği

	Uygun değil	Uygun hale getirilmeli	Uygun Ufak değişiklik	Çok uygun
1. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.				
2. Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum.				
3. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.				
4. Yardıma gereksinim duyduğumda güvенеbileceğim kişiler var.				
5. Egzersiz yapmak istemiyorum.				
6. Durumum beni bunaltıyor.				
7. Kendimi güvende hissediyorum.				
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum.				
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.				
10. Sevildiğini bilmek beni mutlu ediyor.				
11. Bulduğum ortamdan memnunum.				
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor.				
13. Kimse beni anlamıyor.				
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum.				
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.				
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum.				
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor.				
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum.				
19. Şu anda kabızım.				
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum.				
21. Bu oda beni ürkütüyor.				
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum.				
23. Önemli olduğumu bana hissettirenler var.				
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum.				
25. Açım.				
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum.				
27. Bu odanın ısısı iyi.				
28. Çok yorgunum.				
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum.				
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor.				
31. Memnunum.				

32. Bu sandalye/yatak rahatsız.				
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor.				
34. Özel eşyalarım burada değil.				
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum.				
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum.				
37. Arkadaşlarım telefon ederek beni hatırlıyor.				
38. İnançlarım bana huzur veriyor.				
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum.				
40. Kendimi kontrol edemiyorum.				
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum.				
42. Bu oda berbat kokuyor.				
43. Tek başınayım ama yalnız hissetmiyorum.				
44. Kendimi huzurlu hissediyorum.				
45. Kederliyim.				
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim.				
47. Burada yaşamak kolay.				
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum.				

- 15 0 1 2 3 4 5
Tamamen Hiç
kendine hakim kendine hakim
değil
- 16 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
rahat rahat değil
- 17 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
mutlu mutlu değil

III Doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında neler hissettiniz?

- 18 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
Panik panikdeğil
- 19 0 1 2 3 4 5
Aşırı Ümitsizlikyok
ümitsizlik
- 20 0 1 2 3 4 5
Aşırıçocuğa Hiççocuğa
Kavuşmaisteği kavuşmaisteği yok
- 21 0 1 2 3 4 5
Aşırı Öz güveni
öz güvenli yok
- 22 0 1 2 3 4 5
Son derece Kendine
güvenli güvensiz
- 23 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
ağrılı ağrı yok

IV Doğum kasılmalarının en yoğun olduğu zamanda ne olduğunu hatırlıyorsunuz?

24 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü Kötü bir
bir şekilde davrandım şekilde davranmadım

25 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün Bedenimin bütün kontrolü
kontrolü sağlamasına izin verdim sağlamasına izin vermedim

26 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen Kontrolümü
kaybettim kaybetmedim

V Bebeği doğurduğunuz anda nasıl hissettiniz?

27 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
keyif verici keyif verici
değil

28 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
doğal doğal değil

29 0 1 2 3 4 5
Tamamen olması Hiç olması
gerektiği gerektiği gibi
Gibi değil

30 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

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

31 ...doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

32 ... doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK-7. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Bu sorular ilk birkaç hafta içinde, çocuğunuza karşı duygularınıza ilişkindir. Bebekler doğduktan sonra, ilk haftalar içinde, annelerin bebeklerine karşı bazı duygularını tanımlayan bir takım ifadeler aşağıda liste edilmektedir. Lütfen, İLK BİRKAÇ HAFTA boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan sözcüğün karşısındaki kutuya bir tik (✓) işareti koyunuz.

	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
Sevgi dolu				
Kızgın				
Nötr/Hiçbir şey hissetmeme				
Sevinçli				
Hoşlanmama				
Koruyucu				
Hayal kırıklığı				
Öfke				

EK-8. Postpartum Emzirme Özyeterlilik Ölçeği

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1-Hiç emin değilim 2-Çok emin değilim 3-Bazen eminim 4-Eminim 5-Çok eminim

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

EK-9. Doğuma Hazırlık Eğitimi Salonunun ve Eğitimlerin Fotoğrafları





EK-10. Doğuma Hazırlık Eğitimi İçeriğinin Oturumlara Göre Dağılımı

1. OTURUM	
İçerik	Yöntem
Eğitimin amacı	Öncelikle katılımcının eğitimden beklentileri sorulur ve ardından eğitimin amacı açıklanır.
Doğum hakkındaki duygu ve düşünceler	Katılımcıya 'Doğum denildiğinde aklınıza neler geliyor?' sorusu sorularak doğum hakkındaki duygu ve düşünceleri öğrenilir. Katılımcının duygu ve düşünceleri eğitim sonunda tekrar gözden geçirmek üzere bir kağıda not edilir.
Doğuma yardımcı yapılar	Doğuma yardımcı yapılar ve çalışma mekanizmaları kısaca maket üzerinde anlatılır.
Doğuma ilişkin korkular	Katılımcının doğuma ilişkin korkuları sorulur ve kaydedilir.
Doğum korkusunun nedenleri	Doğuma ilişkin korkuların nedenleri ve nasıl geliştiği anlatılır.
Doğumda beden-zihin bağlantısı	Düşünce-duygu-davranış ilişkisi açıklanır. Düşüncelerin duyguları nasıl etkilediği bir egzersizle gösterilir. Olumlu düşünmenin gücünden söz edilir. Olaylara nasıl olumlu bakabilecekleri anlatılır. Örneğin; doğumun bir hastalık olmadığı, doğum eyleminde yaşanan her kasılmanın onları bebeklerine biraz daha yaklaştırdığını düşünmeleri doğuma daha olumlu bakmalarını sağlayabilir. Doğuma ilişkin olumsuz kelimelerin yerine olumlularının kullanılması desteklenir. Doğum ağrısı yerine doğum dalgaları ya da kasılmalarının kullanılması vb.
Korku-gerginlik-ağrı döngüsü	Katılımcıya korku anında bedeninde hissettiği değişiklikler sorulur. Ardından korkunun bedeni nasıl etkilediği ve doğum eylemindeki etkileri anlatılır.
Doğumun doğallığı	Kadın bedeninin doğumu başarabilecek güce sahip olduğu, zihindeki engeller kaldırıldığında bedenin doğumu rahatlıkla gerçekleştirebileceği açıklanır. Olumlu doğum öyküsü okunarak katılımcının motivasyonu artırılır.
ARA	
Kas egzersizleri	Isınma egzersizleri gösterilir ve yaptırılır.
Gevşeme egzersizleri	Beden ve zihin bağlantısını gösteren bir gevşeme egzersizi yaptırılır.

EK-10. Doğuma Hazırlık Eğitimi İçeriğinin Oturumlara Göre Dağılımı

2. OTURUM	
İçerik	Yöntem
Doğum tercihleri	Katılımcıların doğum tercihi üzerinde konuşulur. Normal doğumun avantajları anlatılır.
Doğum sürecinde neler oluyor?	Doğum eylemi ve evreleri ile ilgili ihtiyaç duyduğu düzeyde sınırlı bilgi verilir. Maket ile doğumun nasıl gerçekleştiği ve doğuma yardımcı yapılar kısaca açıklanır.
Kaslar canlandırma	Rol play ile doğum kaslarının çalışma mekanizması pekiştirilir.
Doğumda etkili hormonlar	Doğumda etkili hormonlar ve doğumu nasıl etkilediği açıklanır. Hormonların etkisini artıran ve azaltan durumlar açıklanır.
Korkunun doğuma etkileri	Korkunun, doğuma etki eden hormonların salınımını ve doğum eylemini nasıl etkilediği açıklanır.
Doğumun başladığını gösteren belirtiler	Doğum eyleminin başladığını gösteren belirtiler ve gerçek/yalancı doğum sancılarının nasıl ayırt edilebileceği anlatılır.
ARA	
Kas egzersizleri	Isınma egzersizleri yaptırılır. Ardından pelviktilt, kalça germe ve kedi kamburu gibi egzersizler yaptırılır.
Gevşeme egzersizleri	Nefes egzersizleri ve doğumun hangi evresinde kullanılacağı anlatılır ve yaptırılır. Oturumun sonunda hayal etme egzersizi yaptırılır.
Doğuma yardımcı pozisyonlar	Doğum eyleminde bebeğin inişini kolaylaştıran ve annenin rahatlığını artıran pozisyonlar gösterilir ve yaptırılır.
Ev ödevi	‘Sezaryen doğum yapmak durumunda kalsaydınız doğumun nasıl olmasını isterdiniz?’ sorusuna yanıt yazmaları istenir.

EK-10. Doğuma Hazırlık Eğitimi İçeriğinin Oturumlara Göre Dağılımı

3. OTURUM	
İçerik	Yöntem
Doğum başladığında neler yapılmalı?	Doğum eylemi başladığında evde yapması gerekenler ve hastaneye ne zaman başvurması gerektiği anlatılır.
Doğumda uygulanacak müdahaleler	Doğumda hastanede uygulanan rutin işlemler ve müdahaleler anlatılır.
Sağlık personeli ile iletişim geliştirme	Doğum ekibi ile geliştirilecek olumlu iletişimin öneminden söz edilir. Doğum ekibi ile nasıl iletişim geliştireceğine dair örnekler verilir. Rol oyunla doktorla konuşma yaptırılır.
Doğuma yardımcı tamamlayıcı uygulamalar <ul style="list-style-type: none">➤ Masaj➤ Müzik➤ İmgeleme	Doğuma yardımcı katılımcıların kendi başına kullanabilecekleri tamamlayıcı uygulamaların (masaj, müzik, imgeleme) etkilerinden kısaca söz edilir. Katılımcı ile birlikte doğumda kullanmak üzere müzikler belirlenir.
Doğum videosu	Olumsuz mesajlar ve görüntüler içermeyen, eğitimde anlatılan uygulamaları kullanan bir gebenin doğum videosu izlettirilir.
ARA	
Kas egzersizleri	Isınma egzersizleri yaptırılır. Ayakları iki yana açarak oturma, çömelme, duvara karşı germe, köprü kurma, bükülme, sırt germe, karın kaslarını germe, bacak ve ayak germe egzersizleri gösterilir ve yaptırılır.
Gevşeme egzersizleri	Nefes egzersizleri tekrarlanır ve pekiştirilir. Zihin alanı oluşturma egzersizi anlatılır ve örnekler vererek uygulamaya teşvik edilir. Görselleştirme örnekleri verilerek doğumda nasıl kullanabileceği gösterilir.
Masaj	Doğum eyleminde kullanılan rahatlatıcı masajlar yapılır. Endorfin masajı gösterilir ve birbirlerine uygulamaları sağlanır.

EK-10. Doğuma Hazırlık Eğitimi İçeriğinin Oturumlara Göre Dağılımı

4. OTURUM	
İçerik	Yöntem
Ev ödevi	Katılımcıların ödev konusundaki fikirleri alınır. Burada onaylama ya da reddetme olmaksızın fikirleri alınarak daha sonra anlatılacak olan konulara zemin hazırlanır.
Anne-bebek dostu sezaryen	Sezaryen doğumun anne ve bebeğin yaşamını tehdit eden durumlarda kurtarıcı bir operasyon olduğundan söz edilir. Sezaryen hakkında kısaca bilgi verilir. Anne-bebek dostu sezaryen neleri içerir anlatılır.
Bebekle bağ kurma ve ten tene temas	Ten tene temasın öneminden ve anne/bebek için avantajlarından söz edilir.
Doğum provası	Rol oyunla olumlu ve olumsuz doğum deneyimi canlandırılır.
ARA	
Kas egzersizleri	Isınma egzersizleri yaptırılır. Önceki oturumlarda öğretilen egzersizler tekrarlanır ve pekiştirilir.
Gevşeme egzersizleri	Nefes egzersizleri ve aşamalı gevşeme egzersizleri tekrarlanır. Bebekle konuşma egzersizi yaptırılır.
Doğum planı	Katılımcıya doğumu başladıktan sonra hastaneye başvurduğunda doğum destekçisini araması gerektiği hatırlatılır.
Eğitimin değerlendirilmesi	Eğitimin katılımcının beklentilerini ne kadar karşıladığı tartışılır. Eğitiminden önceki endişelerinin karşılanıp karşılanmadığı sorulur. Doğuma hazırlığı değerlendirilir.

DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİ



ARŞ. GÖR. AYŞEGÜL UNUTKAN
DOÇ. DR. HATİCE BALCI YANGIN

Sevgili anne-baba adayları,

bebeğinizin doğumu şüphesiz hayatınızdaki en eşsiz deneyimlerden biridir. Bu özel anı rahat ve olması gerektiği gibi yaşayabilmeniz için gebelik döneminde doğuma zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak hazırlanmanız gerekir. Bu kitapçıkta ‘Doğuma Hazırlık Eğitimi’nde sizlere anlatılan konuların özeti bulunmaktadır. Eğitimle ilgili unuttuklarınız olduğunda okuyup hatırlamanız için oluşturulmuştur.

Bu eğitim temelde Lamaze olmak üzere Dick Read, aktif doğum ve hipnobirthing felsefelerinden faydalanılarak oluşturulmuştur. Bu felsefeler, doğum anı ve yeni doğan bebeğe saygılı, normal, doğal ve daha insancıl bir doğumu hedefler. Bu eğitim sizleri duygusal ve bedensel yönden bilinçli bir şekilde doğuma hazırlamaktadır. Eğitime katılan kadınlar, doğum sırasında bebeğin nasıl doğacağını, doğumda hangi kasların niçin çalıştığını, bebeğin doğum kanalından nasıl ilerlediğini ve doğumun hangi aşamasında ne hissedeceğini bilecektir. Bunların yanında doğuma korku ile değil heyecan ve coşku ile bakacaklardır.

Bu eğitimde doğumun fizyolojisiyle ilgili teorik bilgilerin yanında nefes ve gevşeme egzersizleri, hayal etme egzersizleri, masajlar, doğum pozisyonları, doğumda uygulanan girişimler, ideal doğum ortamları, doğum tercihleri, anne/bebek dostu sezaryen gibi konular bulunmaktadır. Bu eğitimde ve kitapçıkta doğuma ilişkin aklınızdaki tüm sorulara cevap bulacaksınız. Ancak sadece eğitime katılarak ve kitap okuyarak doğumunuzun rahat geçeceğini düşünmek yapacağınız en büyük yanlış olacaktır. Yani normal doğumu sadece istemek yeterli değildir, doğuma hazırlık aktif çalışma gerektirir. Eğitimde öğrendiğiniz nefes ve gevşeme tekniklerini doğuma kadar düzenli olarak çalışmanız hayal ettiğiniz doğuma kavuşmanız için olmazsa olmazlardandır.

Doğum fizyolojik bir yaşam olayıdır. Ancak, doğası gereği riskleri içinde barındırır. Eğitimde öğrendiğiniz tüm çalışmalarını yapmanıza ve doğuma zihinsel, bedensel ve ruhsal hazırlığınızı tamamlamanıza rağmen hiç kimse hayal ettiğiniz doğumu yaşayacağınızı garanti edemez. Ancak doğuma hazırlanmanız bütün farkındalığınızla orada olmanızı ve doğum şekliniz ne olursa olsun bebeğinizle eşsiz bir deneyim yaşamamanızı garanti edecektir. Eğitime katıldığınız ve doğumunuza sahip çıktığınız için sizlere minnettarız. Sevgiyle kalın...

İçindekiler

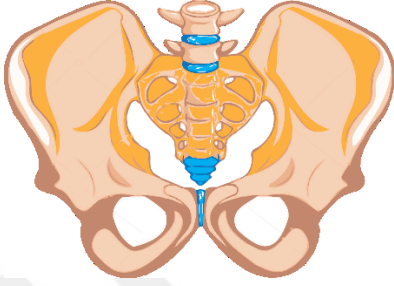
1. Doğuma Yardımcı Yapılar
2. Doğum Korkusu ve Korkunun Doğuma Etkileri
3. Doğumun Hormonları
4. Doğumun Başlangıç Belirtileri
5. Doğumun Aşamaları
6. Doğumda Anne-bebek Bağlanması ve Ten Tene Temas
7. Doğumda Uygulanan Girişimler
8. Sezaryen Çeşitleri
9. Sezaryen Nedenleri
10. Anne-Bebek Dostu Sezaryen
11. Aktif Doğum Pozisyonları
12. Ağrıda Kapı Teorisi
13. Doğuma Yardımcı Tamamlayıcı Uygulamalar
14. Doğum çantasında neler olmalı?
15. Yararlanılan Kaynaklar

1. Doğuma Yardımcı Yapılar

Normal doğum, kadınların doğasında vardır. İnsanlık tarihinden beri kadınlar doğumlarını normal yollarla yapmış ve bedenlerine güven duymuşlardır. Öyle ki kadın bedenindeki bütün yapılar da normal doğumu gerçekleştirebilecek biçimde yaratılmıştır.

Kemik Çatı

Kalçada üç tane kemik ve bunları birbirine bağlayan kıkırdak yapılar bulunur. Bu kıkırdak yapılar relaksin hormonunun etkisiyle doğuma kadar esneyerek bebeğindoğum kanalından geçişini kolaylaştırır.

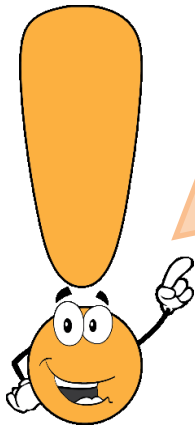


Rahim kasları

Rahimde 3 farklı kas tabakası bulunur. En dışta bulunan dikine kaslar doğumda kısalıp uzayarak bebeğin doğum kanalında ilerlemesini sağlar.

Dikine kasların iç kısmında karışık kaslar bulunur. Bu kaslar doğumdan sonra kan damarlarını sıkıştırarak kanamayı engeller.

En dışta bulunan dairesel kaslar ise rahim ağzında daha fazla bulunur. Doğumda dikine kaslar kısalıp kalınlaşırken dairesel kaslar yukarı doğru çekilerek genişler. Böylelikle rahim ağzında bebeğin geçmesi için gerekli açıklık sağlanmış olur.



Normal koşullarda doğum kasları uyum içinde çalışırlar. Kasların bu uyumu sürdürebilmeleri için yeterli miktarda oksijene gereksinimleri vardır. Korku ve gerginlik durumunda kasların oksijenlenmesi azalarak bu uyum bozulur. Uyumun bozulması doğumun ilerleyişini yavaşlatır ve doğuma girişim gereksinimini artırır. **BU NEDENLE DOĞUMA KORKULARDAN ARINARAK GELMEK ÖNEMLİDİR.**

2. Doğum Korkusu ve Korkunun Doğuma Etkileri

Doğum korkusunun, gebelikte, doğumda ve doğum sonu dönemde birçok olumsuz etkileri olabilir. Bu nedenle doğumdan önce doğum korkusunun çözümlenmesi ve korkunun serbest bırakılması gereklidir.

Doğumda korku otonom sinir sistemini harekete geçirerek doğumda istemediğimiz durumlara sebep olabilir. Otonom sinir sistemi bedenın haberleşme ağıdır ve tüm vücudu etkiler. Mesajları alır, bu mesajlara uygun aktiviteler planlar ve bedenın diğer sistemlerine direktifler verir. Beden bu direktifleri bilinçsizce gerçekleştirir.



Otonom sinir sistemi sempatik ve parasempatik sistemden oluşur. Parasempatik sinir sistemi iyilik durumunda aktif olur, biz bu sisteme '**İyileşme Odası**' diyebiliriz. İyileşme odasında fiziksel ve zihinsel barış sağlanmıştır, dinginlik ve sakinlik vardır.

Sempatik sistem ise bedenın savunma sistemidir, bu sisteme de '**Acil Durum Odası**' diyebiliriz. 'Savaş', 'kaç' ya da 'donakal' tepkilerine neden olur. Bu sistem devreye girince göz bebekleriniz büyür, solunumunuz ve kalp atışlarınız hızlanır. Vücuttaki kan sadece yaşamsal organlara (beyin, kalp, böbrekler) gider.



Doğuma korku hâkim olduğunda vücut savunmaya geçer ve sempatik sinir sistemi aktive olur. Stres hormonlarının etkisiyle rahime ve bebeğe giden kan azalır. Oksijenlenme az olduğu için rahim kaslarının çalışma dengesi bozulur. Dikine kaslar kasılmaya devam ederken dairesel kaslar gerginleşir ve sertleşir. Dikine kaslar kasılıp yuvarlak kasları yukarı çekmeye çalışır ancak dairesel kaslar direnç gösterir. **BU DİRENÇ, DOĞUM DALGALARI SIRASINDA AĞRI HİSSEDİLMESİNE NEDEN OLUR.**

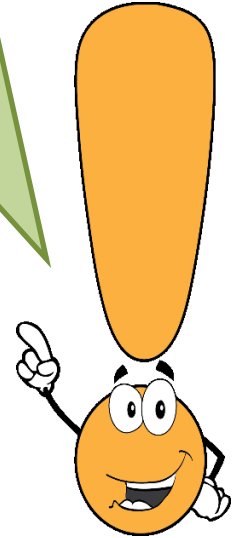


Ağrı, daha fazla korku duymanıza neden olur. Korku daha fazla gerginliğe neden olur ve böylece **korku-gerginlik-ağrı döngüsü** oluşur. Bu durum doğumun uzamasına neden olur. Ayrıca bebeğe giden oksijen miktarının azalması doğuma girişim edilmesini gerektirebilir. Korku-Gerginlik-Ağrı döngüsü, doğuma fiziksel ve zihinsel olarak hazırlanmanız ve korkularınızı yenmeniz durumunda kırılabilir.

DOĞUMA İLİŞKİN KORKULARINIZI NASIL YENE BİLİRSİNİZ?

- Korkunun panzehiri bilinçtir. Doğuma yönelik bilgi eksikliğinizi ve yanlış bilgilerinizi giderin.
- Doğuma fiziksel ve zihinsel olarak hazırlanın. Gevşeme ve nefes egzersizlerini gebeliğinizde mutlaka yapın.
- Bedeninize ve bebeğinize güvenin.
- Sadece olumlu hikâyeler dinleyin.
- Korkunun sizi olumsuz etkilediğini fark ettiğinizde psikolojik destek almakta gecikmeyin.

! ÇÜNKÜ DOĞUM ANINIZ EŞSİZ VE TEKRARI YOK.



3. Doğumun Hormonları

Doğumda korku ve gerginlik olmadığında ve doğum kendi akışına bırakıldığında vücudunuzda doğumu kolaylaştıran birçok hormon salgılanır. Bunlar:

Oksitosin: Sevgi hormonu



Oksitosin, sevgi ve aşk hormonudur. Anneliğe özgü davranışları kazanmanızı sağlar. Ancak oksitosin utangaç bir hormondur. Işık ve gürültünün olması, mahremiyetin sağlanmaması oksitosin salgılanması olumsuz etkiler. Bu nedenle mahremiyetin korunduğu doğum ortamına ihtiyaç vardır.

Oksitosinin bir diğer görevi ise doğumda rahim kaslarının çalışmasını sağlayarak bebeğin doğmasına yardımcı olmaktır. Bu hormonunun kandaki seviyesi yükseldiğinde doğal ağrı kesiciler olan endorfinler beyinden salgılanarak ağrı eşiğinizi yükseltir ve doğum dalgalarını rahat karşılamana yardımcı olur.

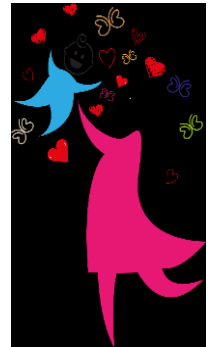
Oksitosin aynı zamanda süt kanallarından süt salınımını uyararak emzirmenin erken dönemde başlamasına katkı sağlar.



Korku ve gerginlik durumunda oksitosin salgılanmaz ve doğumun doğal akışı bozulur. Doğumda oksitosin düzenli salgılanmadığında yapay oksitosin (suni sancı) verilmek zorunda kalınabilir. Yapay oksitosin rahim kaslarının kasılmasını sağlar ancak oksitosinin anne-bebek bağlanması ve ağrı eşiğini yükseltme gibi diğer olumlu etkilerini oluşturamaz.

Endorfin

Endorfinler vücudun doğal ağrı kesicileridir. Doğumda rahim dalgaları ile zorlanan bedeni rahatlatmak için salgılanır. Doğum dalgaları arttıkça endorfin seviyesi de yükselir. Böylelikle endorfin doğum dalgalarını daha sakin ve rahat karşılamana yardımcı olur. Ayrıca doğumun sonlarına doğru yorgunluğun arttığı ve en zorlandığınız aşamada 'Ben Yapamayacağım' duygusundan uzaklaşmanızı sağlar.



Adrenalin: Heyecan hormonu



Adrenalin “**dövüş ya da kaç**” hormonu olarak bilinir.

Bu hormon korku, gerginlik, soğuk, heyecan ya da açlık gibi vücudumuzda stres yaratan durumlarda salgılanır. Adrenalin salgılandığında nefesimiz hızlanır, ağızımız kurur, göz bebeklerimiz büyür, bir yere tutunma ve güç alma ihtiyacı duyabiliriz.

Doğum sürecinin sonuna yaklaşıldığında adrenalinin artması ani enerji artışına neden olur ve doğum anı için ihtiyacınız olan enerjiyi sağlar. Ancak doğumun başlangıcından itibaren adrenalinin yüksek olması rahim kaslarının çalışma dengesini bozar.

Doğuma korku duyarak geldiğinizde ve gergin olduğunuzda, vücudunuz bedeninizi korumak için fazla miktarda adrenalin salgılar. Yani vücut ‘Acil Durum’ odasına geçer. **UNUTMAYIN!** Acil durum uyarısı verildiğinde rahime giden kan azalır ve daha ağrılı doğum dalgaları oluşur.

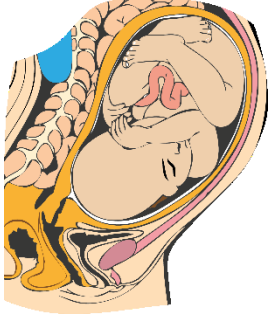


4. Doğumun Başlangıç Belirtileri

Gebeliğin son haftalarında beden ve bebek doğuma hazırlanır. Bebek doğum kanalına yavaş yavaş yerleşir, rahim ağzı yumuşamaya, pelvik kemiklerin arasındaki kıkırdak dokular esnemeye ve hazırlık dalgaları olmaya başlar.

Doğumun başlama mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Yalnız bebeğin organları uterus dışında yaşayabilecek kadar olgunlaştığında vücudundan bazı maddeler salgılanır. Bu maddelerin annenin beynine ulaşarak doğumu başlatan hormonları salgılattığı düşünülmektedir. Sonuç olarak doğum, beden ve bebek doğuma hazır olduğunda kendiliğinden başlar. Bu nedenle anne bebek sağlığı ve doğumun doğal akışının bozulmaması için **doğum kendiliğinden başlamalıdır.**





Bebeğin aşağı inmesi-yerleşmesi

Bebeğin başının doğum yoluna inmesi ve yerleşmesi doğumun yaklaştığını gösterir. Bebeğin başı doğum yoluna yerleştiğinde solunumunuzda rahatlama ve hafifleme hissedebilirsiniz. Hastaneye gitmeyi gerektirmez.

Sık idrara çıkma

Bebeğin başının doğum yoluna inmesi idrar kesenize baskı yapacağı için sık idrara gitme ihtiyacı duyabilirsiniz. Bu belirti doğumun yaklaştığını gösterir ve hastaneye gitmeyi gerektirmez.



Nişan gelmesi

Bebeği dış etkilerden korumak için doğum kanalınızda sümüksü bir tıkaç bulunur. Bu tıkaç doğum yolunun açılmaya başlaması ile birlikte dışarı atılır. Nişanı, iç çamaşırınızda yapışkan, pembemsi bazen az miktarda kanlı bir akıntı olarak görebilirsiniz. Bu belirti doğumun 2-3 gün içinde gerçekleşebileceğini yani doğumun yaklaştığını gösteren bir belirtidir. Hastaneye gitmeyi gerektirmez.



40 haftayı geçen gebelik

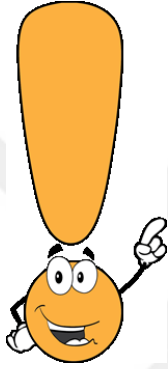
Doğumun, gebeliğin 38-42. haftaları arasında gerçekleşmesi normaldir. Gebeliğin 40 haftayı geçmesi mutlaka doğumun erken başlatılmasını ya da planlı sezaryeni gerektirmez. Bu durumda doktora daha sık takip olmak yeterlidir. Doktorunuz herhangi bir risk olduğunda yapılması gereken girişimi size bildirecektir.

Doğum dalgalarının başlaması

Gebeliğinizin 20. haftalarından itibaren rahiminizde başlangıçta hafif, doğuma yaklaştıkça ise artan dalgalar hissedebilirsiniz. Bunlara hazırlık dalgaları denir. Doğum yaklaştıkça daha güçlü dalgalar hissetmeye başlayabilirsiniz. Hatta bu dalgaları doğum dalgaları ile karıştırabilir ve hastaneye gidebilirsiniz.



Gerçek Doğum Dalgaları	Hazırlık Dalgaları
➤ Dalgalar düzenli aralıklarla gelir.	➤ Aralıklar düzensizdir.
➤ Dalgaların sıklığı, süresi ve şiddeti giderek artar.	➤ Dalgaların sıklığı, süresi ve şiddeti artmaz.
➤ Dinlenmeyle geçmez.	➤ Dinlenmeyle geçer.



Doğum dalgalarınız başladığında dalgaların sıklığını bir kâğıda yazarak takip edin.

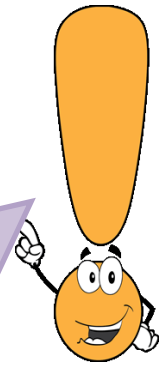
DOĞUM DALGALARINIZ 5 DAKİKADA BİR DÜZENLİ OLARAK GELMEYE BAŞLADIĞINDA HASTANEYE GİDİN.

Suyun gelmesi

Bebek anne karnında içi su dolu olan bir kesenin içerisinde bulunur. Bebeğin içinde bulunduğu su kesesi bazen doğumdan önce açılıp suyun bir kısmı boşalabilir. Suyun gelmesi çoğunlukla sızıntı şeklinde olur. Suyunuz geldiği zaman hastaneye gitmeniz gerekir. Suyunuz geldikten sonra doğumunuzun 24 saat içinde başlaması beklenir.

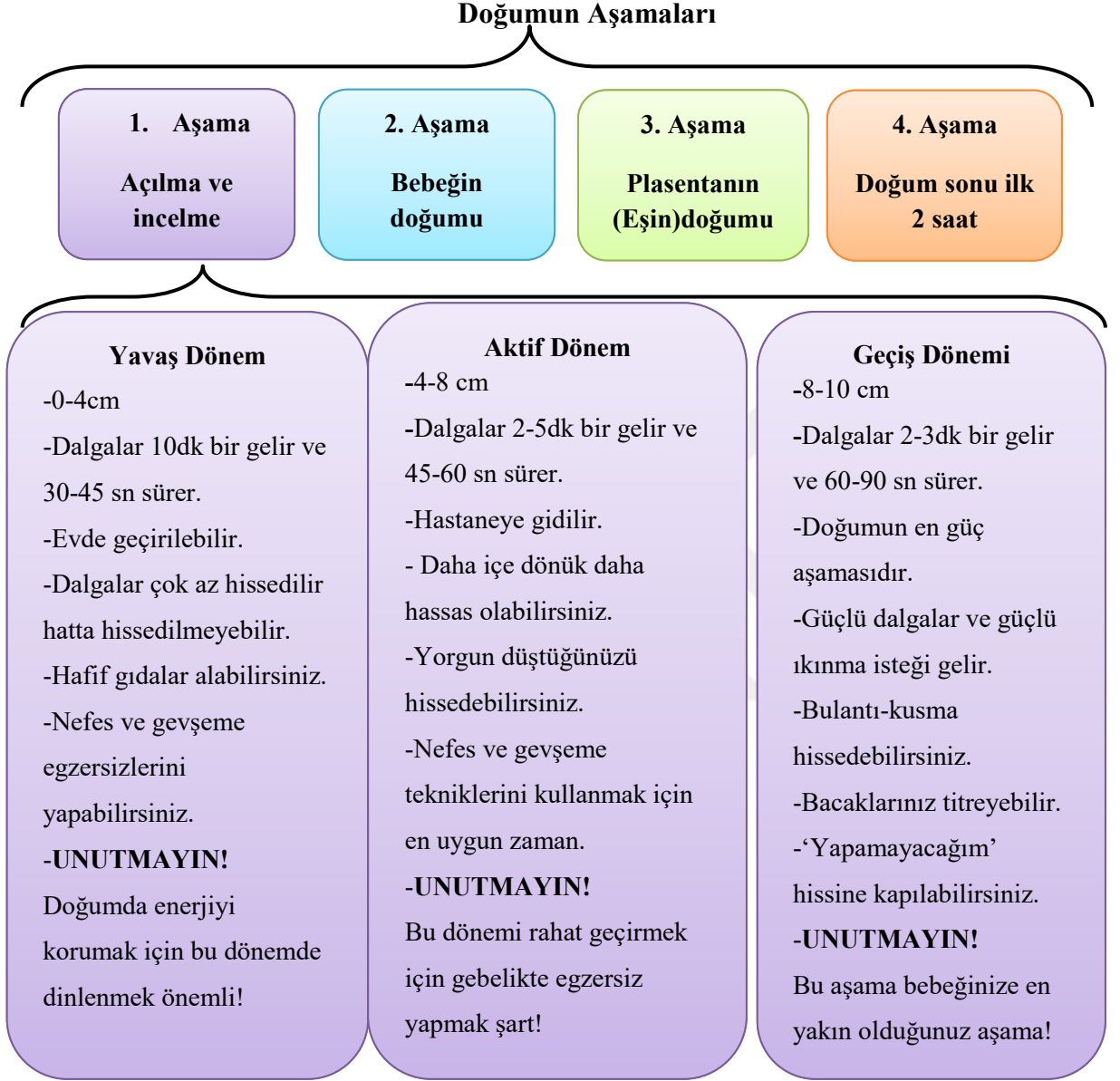
HASTANEYE NE ZAMAN GİTMELİSİNİZ?

- Suyunuz geldiğinde,
- Kanamanızın olması durumunda (Açık kırmızı renkli)
- Rahim dalgalarınız 5 dakikada bir gelmeye başladığında



5. Doğumun Aşamaları

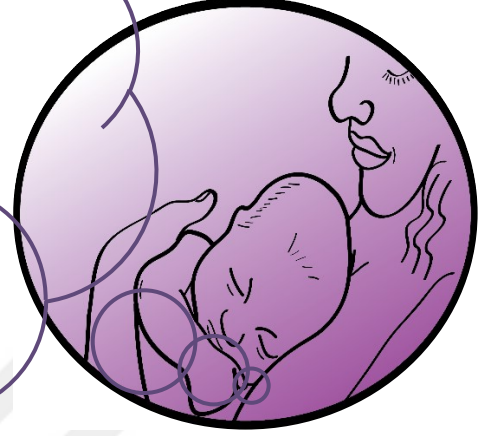
Doğum dört aşamadan oluşmaktadır. Burada ilk üç aşamada neler yaşayacağınız ve neler hissedebileceğiniz özetlenmiştir.



Doğumun ikinci aşamasında, eğitimlerde öğrendiğiniz doğum nefesi bebeğinizi nefesle birlikte nazikçe aşağı itmenize yardımcı olacaktır. Nefesi tutmadan, üfleterek ve enerjiyi aşağıya yönlendirerek bebeğe destek olmak önemlidir. *Doğumun üçüncü aşamasında* ise plasentanız doğarken rahimde doğum dalgalarına benzer hafif kasılmalar hissedebilirsiniz. Plasentanızı doğum ekibinden isteyebilirsiniz.

6. Doğumda Anne Bebek Bağlanması ve Ten Tene Temas

Ten Tene Temas (TTT) bebeğin doğduktan hemen sonra göbek kordonu kesilmeden ve sarılmadan çıplak olarak annesinin çıplak tenine, karnına ya da göğsüne konulması ve en azından ilk emzirme bitene kadar orada kalmasıdır.



Bebeğiniz sizin bedeninizde yaklaşık 40 hafta geçirdikten sonra doğar. Doğduğu ana kadar tek bildiği ve tanıdığı sizin bedeninizdir. Doğumdan sonra tek tanıdığı ve bildiği bedenden yani sizden ayrıldığında kendisini güvensiz hissedecektir. Dolayısıyla anneden ayrılmak bebek için bir travmaya dönüşecektir. Bu nedenle doğumda TTT bebeğinizin bu dünyaya kendini güvende hissederek geçmesi için önemlidir. Doğumdan hemen sonra göbek kordonu kesilmeden anne göğsü ile buluşan bebek sizin kalp atışlarınızı duyarak ve bedeninizin kokusunu alarak sakinleşir.



www.dogumakademisi.com'dan alınmıştır.

TTT sadece bebek için değil sizin içinde önemli faydalar sağlar. Bebeğinizi kucağınıza aldığınızda beyniniz hemen oksitosin salgılanmasını başlatır. Oksitosin bebeğe daha kısa sürede bağlanmanıza ve anneliğe özgü davranışları kazanmanıza yardımcı olur. Aynı zamanda oksitosin süt salınımını uyararak bebeğin erken dönemde emzirilmesine katkı sağlar.

Doğum ekibinizden, doğumda ten tene temasa engel tıbbi bir durum olmadığı sürece bebeğinizle yaşayacağınız bu özel buluşmaya saygı duymalarını ve desteklemelerini talep edin!

7. Doğumda Uygulanan Girişimler

Bu bölümde doğumda uygulanan girişimlerin olumlu ve olumsuz yönleri anlatılacaktır. Bazen doğumlarda anlatacağımız girişimlerin birinin ya da birkaçının uygulanması gerekli olabilir. Girişimler tıbbi gereklilik olduğunda anne-bebek sağlığı açısından kurtarıcı uygulamalardır. Ancak girişimlerin tıbbi gereklilik yokken uygulanması doğumun normal işleyişini bozacaktır.

Yeme içmenin kısıtlanması



Bazı doktorlar sıvı alımını uygun bulmazlar ve izin vermezler. **Daha önce yapılan çalışmalarda, doğumda yemek yemenin ve su içmenin herhangi bir zararı görülmemiştir.** Doktorunuz izin verirse doğum dalgaları arasında **su, çay, meyve suyu, içebilir veya buz emebilirsiniz.**

Serum Takılması

Kolunuzda serum takılıyken pozisyon değiştirmekte ve hareket etmekte zorlanabilirsiniz. Mümkün olduğunca uygulanmamalıdır. Ancak doğumda yeme içme kısıtlandığında, kusma olduğunda ve ilaç uygulamak gerektiğinde serum takılması gerekebilir.



Bebeğin Kalp Seslerinin İzlenmesi

Doğumda bebeğin monitörle aralıklı olarak izlenmesi gerekir. Ancak sürekli izlenmesi, sürekli olarak cihaza bağlı kalmanızı yani yatakta kalmanızı gerektirir. Suni sancı ya da epidural anestezi uygulanmışsa kalp atışlarını sürekli izlemek gerekebilir. Diğer durumlarda aralıklı olarak dinlenmesi daha uygundur.



Su Kesesinin Suni Olarak Açılması

Su kesesi normalde doğumun ikinci aşamasında kendiliğinden açılır. Ancak bazen doğumu hızlandırmak gerektiğinde daha erken açılabilir. Bu işlem sırasında annenin ya da bebeğin canı yanmaz, küçük bir pens yardımıyla kolayca açılır.

Vajinal Kesi (Epizyotomi)

Epizyotomi, bebeğin başı doğmadan hemen önce doğum yolunu genişletmek için perine (vajina ve makat arasındaki bölge) bölgesine yapılan kesi işlemidir. İşlem sırasında bölge uyuşturulur ve doğumdan sonra kesi dikiş uygulanarak onarılır. Epizyotomi zor doğumlarda doğum yolunu genişletmek için, daha geniş yırtılmaları engellemek için ve doğumu hızlandırmak için uygulanabilir.

Doğumda epizyotomi gereksinimini azaltmak için gebelik döneminde Kegel egzersizleri ve perine masajları yapmalısınız. Kegel egzersizleri perine kaslarının güçlendirilmesi, perine masajı ise esnemesi için fayda sağlamaktadır.



Kegel Egzersizleri

Kegel egzersizleri, perine çevresindeki kasları çalıştırmayı ve güçlendirmeyi sağlamaktadır. Bu kasların güçlendirilmesi doğumda yırtık oluşmasını ya da epizyotomiye duyulan gereksinimi azaltırken doğum sonu dönemde doğum yolunuzun daha kolay toparlanmasına yardımcı olacaktır.

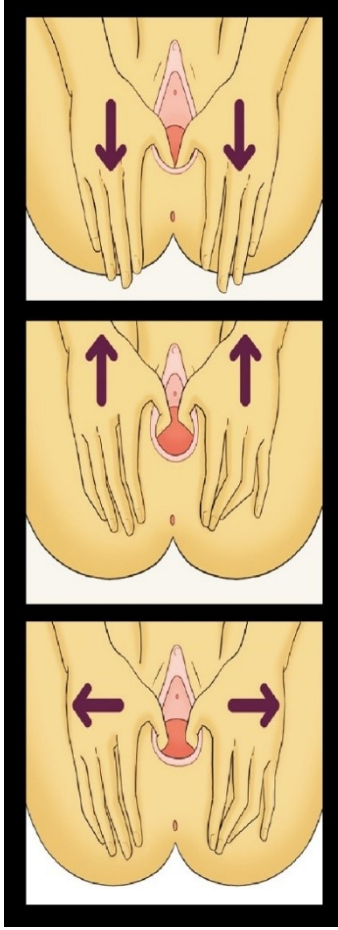
Kegel egzersizi nasıl yapılır?

Kegel egzersizlerinde hangi kasları çalıştıracığımızı anlamak için idrarınızı yaparken 3-4 kez idrarınızı tutup bırakın. İdrarınızı tutup bırakırken çalıştırdığınız kaslar perine kaslarınızdır. Bundan sonra kegel egzersizini idrarınızı yaparken yapmayın. Kegel egzersizi, idrarınız olmadığı bir zamanda sırt üstü yatar pozisyon olarak idrarınızı tutarken kasıp gevşettiğiniz kasları kullanarak yapılır. Perine kaslarınızı kasın ve birkaç saniye kasılı olarak bekledikten sonra yavaşça gevşetin. Bu işlemi günde 4-6 tekrarla 10-15 kez uygulayın. Bu egzersizleri ilk başta sırt üstü pozisyonda öğrendikten sonra istediğiniz pozisyonda yapabilirsiniz.

Perine masajı

Perine masajı gebelik döneminde düzenli uygulandığında, doğum kanalınızın esnekliğini artırarak doğum anında yırtık oluşmasını ve vajinal kesi gereksinimini azaltır. Perine masajına gebeliğinizin 34. haftasından itibaren başlayabilirsiniz. Bu masajı kendiniz yapabileceğiniz gibi eşinize de yaptırabilirsiniz.

Perine masajını nasıl yapabilirsiniz?



- Masaja başlamadan önce doktorunuza danışın. Herhangi bir sakınca yoksa aşağıdaki şekilde yapın.
- Önce ellerinizi yıkayın.
- Tırnaklarınız uzun ise kesin.
- İdrar kesenizi boşaltın.
- Masajı yarı oturur pozisyonda, bir duvara dayanıp çömelerek ya da bir sandalyeye oturarak, hatta ayakta durup bir ayağınızı sandalye üstüne koyarak uygulayabilirsiniz.
- Masaja yeni başladığınızda perineyi rahat görebilmek için ayna kullanabilirsiniz.
- Masaj sırasında zeytinyağı, badem yağı, buğday yağı ve perine masajı için hazırlanmış özel yağları kullanabilirsiniz.
- Masajı siz uyguluyorsanız başparmağınızı kullanmak daha kolay olacaktır. Eşiniz uyguluyorsa işaret parmaklarını kullanabilir.

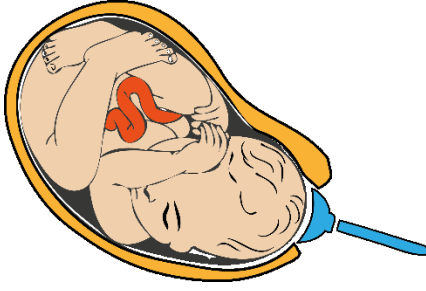
- Parmaklarınızı perinede ve vajinanın al kısmında rahat hareket edecek biçimde yağlayın.
- Parmaklarınızı vajinanın içerisine doğru yaklaşık 5 cm yerleştirin ve vajina duvarını aşağı doğru bastırarak ovun.
- Parmaklar U çizecek şekilde vajina tabanında ve yanlarında hareket ettirilmelidir.
- Perine masajının etkili olabilmesi için haftada 4 ya da 5 kez; 5 dakika boyunca yapılması gerekir.

Lavman

Lavman, kalın bağırsağın son kısmının sıvı uygulanarak temizlenmesidir. Yapılan bilimsel araştırmalara göre lavmanın doğum için herhangi bir avantajı yoktur.

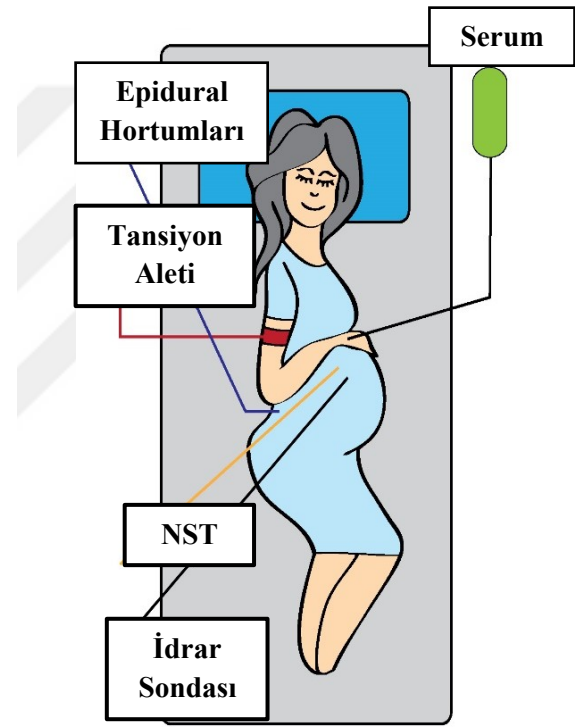
Vakum

Vakum, bebek başına koyulan emici bir alet yardımıyla çekici güç uygulanmasıdır. Vakum uygulaması bebekte beyin hasarı yapmaz. Bebeğin kafasında şekil bozukluğu oluşabilir ancak bunlar 24 saat içinde düzelir. Vakum doğumun hızlı gerçekleşmesi gereken durumlarda hayat kurtarıcı bir uygulamadır.



Epidural Anestezi

Epidural anestezi, doğumda ağrı iletiminin azaltılması için kullanılmaktadır. Normal doğum sayısını artırmaktadır. Ancak doğumda uygulanan girişim sayısını da artırmaktadır. Epidural anestezi sırasında perine kasları gevşer, bu nedenle bebeğin doğum kanalında ilerlemesi ve dönüşü güçleşir. Bebek normal doğacağı pozisyonu alamadığı için sezaryen gerekebilir. Oksitosin salınımını azaltır bu nedenle suni sancı gerekebilir.



Suni sancı uygulandığı için ve epidural anestezi tansiyonu düşüreceği için serum takılması ve bebeğin kalp atışlarının sürekli izlenmesi gerekir. Bunlar anne adayının doğumda özgürce hareket etmesini engeller ve doğumun uzamasına neden olur. Epidural anestezi uygulanan annenin idrarının gelip gelmediğini hissedemediği durumlarda sonda takılması da gerekebilir. Bu anne adayları doğumun ikinci aşamasında etkili kınamadıkları için vakum uygulanması da gerekebilir.

8. Sezaryen Çeşitleri

Sezaryen operasyonu uygulama zamanı ve nedenlerine göre dört başlık altında incelenmiştir.

SEZARYEN ÇEŞİTLERİ

1-Doğum başladıktan sonra yapılan acil sezaryen

Doğum başlamıştır ancak acil bir durum ortaya çıkmıştır. Bu durumda dakikalar içinde sezaryen ameliyatı kuralları uygulanacaktır.

- Kordon sarkması,
- Bebeğe ani kalp atışlarında yavaşlama,
- Placentanın erken ayrılması ve kanaması,
- Annede aniden gelişen bazı tıbbi sebepler sayılabilir.

2-Doğum başladıktan sonra yapılan acil olmayan sezaryen

Doğum yine başlamıştır ama yolunda gitmeyen olaylar nedeni ile doktor sezaryene karar verebilir. Durum yukarıdaki kadar acil değildir. Hazırlık süresi vardır. Anne-Bebek Dostu Sezaryen kuralları uygulanabilir. Bu duruma yol açabilecek nedenler arasında baş-pelvis uygunsuzluğu, ileri derece mekonyumlu bebek, ilerlemeyen doğum ve erken doğum sayılabilir.

3. Tıbbi bir sebeple yapılan planlı (elektif) sezaryen

Doğum başlamadan önce anneye ve bebeğe ait tıbbi bir nedenden dolayı sezaryen kararı alınmasıdır. Bu tıbbi nedenler arasında annede kontrolsüz şeker hastalığı ya da kalp hastalığı, plasentanın önde gelmesi, daha önce bilinmeyen nedenle bebek kaybı gibi nedenler sayılabilir.

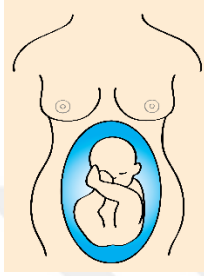
4-Tıbbi olmayan bir sebeple yapılan planlı sezaryen

Sezaryen için tıbbi bir gereklilik yoktur. Aile isteği veya doktor isteği ön plandadır.

Ancak birçok durumda daha çok aile tercihleri ön plandadır. Ağrı çekmekten korkma, doğumdan korkma, risklerden korkma, sezaryenin modern doğum şekli olduğuna inanma, daha riskli olmasına rağmen sezaryen ameliyatını risksiz ve garantili bir uygulama olarak görme ya da

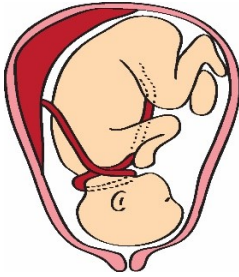
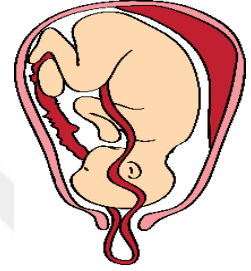
9. Sezaryen Nedenleri

Doğuma çok iyi hazırlanmanıza rağmen her zaman sezaryen olma ihtimaliniz vardır. Sezaryen ameliyatı gerektiğinde anne-bebek hayatını kurtarıcı bir operasyondur. Ancak bunun yanında sezaryen, anestezi ve cerrahi uygulamalardan kaynaklanan ciddi olumsuz sonuçları gelişebilen bir girişimdir. Bu nedenle sadece tıbbi gereklilik durumunda uygulanması doğrudur.



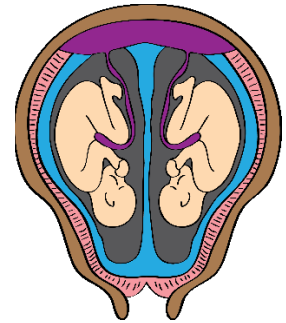
Makat geliş: Bebeğin ayak veya makat bölümünün önde oluşudur. Doğum uygun şartlar, tecrübeli kişilerle mümkündür. Ancak baş geliş doğumlarla kıyaslandığında daha fazla travma ile karşılaşılacağı için son yıllarda ilk doğumlarda ilk seçenek olarak sezaryen ile doğurtulmaları önerilmektedir. Planlı sezaryen

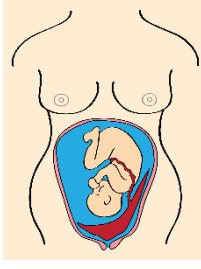
Kordon sarkması: Acil sezaryen sebebidir ancak ilk gebeliklerde görülme olasılığı ihmal edilecek kadar azdır.



Kordon dolanması: Kordonun bebek boynu etrafında bir veya iki kez dolanmasının tanısıdır. Kordon dolanması planlı sezaryen sebebi değildir. Doğum sırasında sorun çıkması durumunda bebek kalp atışlarında düşme ile kendini belli eder ve sezaryen kararı alınabilir.

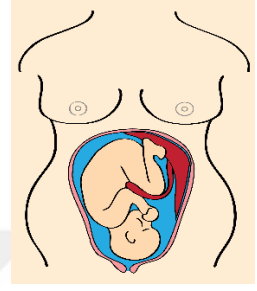
İkiz gebelik: Belli pozisyonlar dışında (ilk bebek makat, ikinci bebek baş) sezaryen sebebi değildir. Ancak 38 hafta sonrasında bırakıldıkları zaman tekiz bebeklerle kıyaslandığında bebekte kayıp ve sekel kalma oranlarının daha yüksek olduğu için doğum uzmanları tarafından planlı





Plasentanın önde oluşu: Kesin planlı sezaryen sebebidir.

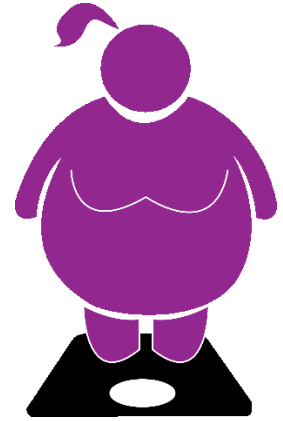
Baş-pelvis uygunsuzluğu: İri bebek olarak tanımlansa da doğru bir tanımlama değildir. İri bebek sınırı 4500 gr dan sonra başlar ancak yanıltıcıdır. Bir yandan USG tanıda 500 grama kadar yanıltıcı sonuçlar verir. Diğer yandan önemli olan anne pelvisi ile bebek başının ve gövdesinin uyumudur. Bu uyumun bozulması doğumda omuz takılması ve travmatik doğum ihtimalini artırdığı için sezaryen önerilmektedir.



Doğumun ilerlememesi-Uzamış doğum: Çoğunlukla anneye doğumda yeterli destek ve sürenin sağlanmaması ile ilişkilidir. Ancak bazı durumlarda destek olmasına rağmen sebebi ya da açıklanamayan nedenlerle doğumlar uzayabilmektedir. Bu durumlarda sezaryen travmatik bir doğum yerine tercih edilmektedir.

Anneye ait hastalıklar: Bazı hastalıklar planlı veya doğum sırasında sezaryen sebebi olabilir. Bunlar arasında karaciğer hastalıkları, şeker hastalığı, yüksek tansiyon ve nöbetlerle seyreden gebelik zehirlenmesi, bebeğe bulaşabilecek bazı aktif enfeksiyonlar sayılabilir.

Bebek kalp atışlarının bozulması: En sık görülen sebeplerden biridir. Ancak girişim edilmeyen doğal doğumlarda daha az sıklıkla görülür. Burada doktor kararlarına saygı duymak gerekir.



İsteğe bağlı: Bazı anneler korkuya ve kozmetik nedenlere bağlı olarak sezaryeni tercih ederler. Tüm dünyada bunun bir hak olup olmadığı halen etik bir tartışma konusudur. Gerekli eğitim ve destek ile isteğe bağlı sezaryenlerin sayısı azalacaktır.

10. Anne-Bebek Dostu Sezaryen

Normal doğumda salgılanan hormonlar sezaryende salgılanmaz. Bunun yanında ameliyathanelerin soğuk olması nedeniyle bebek doğumdan hemen sonra farklı bir odaya alınır. Dolayısıyla sezaryen sonrası anne-bebek bağlanması ve emzirme gecikir. Ancak son yıllarda uygulanmaya başlayan anne-bebek dostu sezaryen ile sezaryenin olumsuz etkileri azaltılabilir.

Sezaryenin anne-bebek dostu olabilmesi için;



- Doğumun kendiliğinden başlaması beklenmelidir.
 - Ameliyathane önceden 1-2 derece ısıtılmalıdır.
 - Anneye epidural anestezi uygulanmalıdır. Bebek doğduktan sonra hızlı bir kontrolün arkasından tıbbi bir engel yoksa hemen annenin çıplak göğsü ile buluşturulmalıdır.
 - Ameliyat sonlanana kadar mümkünse bebek anne göğsünde kalmalıdır.
-
- Annenin bebeğin göğsünde kalmasını engelleyen tıbbi bir durumu varsa bebek babanın göğsü ile buluşturulmalıdır.
 - Tüm bu uygulamaların yapılabilmesi için doğum ekibinin ve hastanenin anne-bebek dostu hastane uygulamasını benimsemiş olması ve kutsal doğum anına saygı duyması önemlidir.

11. Aktif Doğum Pozisyonları

hareket özgürlüğü ve aktif pozisyonları doğumun ilerleyişi için çok yararlıdır. hazırlık eğitimlerinde öğrendiğiniz pozisyonları evde deneyerek bu pozisyonları rahatlıkla alabilirsiniz.



Doğumda Aktif Pozisyonların Faydaları

- Doğum sürecini kısaltır.
- Doğum dalgalarını daha rahat geçirmeye yardımcı olur.
- Doğum dalgaları sırasında öne doğru eğilme rahimin çalışmasına katkıda bulunur.
- Dik pozisyonlar doğum yolunun hacmini artırarak kuyruk sokumu kemiğinin geriye doğru esnemesini dolayısıyla doğum yolunun genişlemesini sağlar.
- İkinmayı kolaylaştırır.
- Yerçekimi bebeğin inişini kolaylaştırır.
- Bebeğin doğum süresince etkin oksijenlenmesini sağlar.
- Stres ve gerginliği azaltır.
- Doğumda kontrolün anne adayında olmasını sağlar, kontrol dışı davranışı önler ve rahatlatır.
- Epidural anestezi gereksinimini azaltır.

Aktif hareket etme

Yürüme; doğum süresince yer çekiminin etkisiyle bebeğin inişini ve doğum için uygun pozisyonu almasını kolaylaştırır.



Merdiven çıkma; bebeğin doğum kanalına yerleşmesine katkı sağlar.

Sandalyeden destek alarak ayakta dik durma; Dik pozisyonda dururken yanınıza bir sandalye alarak tek ayağınızı sandalyenin üzerine koyun. Bu pozisyon kemik çatının genişlemesini sağladığı için bebeğin inişini kolaylaştırır.



Sallanma Hareketleri

Doğumda nefes ritminde sağa-sola, öne arkaya sallanma hareketleri yapmak, harekete konsantrasyonu sağlayarak kasılmalarla baş etmeyi kolaylaştırır.

Sandalyede sallanma; doğum dalgalarını evde karşıladığınız dönemde sallanan sandalyede nefes ritmiyle uyumlu olarak sallanmak rahatlamanıza yardımcı olur.



Top üzerinde sallanma ve spiral hareketler yapma; size uygun bir pilates topunun üzerinde sağa-sola, öne arkaya sallanma hareketleri ve kalçanızın üzerinde spiral hareketler yapın.

Karın kaldırma dansı; eşinize ya da doğum destekçinize sırtınızı yaslayarak sağa sola sallanma hareketi yapın. Bu sırada doğum destekçiniz karnınızı destekleyerek perineye baskı hissini azaltabilir.



Öne doğru eğilme pozisyonları

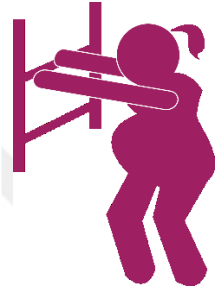
Bu pozisyonlar doğum sürecinde bel ağrısı ve perinede yoğun baskı hissettiğiniz zamanlarda sizi rahatlatacak pozisyonlardır. Çünkü bu pozisyonda rahim yer çekimine direnç göstermeden çalışabilir.



Sandalyede ata biner gibi öne doğru eğilme pozisyonu; sandalyeye ata biner gibi ters olarak oturun. Kollarınızın ve başınızın altına bir yastık koyun.

Sandalyede düz oturarak öne doğru eğilme pozisyonu; sandalyede oturup öne doğru eğilin. Diz kapaklarınızı olabildiğince birbirinden uzaklaştırarak kemik çatıyı genişletin. Aynı pozisyonu klozette oturarak da yapabilirsiniz.

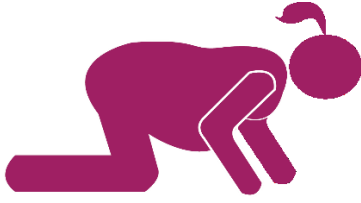
Ayakta destek alarak öne eğilme pozisyonu; duvardan, doğum destekçinizden, bir masadan ya da bir sandalyeden destek alarak öne doğru eğilin. Bu pozisyonda sallanma ya da spiral hareketleri de yapın.



Diz üstünde öne doğru eğilme pozisyonu; dizlerinizin üzerinde durup bir yataktan, toptan ya da sehpadan destek alın. Bu pozisyonda kollarınız ve başınız desteklendiği için diğer pozisyonlardan daha konforludur.

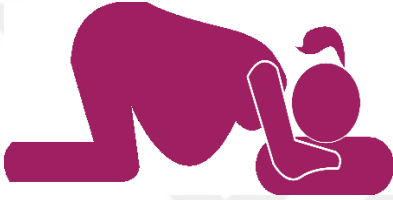
Diz üstünde durulan pozisyonlar

Diz üstünde durulan pozisyonlar bel ağrısını hafifletir, kemik çatının hacmini artırır, yer çekiminin etkisiyle bebeğin doğum kanalına inişini kolaylaştırır, sırt ve endorfin masajı için kolaylık sağlar. Ayrıca sallanma hareketlerini yapmayı kolaylaştırır.



Kedi pozisyonu; elleriniz ve dizleriniz yerde ve birbirine paralel hizada olacak şekilde kedi duruşuna geçin. Bu pozisyonda ellerinizin ve dizlerinizin altına ince bir minder, havlu ya da egzersiz matlarından

Toptan destek alarak diz üstünde durma; dizleriniz yerde olacak şekilde ve kollarınız, başınız ve göğsünüz topun üzerine gelecek şekilde pozisyon alın. Karnınız yere paralel olsun.



Kutup ayısı pozisyonu; önce kedi pozisyonunu alın, sonra dirseklerinizi yere koyun ve başınızı ön kolunuza yaslayın.

Çömelme pozisyonları

Çömelme pozisyonu kemik çatının en geniş olduğu pozisyonudur. Bu nedenle doğumun her aşamasında önerilen bir pozisyonudur. Bu pozisyonda kemik çatının hacminin genişlemesi bebeğin yer çekimine paralel hareket etmesi nedeniyle doğum normalden hızlı olur. Çünkü bebeğin başı rahim ağzına baskı yaparak rahim ağzının daha çabuk açılmasını sağlar.



Sırttan destek alarak çömelme pozisyonu; sırtınızı duvara, yatağa ya da doğum destekçinize yaslayarak çömelme pozisyonu alın.

Önden destek alarak çömelme pozisyonu; yüzü sizin yüzünüze bakan ve dizleri üzerinde dik duran doğum destekçinizin boynuna kollarınızı dolayarak çömelme pozisyonu alın. Doğum destekçiniz elleriyle sizi sırtınızdan destekleyebilir. Bu pozisyonu yataktan ya da sandalyeden destek alarak da yapabilirsiniz.





Yarım diz üstü, yarım çömelme pozisyonu; bir bacak diz üstünde iken, diğer bacak çömelme pozisyonunda olsun. Tam çömelme pozisyonu ya da tam diz üstünde durma pozisyonuna göre daha rahattır.

Desteksiz çömelme pozisyonu; yerden destek alarak kendi kendinize çömelin. Diz kapaklarınız olabildiğince birbirinden uzak olsun. Bu pozisyonda bebek doğum kanalına daha hızlı iner. Destekli çömelme pozisyonuna göre biraz daha fazla güç gerektiren bir pozisyonudur.



Doğumun ilk aşamasında özellikle ayakta ve dik pozisyonlar önerilmektedir. Fakat yorulduğunuzda, oturmak ya da uzanmak istediğinizde yan oturur yatış pozisyonu, sol yan yatış pozisyonu ve oturma pozisyonu kullanılabilir.

Yarı oturur yatış pozisyonu; sırtınızı ve başınızı 30 derece veya daha fazla yükselterek yarı oturur yatış pozisyonunu alın.

Sol yan yatış pozisyonu; uzanmak istediğinizde baş ve üstte kalan bacak yastıkla desteklenerek sol yan pozisyon alın. Bebeğe giden oksijen miktarı azaldığı için sağ yan pozisyon çok önerilmemektedir.



Oturma pozisyonu; yerde ya da yatakta dizlerinizi kendinize doğru çekin, bacaklarınızı birbirine paralel olacak şekilde uzaklaştırın. Sırtınızı yatağın arkasına ya da doğum koçunuza yaslayın.

Kurbağa pozisyonu; belinizi yastıkla destekleyerek ve arkaya doğru yaslanarak oturun, dizlerinizi kendinize doğru çekin ve diz kapaklarınızı olabildiğince birbirinden uzaklaştırın. Bu pozisyonda ıkınma sırasında dizlerinizi tutarak kendinize doğru çekin.



Yan yatar pozisyonu; siz sol yan pozisyonda yatarken, doğum destekçiniz üstte kalan bacağınızı yukarı doğru kaldırarak destekler. Doğum dalgalarının arasında iki bacağınızın arasına yastık koyarak dinlenebilirsiniz.

12. Ağrıda Kapı Teorisi

Ağrılı uyarılar önce omiriliğimize ardından beyine iletilir ve ağrı duygusu oluşur. Ancak bu uyarılar omirilikte kapılarla karşılaşılır. Bu kapıların belli bir kapasitesi vardır. Yani kapıya ulaşan bütün uyarılar kapıyı geçip beyine ulaşamazlar. Bunun yanında uyarıların hepsi bu kapı noktalarına aynı hızla ulaşmaz.



Örneğin; dokunma duygusunu taşıyan sinirler ağrı duygusunu taşıyan sinirlerden daha kısa sürede kapı noktalarına ulaşır. Bu nedenle ayağımızı bir yere çarptığımızda direkt çarptığımız yeri tutarız. Dokunma uyarısı kapıya daha erken ulaştığı için ve kapının kapasitesini doldurduğu için ağrı uyarısı kapıyı geçemez ve beyine iletilmez. Dolayısıyla ağrı hissi oluşmaz ya da daha az oluşur.

Doğumda kapı mekanizmasının bu özelliğinden faydalanarak doğumu daha rahat geçirmeniz mümkün. Dokunma, masaj, odaklanma, gevşeme, nefes ve müzik gibi uyarılar zihnimizi başka uyarılarla meşgul ederek ağrı duygusunun azaltılmasına yardımcı olur.

13. Doğuma yardımcı tamamlayıcı uygulamalar

Nefes

Nefes, doğumda rahatlamayı ve odaklanmayı sağlamak için diğer rahatlatıcı yöntemlerle birlikte kullanılmaktadır. Oksijen rahimde çalışan kaslar için en önemli yakıttır. Ayrıca bebeğin de sürekli ve yeterli oksijene ihtiyacı vardır. Bu nedenle doğumda doğru ve etkin nefes almak çok önemlidir.

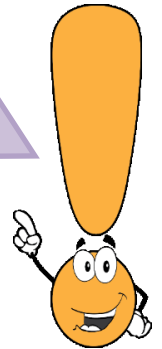


Gebelik sırasında sizi rahatlatacak hatta yavaşlatacak nefes çalışmalarını öğrenmeli ve uygulamalısınız. Gebeliğinizin en az yarısından itibaren uygulayacağınız bu nefes çalışmalarını bedeniniz ve zihniniz hafızaya alacaktır. Doğum anında rahatlamayı sağlayacak nefesleri yapabilmek için gebelikte bol pratik yapmak gereklidir.

Uyku Nefesi

Uyku nefesi, parasempatik sistemin aktive olmasını sağlar. Yani uyku nefesi almaya başladıktan bir süre sonra zihnimiz bedenimize 'iyileşme odasında' olduğunun acil bir durum olmadığını mesajını gönderir. Fiziksel ve zihinsel barış sağlanmış dolayısıyla beden gevşemiş durumda olur. Doğumda tam da istediğimizi, beden gevşemesini ve doğumda görevli kasların uyum içinde çalışabilmesini nefeslerle desteklemiş oluruz.

Bu nefes tekniğini gevşeme egzersizlerini yaparken kullanabilirsiniz. Doğumda açılma ve incelme döneminde gevşemeye yardımcı olur. Egzersizlere devam ettikçe yaptığımız her egzersizle gevşemenin daha kolay ve çabuk olduğunu fark edecek ve nefeste ustalaşacaksınız.





Uyku Nefesini Nasıl Yapabilirsiniz?

- Rahat edebileceğiniz bir pozisyon alın.
- Ellerinizi/ayaklarınızı yastıkla destekleyin.
- Bir elinizi göğsünüze diğerini karnınıza koyun.
- Gözlerinizi kapatın ve çenenizin gevşek olduğundan emin olun.

- Nefes alırken karnınızın içinde bir balon olduğunu ve bu balonu şişirdiğinizi hayal edin. Nefes aldığınızda karnınızdaki elinizin yükselmesi doğru nefes aldığınızı gösterir.
- Nefes alırken 4'e kadar sayın ve nefes verirken 8'e kadar sayın. Nefesi burnunuzdan alın ve burnunuzdan verin.
- Nefes alıp verirken çenenizin, boynunuzun ve omuzlarınızın gevşek olduğundan emin olun.

Dalga Nefesi

Dalga nefesi doğum dalgaları sırasında kullanacağımız doğum nefesidir. Uzun, sakin ve yavaş nefesleri içerir. Dikkati bedeninize ve bebeğinize yöneltmenize yardımcı olur. Bu nefeste ustalaşmak ve doğumda kolaylıkla yapabilmek için kesinlikle alıştırmaya çalışılması gerekmektedir. Dalga nefesi, nefesi hem alırken hem de verirken mümkün olduğunca uzatarak yapılır. Bu nefes dalgaları sırasında her dalga ile örtüşecek şekilde yapılmalıdır.



- Rahat edebileceğiniz bir pozisyon alın ve ellerinizi/ayaklarınızı yastıkla destekleyin.
- Nefesleri mümkün olduğunca burnunuzdan alıp ağızınızdan verin.
- Yavaşça nefes alırken içinizden hızlıca 20'ye kadar saymaya çalışın. Aynı şekilde verirken de içinizden hızlıca 20'ye kadar saymaya çalışın.

- Alıştırmaların başında 20'ye kadar sayamamanız çok doğal ancak çalışmaya devam ettikçe nefeste ustaladığınızı göreceksiniz. Bir süre sonra nefesi uzatmak için rakamlara ihtiyaç duymayacaksınız.
- Nefes alıp verirken bedeninizi sıkı değil gevşek bırakılmış olması önemli.
- Nefes alırken karnınızdaki balonu şişirdiğinizi hayal edin.
- Nefes süresini yeterince uzattığınızda nefes almanız ve vermeniz bir dalgayı rahatlıkla geçirmeniz için gerekli süreyi size tanıyacaktır.

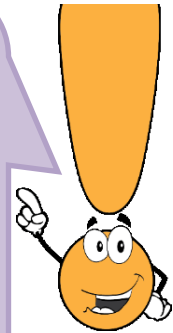


Doğum Nefesi

Doğum nefesi, bebeğinizin doğduğu aşamada yani doğumun ikinci aşamasında nefesinizle bebeğinizi aşağıya doğru yönlendirmeniz için kullanılır. Amacı, bebeğinizi başını çıkarabilmesi ve doğması için nazikçe aşağıya doğru hareket ettirmektir.

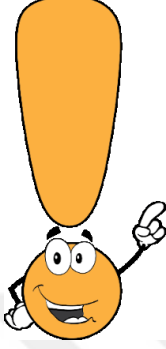
Doğum anında basınçlı itme yerine doğum nefesini kullanmak daha avantajlıdır. Basınçlı itme (nefesi tutarak bebeği aşağı doğru itme), anne açısından stres yaratır ve bu sırada hem siz hem de bebeğiniz yorulursunuz. Ayrıca basınçlı itme perinedeki kasların stres nedeniyle gerilmesine ve bebeğin geçişinin güçleşmesine ve yavaşlamasına neden olabilir.

Doğum ekibi, doğum anında çok yorulduğunuzda veya doğum uzadığında, basınçlı itme uygulamanız için sizi yönlendirebilir. Bazı durumlarda bebeğin başı doğmak üzere iken basınçlı itme uygulamak gerekebilir. Ancak doğumun erken döneminden itibaren basınçlı itme uygulamanın negatif etkileri olacaktır. Bu nedenle nefesle itme yapılması daha uygundur.



Gevşeme

Gerginlik, stres ve rahatsızlık hissiyle ilaçsız baş etmenin en etkili yollarından biri gevşemedir. Gevşeme rahime giden kan miktarını artıracığı için rahim kaslarının uyum içinde çalışmasına katkı sağlayacaktır.



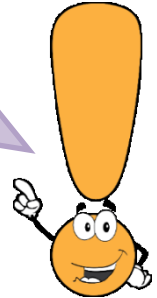
İlk zamanlarda gevşemekte zorlanabilirsiniz. Ancak her gün yaptığınızda bedeniniz ve zihninizi gevşemeyi öğrenecek. Bu nedenle gevşeme tekniklerinin provasını yapmanız, gerekli olduğunda onları hemen hatırlayabilmeniz için önemlidir. Bu teknikleri uygulamak günlük rutininize haline gelmelidir.

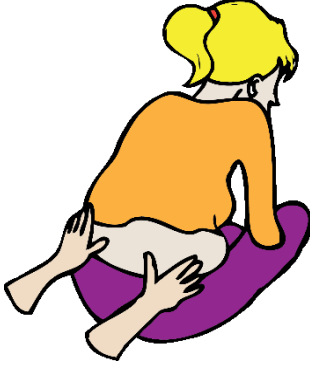
Zihninizi en üst düzeyde gevşemeye şartlandırdığımızda, doğum vaktiniz geldiğinde otomatik olarak gevşemeyi başarabileceksiniz. Ortam ve pozisyon fark etmeksizin gevşeme noktasına ulaşabileceksiniz. Bu nedenle dalgaların doğumda vereceği rahatsızlığa zaman ayırmaktansa evde zihninizi gevşemeye odaklama egzersizleri yaparak daha rahat bir doğum geçirebilirsiniz.



Gevşeme egzersizlerini yapmak için rahatsız edilmeyeceğiniz bir oda seçin. Uzandığınız yer rahat olsun ve sıkımayan kıyafetler giyin. Loş ortam ve müzik gevşemenizi kolaylaştırır.

Gevşeme sırasında özellikle çene kaslarınızın gevşek olmasına dikkat edin. Etkin gevşemeyi başarabilmek için nefes çok önemlidir. Bu nedenle nefes egzersizlerinin de çalışılması gerekir. Gevşeme sırasında uyku nefesini kullanmanız yararlı olacaktır.



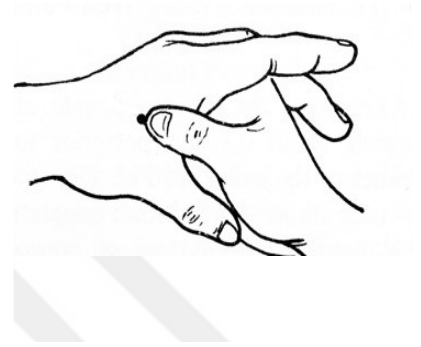


Masaj

Doğumda masaj endorfin salgılanmasını uyarak gevşemeyi ve rahatlamayı sağlar. Bunun yanında dokunma duyusunun beyine ağrı duyusundan daha hızlı iletilmesi nedeniyle masaj sırasında beyin sadece dokunma hissiyle ilgilenir böylece doğum ağrısının beyine iletimi engellenir. Doğumda bel ve kuyruk sokumuna yapılan masaj, bebeğin doğum kanalında ilerleyişi sırasında bu bölgede hissedilen rahatsızlığı azaltır.

Akubası

Akubası, akupunktur noktalarına yapılan baskıdır. Doğumda belli noktalara bası uygulanarak doğum ağrısı hafifletilebilmektedir. Bu yöntem kolaylıkla uygulanabilmektedir ve herhangi bir yan etkisi bulunmamaktadır. Uzman kişiler tarafından yapılmalıdır.



Ilık-soğuk uygulama

Ilık uygulama doğumda uygulanan bölgenin gevşemesini ve rahatlamasını sağlar. Soğuk uygulama ise uygulanan bölgede ağrı duyusunu azaltır. Her iki uygulamada doğumda kolaylıklar uygulanabilir ve herhangi bir yan etkisi yoktur.

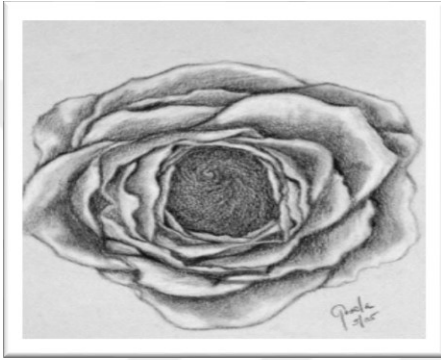
Müzik

Doğumda müzik gevşeme ve odaklanma için kullanılabilir. Gebelik döneminde kullanacağınız ve zihninizin alıştığı müzikler doğuma daha kolay odaklanmanızı ve daha az rahatsızlık duymanızı sağlar.



Aromaterapi

Aromaterapi, bitkilerin özlerinden damıtılarak elde edilen esansiyel yağların tedavi amaçlı kullanılmasıdır. Doğumda ise bu yağlar gerginliğin azaltılması ve gevşemenin sürdürülmesi için etkili olmaktadır. Koku duyusu beyine diğer uyarılardan daha hızlı ulaştığı için zihni meşgul ederek ağrı duyusunu azaltır.



Mongan M. Hypnobirthing. Mongan Yöntemi'den alınmıştır.

İmgeleme (Hayal Etme)

İmgeleme zihin-beden iletişiminin bir yoludur. Bedende yaşananlar zihinde belirlenir. Zihin neyi yaşamayı kabul ederse, beden robot gibi otomatik olarak bunu hayata geçirir. Bu nedenle zihinde canlandırdıklarımızın olumlu olması çok önemlidir.

Doğumla ilgili olumlu düşünmeniz ve zihninizde olumlu imgeler oluşturmanız, bedeninizin doğuma verdiği tepkinin daha olumlu olmasını sağlayacaktır. İmgeleme tekniklerini gebelik öncesinde çalışmanız, doğum anında pozitif düşünmeyi sürdürmeniz için önemlidir.

Doğumda Fiziksel ve Psikolojik Destek

Doğumda en çok ihtiyacınız olan şey güven duymak ve kendinizi bırakabilmektir. Bu nedenle doğumda yanınızda güvendiğiniz ve kendinizi teslim edebileceğiniz destekçilerin olması gerekir. Doğum anı şansa bırakılmayacak kadar özel bir andır. Bu nedenle gebelik döneminde doğum ekibinizde kimlerin olacağını önceden belirlemeniz yerinde olacaktır.

14. Doğum çantasında neler olmalı?

Doğum çantanızı tahmini doğum tarihinden 3-4 hafta öncesinde hazırlamanız yerinde olacaktır. Doğum çantasında bulunması gerekenler;

Sizin için:



- Gecelik veya pijama, sabahlık
- Kişisel bakım ürünleriniz (kozmetik, makyaj, şampuan, sabun, saç -fırçası/tarak, diş fırçası/macunu)
- Çorap, terlik
- Emzirme sutyeni, iç çamaşırı
- Göğüs pompası, göğüs pedi, emzirme yastığı

- Hastane odasında kendinizi bir nebze daha rahat, güvende hissetmek için evden getirebileceğiniz birkaç eşya (bir obje, fotoğraf çerçevesi vs.)
- Eve dönerken hastane çıkışında giyeceğiniz kıyafet.
- Tahlil sonuçları ve kimliğiniz.
- Havlu

Bebeğiniz için:

- 5-6 adet iç body (mevsime göre kısa kollu/uzun kollu/kolsuz)
- 5-6 adet tulum
- 5-6 adet eldiven, patik ve şapka
- 1-2 adet battaniye (mevsimine göre penye/yün)
- Bebeğiniz için hazırlamış olduğunuz ağız bezleri
- Hastane çıkış takımı
- Çıkışta mevsime göre üzerine ilave giydirmek istediğiniz hırka vb.
- Hastaneden çıkarken bebeği taşımak için ana kucağı (araba koltuğu)

Eşiniz için:

- Yedek kıyafet
- Kişisel bakım eşyaları (diş fırçası, traş malzemeleri)
- Fotoğraf makinesi, kamera

15. Yararlanılan Kaynaklar

1. Balaskas J. Active Birth. The New approach to giving birth Naturally. Massachusetts: The Harvard Company Press; 1992.
2. Mongan M. Hypnobirthing. Mongan Yöntemi. Edit.Çoker H. Gün Yayıncılık. 2. Baskı: İstanbul; 2013.
3. Okumuş H, Mete S, Yenal K, Tokat MA, Figen P. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık. 2. Baskı. İstanbul. Doemed; 2014.
4. Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.
5. www.dogumakademisi.com
6. Okumuş H, Seçekuş P, İspir G,G. Anne Baba Adayları İçin Doğal Doğum. 1. Baskı. İstanbul. Doemed; 2015.
7. Gaskin IM. Ina May'in Doğuma Hazırlık Rehberi. Sinek Sekiz Yayınevi: 1. Baskı: İstanbul; 2015.

EK-12. Doğuma Hazırlık Eğiticiliği ve Doula Eğitimi Sertifikası

Diploma No : 109/2017

activebirth

ispmm.v

ISTANBUL DOĞUM AKADEMİSİ
Istanbul Birth Academy

APTA ALL
THE ASSOCIATION
OF PROFESSIONAL
TRAINERS

Created by
Lamaze

Hypnobirthing

Diploma

İDA Sertifikalı Doğuma Hazırlık Eğitmeni ve Doula
IDA Certified Childbirth Educator and Doula

Ayşegül Anutkan

200 saatlik teorik ve pratik eğitimini başarı ile tamamlayarak yeterliliğe hak kazanmıştır.
Has successfully completed the required 200 hours of theoretical and practical study to receive this award.



Op. Dr. Hakan ÇOKER, MD
Keşsesiz Doğum / Lamaze /
Aktif Doğum / HypnoBirthing Eğitmeni
Birth With No Regret / Lamaze /
Active Birth / HypnoBirthing Trainer



Uzm. Psk. Neşe KARABEKİR, MA
Keşsesiz Doğum / Lamaze / Aktif Doğum / HypnoBirthing Eğitmeni
Psikodrama Terapisti ve Eğitmeni
Birth With No Regret / Lamaze / Active Birth / HypnoBirthing Trainer
Psychodrama Therapist and Trainer

keşsesiz doğum
"Birth With No Regret"

EK-13. Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Taksonomik Yapısı

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Fiziksel Konfor	Etkili nefes alış verişini sağlayabilme	<p>-Hemşire doğum yapan gebenin solunum hızı, ritmi ve niteliğini sürekli değerlendirmelidir.</p> <p>-Gebenin etkili solunumu başarmasını etkileyen faktörler gözden geçirilmeli ve baş etmesine destek olunmalıdır. Örneğin; doğumda yalnız kalması endişesini artırabilir ve buna bağlı solunum değişiklikleri görülebilir. Bu nedenle yalnız kalmaması sağlanmalıdır.</p> <p>-Doğumda solunum değişikliklerine neden olan en belirgin etken doğum dalgalarıdır. Gebe doğum dalgaları sırasında etkili soluk alıp-vermesi için doğum öncesinde eğitilmeli ya da doğumda hemşire tarafından yönlendirilmelidir. Örneğin: 'Şimdi bana bak ve benim gibi yavaş yavaş nefes alıp ver' gibi yönlendirmeler kullanılabilir.</p> <p>-Latent faz: Gebenin, doğum dalgaları sırasında yavaş-derin göğüs solunumu yaparak baş etmesi sağlanır. Doğum dalgalarının aralarında dinlenmeyi sağlamak için normal solunum yaptırılır.</p> <p>-Aktif faz: Doğum dalgalarının şiddeti arttığında enerjiyi korumak için hızlı-yüzeysel göğüs solunumu yaptırılır.</p> <p>-Geçiş Fazı: Doğum eyleminin geçiş evresinde pelvik baskıyı azaltmak ve ıkınma hissini gidermede üflemler-abdominal solunum yaptırılır.</p> <p>-Etkili soluk alıp vermenin sağlanmasında gevşeme tekniklerinden de faydalanılabilir.</p>	<p>-Nefes tekniklerini hemşire ile birlikte uygulayabilecek.</p> <p>-Uygulama sırasında hafif düzeyde tedirgin görünecek ve hemşireyi izleyecek.</p> <p>-Doğum dalgalarının aralarında normal solunumu sürdürebilecek.</p>	<p>-Nefes tekniklerini sözel yönlendirme ile yapabilecek.</p> <p>Örneğin; 'Şimdi yeni bir doğum dalgası geliyor, derin bir nefes alıp veriyorsun'.</p> <p>-Uygulama sırasında sakın görünecek.</p>	<p>-Uygun nefes tekniğini yönlendirilmeye gereksinim duymadan rahatlıkla yapabilecek.</p> <p>-Uygulama sırasında kendinden emin görünecek.</p>
	Amaç: Doğum yapan gebe etkili bir solunum hızı ve akciğer değişiminin olduğunu gösterecektir. - Doğum yapan gebe mevcut enerjisini koruyabilecektir.	<p>-Latent faz: Gebenin doğum evresine göre enerji veren yumuşak gıdalarla beslenmesi sağlanmalıdır.</p> <p>-Aktif faz: Gıda alımı kesilerek izotonik sıvıların hidrasyonu sağlanmalıdır. İzotonik sıvılar ketozisi önler, bu nedenle suya göre tercih edilecek sıvılar verilebilir.</p> <p>-Hemşire gebenin sıvı elektrolit dengesine ilişkin bulgularını 4 saatte bir (Nabız, tansiyon) izlemelidir.</p> <p>-Oral alıma izin verilmediği durumlarda doğum ekibi ile işbirliği yapılarak yeterli sıvı yüklemesinin yapılması sağlanmalıdır.</p> <p>- Ağız kuruluşunun önlenmesi için su ile ağızını çalkalaması, gazlı bezle ağızının ıslatılması veya buz emmesi sağlanabilir.</p>	<p>-Oral alıma izin verilmiyor.</p> <p>-Taşikardi, deri turgorunda bozulma ve Hipo TA gözlenmeyecek.</p> <p>-Hafif düzeyde yorgunluk gösterecek.</p> <p>-Ketozis belirtileri gözlenmeyecek.</p> <p>-Sıvı gereksinimi olduğunda IV olarak karşılanacak.</p>	<p>-Oral sıvı alımında sağlık personelinin önerdiği sıvıları ihtiyaç duyduğunda alacak.</p> <p>-Yorgunluk yakınması bulunmayacak.</p>	<p>- Oral sıvı alımında sağlık personelinin önerdiği sıvıları ihtiyaç duyduğunda kendi başına alacak.</p> <p>-Dehidratasyon belirtileri gözlenmeyecek.</p>
Fiziksel Konfor	Sıvı ve gıda alımı				
	Amaç: Gebe doğum için gerekli enerjiyi karşılayacak düzeyde beslenecek. -Ketozis belirtileri göstermeyecek.				

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Fiziksel Konfor	Doğumun ikinci evresinde etkili ıkınabilme	<ul style="list-style-type: none"> -Doğum yapan gebe ikinci evrede etkili ıkınma konusunda önceden bilgilendirilmelidir. -Doğumun ikinci evresinde dilatasyon tamamlanmamışsa, gebe spontan ıkınmaması konusunda bilgilendirilmelidir. - Dilatasyon tamamlandığında spontan ıkınma hissi gelene kadar gebe istemli ıkındırılmamalıdır. -Gebenin istemli ıkınma için hazır olduğuna karar vermeden önce fetüsün pelvis içindeki konumu ve düzeyi değerlendirilmelidir. -Dilatasyon tamamlandıktan sonra gebenin spontan ıkınma çabaları desteklenmelidir. -Kapalı glotis ıkınmadan kaçınılmalı, gebe her doğum dalgasında 4 ya da daha fazla açık glotis ıkınma konusunda cesaretlendirilmelidir. -Açık glotis ıkınma anında gebenin çıkaracağı inleme tarzı seslerin normal olduğu kabul edilmeli ve gebe bu konuda desteklenmelidir. 	-Dilatasyon tamamlanmadan ıkındırılmayacak.	-Dilatasyon tamamlandıktan sonra açık glotis ıkınmaya teşvik edilecek.	<ul style="list-style-type: none"> -Dilatasyon tamamlana kadar spontan ıkınma hissini nefesle kontrol edebilecek. -Dilatasyon tamamlandıktan sonra spontan ıkınma beklenecek. -Açık glotis ıkınmayı yapabilecek.
	Amaç: Gebe ıkınma dürtüsü hissedilinceye kadar ıkınmayacak. -Ikınma hissi gelince mümkün olduğunca glotisaçık ıkınacak.	<ul style="list-style-type: none"> -Doğumda gebenin mobilizasyonu olabildiğince desteklenmelidir. Gebenin yatağa bağlı olduğu durumlar olabildiğince azaltılmalıdır. -Gebe dik duruşların avantajları hakkında önceden bilgilendirilmelidir. -Doğumun ilk evresinde gebeler rahat ettikleri pozisyonu bulma konusunda cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidirler. -Dik duruşların kolaylaştırılması için gebeye destek olunmalı, yatakta istediği pozisyonu almasına yastıklarla destekleyerek yardımcı olunmalıdır. -Latent faz: Yürüme, ayakta durma, sallanma gibi fetal inişi kolaylaştıracak pozisyonları alması konusunda cesaretlendirilmelidir. -Aktif faz: Çömelme, diz-göğüs, el-diz ve askı pozisyonu alması desteklenmelidir. -Hemşire uygun pozisyon seçimine öncelikle gebenin isteğini dikkate alarak daha sonra doğumun evresi, fetüsün prezentasyonu ve pozisyonuna göre değerlendirme yaparak karar vermelidir. -Pozisyon seçiminde hemşire kontrol eden görevinde değil destekleyen konumda olmalıdır. 	-Destek ve teşvikle rahatlığını sağlayacak pozisyonu alabilecek.	-Doğumun evresine elverişli pozisyonu yönlendirmeyle rahatlıkla alabilecek.	-Rahatlığını sağlayacak ve doğuma yardımcı olacak pozisyonu kendiliğinden alabilecek.
Fiziksel Konfor	Hareket etme ve pozisyonunu düzenleyebilme				
	Amaç: Travay ve doğum esnasında gebe rahatını sağlayacak pozisyonu özgür biçimde alabilecek.				

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Fiziksel Konfor	Eliminasyon	-Gebenin mesanesini boşaltması iki saatte bir hatırlatılmalıdır. -Gebe tuvalete giderken eşlik edilmeli ve desteklenmelidir. -Lavman uygulaması doğumda rutin olarak uygulanmamalıdır. Ancak gebenin istemesi durumunda uygulanabilir. -Geçiş fazında ki spontan kıçma hissine dikkat edilmelidir.	-Eliminasyonun sağlanması için lavman ve kateter uygulanacak.	-Mesane ve barsak eliminasyonu teşvikle sağlanacak.	- Mesane ve barsak eliminasyonunu spontan yapacak.
	Amaç: Gebe doğumu süresince spontan mesane ve barsak eliminasyonunu sağlayacak.				
Fiziksel Konfor	Ağrının giderilmesi	-Hemşire ağrının belirti ve bulgularını (Solunum ve nabız değişiklikleri, terleme, yüzünü buruşturma, inleme, ağlama...) izlemelidir. -Hemşire ağrının her bir birey için farklı bir deneyim olduğunun farkında olmalıdır. -Ağrı deneyimleyen gebenin 'kabul etmeme', 'kendini ya da başkalarını suçlama', 'öfke', 'çaresizlik' ve 'kendine acıma' gibi tepkiler verebileceği unutmamalı ve bunlara hazırlıklı olunmalıdır. -Ağrı ile baş etme yöntemleri doğum öncesinde ya da latent fazın başında kadına öğretilmelidir. -Ağrının azaltılmasında ilaç dışı rahatlatıcı yöntemlerden (nefes, odaklanma, dokunma, sıcak/soğuk uygulama vb..) faydalanmalıdır.	-VAS'a göre 7'nin üzerinde ağrı skoru tanımlamayacak. - Doğum dalgalarında kontrol dışı davranışlar sergilemeyecek. ✓ Öfkelenme ✓ Ağlama ✓ Huzursuzluk ✓ Saldırganlık	-VAS'a göre 5'in üzerinde ağrı skoru tanımlamayacak. -Doğum dalgaları sırasında tamamlayıcı yöntemlerden faydalanacak. ✓ Nefes teknikleri ✓ Hareket etme ✓ Hayal etme	- VAS'a göre 3'ün üzerinde ağrı skoru tanımlamayacak. -Sözlü ve sözsüz ifadeleri uyumlu olacak. -Doğum dalgalarını rahatlıkla karşılayabilecek. -Doğumunun yaklaştığını bildiği için doğum dalgalarının artışından korkmayacak.
	Amaç: Gebe ağrı nedeniyle kontrolünü kaybetmeyecek. -Gebenin doğumda analjezi gereksinimi olmayacak. -Gebe doğumda sakin ve gevşemiş olacak.	Dokunma ve Masaj -Hemşire alt ve üst sırt, abdomen bölgelerine ve bası noktalarına efloraj, baskı ve dokunma ile doğum süresince masaj uygulayabilir. -Hemşire masaja gebenin arzusuna, doğumun evresine göre karar vermelidir. -Masaj uygulamasının 30 dakika boyunca yapılması tavsiye edilir ancak gebenin durumuna göre karar verilebilir.	-Masajla rahatsızlığı belirgin biçimde azalıyor. -Uygulamayı reddetmiyor.	-Masajdan memnun olduğunu dile getiriyor. -Masaj sırasında sakin ve huzurlu görünüyor. -Rahatsızlığın arttığı bölgelere masaj yapılmasını istiyor.	-Masaj sırasında gevşemiş görünüyor. -Doğum dalgalarını rahatlıkla karşılayabiliyor.

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Fiziksel Konfor	Ağrının giderilmesi	Müzik - Hemşire gebeye doğumdan önce dinlemekten hoşlandığı ya da gevşemesine yardımcı müzikleri seçtirmelidir. - Hemşire, seçilen müzikleri, müzik çalar yardımıyla düşük bir tonda doğum süresince ya da gebe arzu ettiği zamanlarda dinlemesi için gebeye yardımcı olmalıdır.	-Müzikten rahatsız değil, uygulamayı reddetmiyor.	-Müziğin rahatlatıcı dille getiriyor. -Uygulamadan memnuniyeti sözlü ve sözsüz ifadelerinden fark ediliyor.	-Müziğin farkında ve kolaylıkla konsantre olabiliyor. -Doğum dalgaları geldiğinde müziğin ritmi ile hareket ediyor.
		Aromaterapi -Hemşire, gebenin doğumdan önce doğuma yardımcı aromatik yağlardan (Lavanta, gül, adaçayı, papatya, yasemin...) hoşlandığı kokuları seçmesini sağlamalıdır. -Seçilen aromatik yağlar masaj sırasında kullanılabilir. -Gebenin alınına, bileklerine sürülebilir ya da yastığına damlatılabilir.	-Uygulamayı reddetmiyor.	-Ortamdaki kokulardan memnun olduğunu dile getiriyor. -Ortamdaki kokular azaldığında tekrarlanmasını istiyor.	-Sakin, huzurlu ve gevşemiş görünüyor. -Doğum dalgalarını kolaylıkla karşılayabiliyor.
	Sıcak uygulama -Alt abdomene, kasıklara, uyluklara, sırtın altına ve perineye ılık nemli havlu, ısıtılmış ped, ısıtılmış sıcak su torbaları uygulanabilir. -Hemşire ısı kaynağının gebenin cildine zarar vermesini önlemek için dikkatli olmalıdır. -Gebenin belli bir bölgeden ağrı yakınması olduğunda, kas gerginliği belirtileri gösterdiğinde, soğukluk hissinden söz ettiğinde, ikinci evrede perinede gevşemeyi artırmak için uygulanabilir. -Gebenin durumu uygunsa ve arzu ediyorsa omuzlara, abdomene ya da sırtın altına direkt ılık duş almasına yardım edilmesi gevşemesine katkı sağlayabilir.	-Uygulama sırasında belirgin rahatlama gözlenecek. Örneğin; yüz ve boyun kasları gevşemiş görünecek. -Uygulamayı reddetmeyecek.	-Uygulama sırasında sakın görünecek. -Uygulamadan memnun olduğunu dile getirecek.	-Sakin ve gevşemiş görünecek. -Rahat ve tebessüm eden yüz ifadesine sahip olacak. -Doğum dalgalarını rahat karşılayabilecek.	
	Soğuk uygulama -Belin alt bölgesine ve perineye buz paketleri, dondurulmuş jel paketler, buz dolu lateks eldiven uygulanabilir. -Soğuk ve nemli bezle kadının terleyen yüzü, kollar ve elleri silinebilir. -Gebe sırt ağrısından yakındığında, hemoroid nedeniyle ağrı olduğunda ve doğumdan sonra perinenin ödemini azaltmada kullanılabilir.				
	Gevşeme -Hemşire gebeye doğuma hazırlık eğitimlerinde öğretilen aşamalı gevşeme, görselleştirme ve hayal etme egzersizlerini yaptırarak gevşemesine yardımcı olur.	-Gevşeme tekniklerini hemşire ile birlikte uygulayabilecek.	-Gevşeme tekniklerini sözel yönlendirme ile uygulayabilecek.	-Dalgalar sırasında gevşemeyi rahatlıkla başarabilecek. - Huzurlu, tebessüm eden yüz ifadesine sahip olacak.	

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Psikospiritüel konfor	Korkuyu ifade edebilme	<p>-Doğum eylemi ilerledikçe gebenin kaygıları artabilmektedir. Bu nedenle hemşire gebenin stresli olduğunu fark ettiğinde ‘Kafandan neler geçiyor?’ sorusunu sorması, negatif düşüncelerin azaltılmasına ve stresin çözümlenmesine olanak tanıyacaktır.</p> <p>-Hemşire belli aralıklarla ‘Şu anda herşey yolunda gidiyor’ gibi hatırlatmalarla gebenin kaygısını azaltmalıdır. Gebenin doğumunun ilerleyişi hakkında bilgi alması kaygısını azaltacaktır.</p> <p>- Hemşire korku anında gözlenen davranışları (tedirgin davranışlar, pupil dilatasyonu, terleme, ses titremesi, ağlama, çığlık atma...) gözlemlemelidir ve gebeye yaşadığı duyguları paylaşması için fırsat verilmelidir.</p> <p>-Basit açıklamalar yapılarak çevreye oryante olması sağlanmalıdır.</p> <p>-Doğum yapan gebe ile yavaş yavaş ve sakin konuşulmalıdır.</p> <p>-Gebenin anlayabileceği şekilde basit ve direkt ifadeler kullanılmalıdır.</p> <p>-Emosyonel olarak tehdit edici olmayan bir ortam sağlanmalıdır. Ev ortamına benzeyen doğumhane koşulları sağlanabilir. Gebe, evden sevdiği objeleri doğumda yanında getirebilir.</p> <p>-Hemşire kaygısı olan gebeyi rahatlatmak için gevşeme ve hayal etme egzersizlerini kullanmalıdır.</p> <p>-Kaygının azaltılmasında mizahtan faydalanılabilir. Çene kaslarının gevşemesi pelvik kaslarında gevşemesine katkı sağlamaktadır.</p>	<p>-Hafif düzeyde tedirgin görünecek.</p> <p>-Kaygılarını dile getirebilecek.</p> <p>- Kontrol kaybı belirtileri gözlenmeyecek.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hırçın davranma ✓ Ağlama ✓ Çığlık atma ✓ Uygulamalara izin vermeme ✓ Sürekli pozisyon değiştirme ✓ Tedirgin davranışlar 	<p>-Merak ettiklerini rahatlıkla sorabilecek.</p> <p>-Sorduğu soruları tekrarlamayacak.</p> <p>- Sakin görünecek.</p> <p>-Solunum hızında artma, terleme, pupil dilatasyonu, ses titremesi, ağız kuruluğu gibi kaygı belirtileri gözlenmeyecek.</p>	<p>-Kendinden emin ve kontrollü görünecek.</p> <p>-Korku duyduğu konuları rahatlıkla dile getirebilecek ve çözüm önerilerini dikkate alacak.</p> <p>-Odaklanma güçlüğü, dalgınlık, gevşeyememe gibi belirtiler gözlenmeyecek.</p>
	Amaç: Doğum yapan gebe doğumda fiziksel ve emosyonel rahatlıkta artış olduğunu bildirecek.				

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Psikospiritüel konfor	Saygı ve önemsenme	-Hemşire, gebenin inanışlarına, kararlarına ve davranışlarına saygı duymalı, yargılamadan bakım vermelidir. -Hemşire, bütün uygulamalar sırasında nazik ve insan onuruna yakışır biçimde davranmalıdır. -Yapılan bütün işlemler öncesinde açıklama yapılmalıdır. İşlemler sırasında neler hissedebileceği anlatılmalıdır. Örneğin; Amniyotomi yapılması gerekiyorsa, bu işlemin neden gerekli olduğu, işlem sırasında ağrı duymayacağı ve bu işlemin kendisine ve bebeğine zarar vermeyeceği açıklanmalıdır. -Yapılan uygulamalar öncesi izni alınmalıdır. Örneğin; masaj uygulamasına başlamadan önce 'sana dokunabilir miyim?' diye sorulabilir. -Hemşire, yapılan işlemlerden önce işlemin gerçekten gerekli olduğuna, gebe ve doğum eylemi için olumlu getirisinin olacağına emin olmalıdır. -Gereksiz yapılan işlemler konusunda gebenin savunuculuğunu yapmalıdır. -Gebenin mahremiyetine önem verilmelidir. Bu mahremiyet sadece fiziksel mahremiyeti değil emosyonel mahremiyeti de içermelidir. -Hemşire, birey ve ailesine yönelik saygısız ve sözel/duygusal/fiziksel şiddet içeren her türlü davranışa karşı savunuculuk yapmalıdır. -Hemşire, gebenin her konuda fikrini almalıdır ve fikirlerini yargılayıcı sözlü ve sözsüz ifadelerden kaçınmalıdır. -Doğumda gebenin istekleri önemsenmelidir. İsteklerinin önemsenmemesi kendisini değersiz hissetmesine neden olacaktır. -Hemşire doğum yapan gebeyi dinlerken vücudunu ona dönerek onu önemsediyi göstermelidir. -Hemşire uygulamalarını yaparken aceleci ve özensiz davranmamalıdır. -Doğum boyunca bir hemşire zamanını tamamen doğum yapan gebeye ayırmalıdır.	-Fikirleri yargılanmayacak. -Kaba davranılmayacak. -Şiddet görmeyecek. -Her türlü işlemde izni istenecek. -Açıklamalar yapılacaktır. -Vücut bölgeleri gerekmedikçe kapalı tutulacaktır. -Fikirleri sorulacak ve yargılanmayacak. -Dinlerken göz teması kurulacaktır. -Çevresinde onun için zamanını ayıran birileri olacaktır. -Kendisi hakkında 'Başaramayacağım', 'Çok çaresizim' gibi negatif bildirimler yapılmayacaktır.	- İsrarlı davranılmayacak. -Duyarlı ve hoşgörülü davranılacaktır. -Fikirleri önemsenicek ve dikkate alınacaktır. -Çevresinde gerektiğinde ilgi ve yakınlık bulabileceği birileri olacaktır. -Özenli ve kibar davranılacaktır. -İstekleri önemsenicek ve yerine getirilecektir. -Benlik saygısı yüksek olacak, isteklerini rahatlıkla dile getirebilecektir.	-İsteklerini kaygı duymadan paylaşabilecek. -Kararlara katılımı sağlanacaktır. -Haklarını koruyan birileri olacaktır. -Bireysel haklarına saygılı davranılacaktır. -Başarıları takdir edilecektir. -Samimi davranılacaktır. -Özgüveni yüksek görünecektir. -Normal doğumu başarabileceğini dile getirecektir.
	Amaç: Gebe doğum süresince saygılı, nazik ve insan onuruna yakışır bakım aldığına dile getirecektir. -Doğum yapan kadın önemsendiyinin farkına varacaktır. -Kadının benlik saygısı daha yüksek olacaktır.	- Hemşire, gebeye korunup kollandığını ve güvende olduğunu hissettirmelidir. -Hemşire, doğumda gebenin savunucusu olmalıdır. - Hemşire, uygulamalarında aceleci davranmamalı ve olumsuz durumları gebeye yansıtılmamalıdır. Ancak gebenin bilmesi gereken durumları saklamamalıdır. -Gebenin güven duyması için hemşire kendinden emin, gebeye karşı açık ve net olmalıdır. Uyguladığı bakımda ustalaşmış olmalıdır. Hemşirenin karar verirken karmaşa içinde olması ve uygulamaları sırasında tedirgin davranması gebenin güvenini zedeleyebilir.	-Kendisini güvende hissettiğini dile getirecektir. -Bilmesi gereken durumlarla ilgili açıklama yapılacaktır.	-Sağlık ekibini yeterli ve becerikli bulduğunu dile getirecektir. -Hemşire/ebeye güvendiği sözlü ve sözsüz ifadelerinden anlaşılacaktır. -Uygulamalar sırasında sakin ve huzurlu görünecektir.	-Hemşirenin yönlendirmelerine sorgulamaksızın uyacaktır. -Herhangi bir kriz anında bilgi alacağını bildiği için tedirgin görünmeyecektir.

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Psikospiritüel konfor	Takdir edilme ve cesaretlendirilme	-Hemşire, doğum süresince sürekli olumlu geri bildirimlerde bulunarak gebeyi başarabileceğine inandırmalıdır. Örneğin; ‘Bu dalga gerçekten çok güçlü, yine de sen çok iyi baş edebiliyorsun’ veya ‘Çok iyi ikınıyorsun şu anda bebeğini çok iyi ilerlettin’ şeklinde geri bildirimlerde bulunarak çabası takdir edilmelidir.	-Başarıları takdir edilecek. -Olumlu geri bildirimlerde bulunulacak. -Negatif bildirimler yapmayacak. Örneğin; ‘sezaryen olmak istiyorum, daha fazla dayanamayacağım’ gibi cümleler kurmayacak.	-Takdir edilen davranışları rahatlıkla tekrarlayacak. -Doğum süresince cesaretlendirici cümleler kurulacak.	-Takdir edilen davranış konusunda ustalaşacak. -Motivasyonu yüksek görünecek. -Kendi kendine cesaret veren cümleleri tekrarlayacak.
	Amaç: Gebe hemşirenin takdir ve teşvikleri ile motive olacak ve devam etmek için güç bulacak.	-Hemşire doğuma hazırlık eğitimlerinde gebe ile belirlenen veya doğum eylemi sırasında faydalı olduğu görülen olumlama kullanması için teşvik etmelidir. Örneğin: ‘Ben çok cesur bir anneyim, doğumu başarabileceğime eminim.’ gibi cümleleri tekrarlaması için desteklenmelidir.			
Psikospiritüel konfor	İnançları doğrultusunda ibadet etme	-Hemşire gebenin dinsel ya da spiritüel inanışlarının ve uygulamalarının önemini anladığını ve kabul ettiğini dile getirmelidir. -Gebeye izin verilebilir spiritüel uygulamaları yapmayı isteyip istemediği sorulmalıdır. Böylelikle bu davranışının normal karşılanacağı mesajı verilmelidir.	-İnancından dolayı yargılanmayacağını bilecek.	-İnanışına uygun davranışı rahatlıkla sergileyebilecek. Örneğin; başucunda dua kitabı bulunduruyor. -Çevresindekilerin dua etmesini isteyecek.	-İnanışlarına uygun davranışı kaygılanmadan gösterebilecek. Örneğin; dua ederken çevresinde bulunanlar dikkatini dağıtmayacak.
	Amaç: Doğum yapan gebe güven duyduğu inançları uygulayabilecek.	-Gebenin doğumda inanışlarına ilişkin uygulamaları yargılanmadan kabul edilmelidir. Örneğin; dua etmesi, ilahi okuması gibi... -Hemşire önyargısız ve saygılı bir tutum sergilemelidir. - Hemşire spiritüel gereksinimlerini karşılamak için gebeye yardımcı olabileceğini ifade etmelidir. -Spiritüel eşyaları yanında bulundurmasına izin verilmeli ve bu materyale saygı duyulmalıdır.			
Psikospiritüel konfor	Kararlara katılım	-Bütün uygulamaların merkezinde doğum yapan gebe olmalıdır. Her türlü uygulama hakkında bilgi edinme hakkı olduğu unutulmamalıdır. - Hemşire doğumu ile ilgili verilen bütün kararlarda gebeyi bilgilendirmeli ve izin almalıdır. -Doğumu ile ilgili kararlarda fikir yürütme aşamasının bir parçası olmasına olanak tanınmalıdır. Karar vermesi için belirli bir süre tanınmalıdır.	-İnvaziv uygulamalardan önce bilgilendirilecek ve izni alınacak. -Karar verme aşamasında seçenekler sunulacak. -Karar vermesi için zaman tanınacak.	-Tamamlayıcı uygulamalar da dahil bütün uygulamalarda bilgilendirme yapılacak ve fikri sorulacak. -Doğumu ile ilgili kritik durumları kontrol etme fırsatı tanınacak.	-Her türlü karar aşamasında isteklerini ve kararlarını kendiliğinden dile getirecek. -Doğum ekibi tüm kararları kadın ile birlikte alacak.
	Amaç: Doğum ekibi her türlü kararı gebe ile birlikte alacak.	-Seçenekler sunulmalı (Örneğin; oksitosin uygulaması yapılacağına neden gerekli olduğu, avantajları ve dezavantajları anlatılmalı ve düşünmesi için süre tanınmalıdır) ancak ısrarcı yönlendirmeler yapılmamalıdır.			

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Sosyo-kültürel konfor	Eş ve yakınların desteklenmesi	<p>- Doğum süreci gebe için olduğu kadar yakınları içinde zorlu bir süreçtir. Bu nedenle hemşire belli aralıklarla eş ve yakınları doğum eyleminin gidişatı hakkında bilgilendirmeli ve yanlarında olduğunu hissettirmelidir.</p> <p>-Doğum süresince eşin ya da gebenin istediği bir yakının doğuma eşlik etmesine izin verilmelidir. Doğuma eşlik etmesi mümkün olmadığında belli aralıklarla görüşmeleri sağlanmalıdır.</p> <p>-Hemşire gebeyi desteklerken eş/yakınlardan destek olarak doğuma dahil etmelidir.</p>	<p>-Eşi/yakınları doğum hakkında bilgilendirilecek.</p> <p>-Yüz yüze görüşme sağlanamadığında farklı yollarla (telefon, internet vs) iletişimleri sağlanacak.</p> <p>-Aile üyeleri yardım etmeye açık olacak.</p>	<p>-Eşi/yakınları doğum sürecinde kadının yanında kalabilecek.</p> <p>-Eş ve yakınlar sakin ve durumdan memnun görünecek.</p>	<p>- Eşi/yakınları doğumda kontrollü davranacaklar.</p> <p>-Eşi/yakınları doğum sürecinde kadına yeterince destek olabilecekler.</p>
	Amaç: Kadının eşi ve yakınları doğumda tatmin edici düzeyde bilgilendirilecek ve desteklenecek.				
Sosyo-kültürel konfor	Yalnız kalmama	<p>-Doğum anında yalnız kalmak gebenin kaygısını artırmaktadır. Bu nedenle hemşire zorunlu haller dışında gebeyi yalnız bırakmamalı ve gebenin isteği anda ulaşılabilir olmalıdır.</p> <p>-Doğumda gebeler hastaneye kabulünden itibaren birebir destek almalıdırlar.</p> <p>-Eylemin aktif fazında zorunlu ihtiyaçlar ya da kadının isteği dışında profesyonel bakımsız bırakılmamalıdır.</p> <p>-Sağlık profesyonelleri dışında gebenin yanında olmasını istediği bir kişi doğum süresince yanında kalabilmelidir.</p>	<p>-Doğum odasında yanında sürekli birileri bulunacak.</p>	<p>-Doğum odasında kendini yalnız hissetmeyecek.</p> <p>-Yanında kendini güvende hissettiği ve ihtiyaçlarına duyarlı olan birileri bulunacak.</p>	<p>-Doğum süresince ulaşabileceği ve destek bulabileceği birilerinin olduğunun farkında olacak ve sakin görünecek.</p>
	Amaç: Doğum yapan gebe doğumda yalnızlık nedeniyle kaygı yaşamayacak.				

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Sosyo-kültürel konfor	Bilgilendirilme	<p>-Hemşire, doğum süresince gebeyi sık sık doğumun gidişatı hakkında bilgilendirmelidir. Gebenin doğumda her şeyin yolunda gittiğini duymaya ihtiyacı vardır. Ayrıca her muayene ve yapılan işlemde önce ve sonra bilgi verilmelidir.</p> <p>-Beklenmeyen değişikliklere fizyolojik olarak korku yanıtı verilmektedir. Bu nedenle gebe değişiklikler hakkında önceden bilgilendirilmelidir.</p> <p>-Hemşire, doğum eyleminde gebeyi profesyonel bilgisi doğrultusunda yönlendirmeli ve karmaşık olmayan önerilerde bulunmalıdır.</p> <p>-Fazla bilgi bazen kaygıyı daha fazla artırabilmektedir. Bu nedenle gebeye ihtiyaç duyduğu düzeyde bilgi verilmesi gerekir.</p> <p>- Hemşire doğumun dördüncü evresinde gebeyi taburculuğa hazırlamalıdır.</p>	<p>-Yapılan her uygulamadan önce bilgi verilecek.</p> <p>-Yeterli bilgiye sahip olduğu için işlemleri reddetmeyecek.</p> <p>-Kaygı belirtileri gözlenmeyecek.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tedirginlik ✓ Solunum hızında artma ✓ Kalp atımında artma ✓ Sesin titremesi ✓ Pupil dilatasyonu 	<p>-Doğumun gidişatı hakkında düzenli aralıklarla bilgilendirilecek.</p> <p>-Sakin görünecek.</p> <p>-Yapılan bilgilendirmeleri tatmin edici bulacak.</p> <p>-Tekrarlayan sorular sormayacak.</p>	<p>-Muayene ve yapılan işlemler sırasında rahat görünecek.</p>
	Amaç: Doğum yapan gebe doğumda ihtiyaç duyduğu düzeyde bilgilendirilecek.				
Sosyo-kültürel konfor	Kültürel gelenekleri yerine getirebilme	<p>-Hemşire bireyin kültürel özelliklerini ve yaşam biçimini değerlendirerek bakımını planlamalıdır. Hemşirelik bakımı evrensel özellikte olsa bile bakımın uygulanma süreci ve biçimi kültürden kültüre değişim göstermektedir.</p> <p>-Hemşire gebeye uygulamak istediği kültürel bir gelenek olup olmadığını sormalıdır. Gebenin değer verdiği uygulamaları yargılamadan değerlendirmelidir. Gebenin yapmak istediği uygulama zararsız ise desteklenmeli ve yardımcı olunmalıdır. Örneğin; kırmızı giyinmek istemesi, bebeğe sarı giydirmek istemesi, doğum lekelerini gidermek için saçını yüzüne sürmesi gibi... Gebenin yapmak istediği uygulama zararlı ise yargılamadan uzak, nazik bir dille uygulamanın zararları anlatılmalı ve yapmaktan vazgeçirilmelidir. Örneğin; bebeği tuzlamak istemesi, bebeğe şekerli su içirmek istemesi, emzirmeye başlamak için üç ezan beklenmesi gibi...</p>	<p>- Değer verdiği zararsız kültürel uygulamaları yargılanma kaygısı yaşamadığını dile getirebilecek.</p>	<p>-Zararsız kültürel uygulamalar için desteklenecek.</p> <p>-Zararlı uygulamalara izin verilmediği için öfkelenmeyecek.</p>	<p>-Zararsız kültürel uygulamalarını rahatlıkla yapabilecek.</p> <p>-Uygulama sırasında rahatlamış görünecek ve tebessüm edecek.</p>
	Amaç: Doğum yapan gebe kendisine saygı duyulduğunu ve önem verildiğini hissedecek.				

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Sosyo-kültürel konfor	Etkin kişiler arası ilişkiler geliştirilebilme	<p>-Hemşire bakım verdiği gebeye karşı kibar, düşünceli, saygılı ve sabırlı davranılmalıdır.</p> <p>-Hemşire gebeyle iletişime geçtiğinde göz teması kurmalı, güler yüzlü olmalı, yumuşak bir ses tonu kullanmalı ve gerektiğinde elini tutmalıdır.</p> <p>-Hemşire, doğum anında iyi bir dinleyici olmalıdır. Gebeyi dinlerken onunla göz teması kurmalı, karşısında durmalı ve söylediklerini başı ile onaylamalıdır. Gebeyi dinlemek, hemşireye onun ihtiyaçları hakkında fikir verecektir.</p> <p>-Sağlık ekibi ile kurulacak etkili iletişim doğumun vazgeçilmez bir parçasıdır. Hemşire, gebe ile sağlık ekibi arasında köprü oluşturmalı ve birbirlerine güven duymalarını sağlamalıdır. Böylelikle doğum anında ortaya çıkabilecek çatışmalar en aza indirilmiş olacaktır.</p> <p>-Hemşire, doğum ekibi ve doğum yapan gebenin yakınları arasında etkili iletişimin geliştirilmesi için çaba sarf etmelidir. Yakınlarının gerginliği doğum yapan gebeyi olumsuz etkileyecektir.</p>	<p>- Onu sürekli dinleyen ve önemseyen birileri bulunacak.</p> <p>- Hemşire ile rahatlıkla konuşabilecek ve kendisini ifade edebilecek.</p> <p>-Konuşmaları dikkate alınacak.</p> <p>-Sorularına cevap verilecek.</p> <p>-Sağlık ekibi ile çatışmalar yaşanmayacak.</p>	<p>-Yumuşak bir ses tonu ile konuşuluyor.</p> <p>-Hemşirenin sözel ve sözel olmayan ifadeleri uyumlu olacak.</p> <p>-Konuşurken dinleyici karşısında duracak, göz teması kuracak ve başı ile onaylayacak.</p> <p>-Doğum ekibi isteklerine duyarlı ve etkin iletişim kurabilecek.</p>	<p>-Doğum ekibine isteklerini rahatlıkla söyleyebilecek.</p> <p>-İhtiyaç duyduğunda hemşirenin elini tutabilecek.</p> <p>-Rahatlıkla soru sorabilecek ve tatmin edici cevaplar alabilecek.</p>
	Amaç: Doğum yapan gebe duygu, düşünce ve isteklerini iletmede güçlük yaşamayacak. -Sağlık ekibi ile iletişim problemleri yaşanmayacak.	<p>-Hemşire bebek doğar doğmaz anne-bebek etkileşiminin başlatılmasına destek olmalıdır.</p> <p>-Bebek doğar doğmaz anne ile ten teması ve ilk yarım saat içerisinde ilk emzirmesi desteklenmelidir.</p> <p>-Bebegin sıcak tutulması için ısıtılmış havlu ve battaniyeler kullanılabilir.</p> <p>-Anne ve bebek normal şartlarda ilk bir saat ve birinci beslenme sonlanana kadar ayrılmalıdır.</p> <p>-Anne ve bebek arasındaki iletişime olabildiğince az müdahale edilerek yenidoğan izlenmelidir.</p> <p>-Ertelenebilir rutin işlemler için anne ve bebek iletişimi kesilmemelidir.</p>	<p>-Doğum sonu dönemde ilk 1 saat içerisinde anne-bebek etkileşimi sağlanacak.</p> <p>-Bebek huzursuz görünmeyecek.</p> <p>-Bebek ağlamayacak.</p>	<p>-Doğum sonu dönemde ilk yarım saat içerisinde anne-bebek etkileşimi sağlanacak.</p> <p>-Anne ve bebek sakin ve huzurlu görünecek.</p>	<p>-Doğumun hemen ardından anne ve bebeğin ten teması ve emzirme başlatılacak ve ilk bir saat sürdürülecek.</p> <p>-İlk emzirme ilk bir yarım içerisinde gerçekleştirilecek.</p> <p>-Anne mutlu görünecek.</p>
Sosyo-kültürel konfor	Anne-bebek etkileşimi				

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Huzur	Üstünlük
Çevresel konfor	Işık/Isı/Ses	<p>-Oksitosin hormonu karanlık ortamlarda salgılanmaktadır. Bu nedenle hemşire doğumun etkili ilerlemesini ve kadının doğum dalgalarının aralarında dinlenmesini sağlamak için doğum odasının loş olmasını sağlamalıdır. Ortamın ışığı ayarlanamıyorsa gebenin göz bandı kullanması sağlanabilir.</p> <p>-Doğum odasının sıcaklığı gebenin rahatlığını sağlayacak biçimde ayarlanmalıdır. Ne çok sıcak olmalı, ne çok soğuk olmalıdır.</p> <p>-Oda ısısı ayarlanamıyorsa doğum yapan gebenin uygun kıyafetler giymesi sağlanmalıdır.</p> <p>-Doğum ortamındaki kötü kokular önlenmelidir. Ortamın ferah kokmasını sağlamak için hoş kokulu yağlar kullanılabilir.</p> <p>-Doğum odasının yeterince havalandırılması sağlanmalıdır.</p>	<p>-Doğum odasında uyarıcı ışıklar bulunmayacak.</p> <p>-Üşüme ya da sıcaktan rahatsız olma belirtileri gözlenmeyecek.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aşırı terleme ✓ Yorgunluk ✓ Halsizlik ✓ Hareket kısıtlılığı ✓ Titreme <p>-Doğum odasında kötü kokular bulunmayacak.</p>	<p>-Doğum odasının koşullarından memnun olduğunu dile getirecek.</p> <p>-Doğum odasında hoşlandığı aromaterapik yağlar kullanılacak.</p>	<p>-Sakin ve huzurlu görünecek.</p> <p>-Doğum normal ilerleyecek.</p> <p>-Kendisini evinde gibi hissettiğini dile getirecek.</p>
	Amaç: Doğum yapan gebe çevresel koşullardan rahatsızlık duymayacak.				
	Mahremiyete saygı	<p>-Utanma duygusu doğumun ilerleyişini negatif etkilemektedir. Bu nedenle hemşire doğumda gebenin mahremiyetini sürdürmesine destek olmalıdır.</p> <p>-Doğum odasına giriş-çıkışlarda gebeden izin alınmalıdır. Doğum anında gebenin izin verdiği ve istediği kişiler yanında olmalıdır.</p> <p>-Mahremiyetin bozulduğu işlemlere gerekli olmayan hiç kimse katılmamalıdır.</p> <p>-Gebenin vücut bölgeleri gerekmedikçe kapalı tutulmalıdır. Doğum odasında vücut bölgelerini kapatacak kıyafetler giymesine izin verilmelidir.</p> <p>-Gebenin fiziksel mahremiyeti olduğu kadar emosyonel mahremiyeti de korunmalıdır. Örneğin; ağlarken tanımadığı insanların yanında olmasını istemeyebilir ya da doğumda eşi ile yakınlık kurmak için çevrede başka insanların olmasını istemeyebilir.</p>	<p>-Doğum odası tek kişilik olarak düzenlenmiş olacak.</p> <p>-Üzerinde mahremiyetini sağlayacak kıyafetler olacak.</p> <p>-Vücut bölgeleri gerekmedikçe kapalı tutulacak.</p>	<p>-Yapılan uygulamalar sırasında mahremiyetine dikkat edilecek.</p> <p>-Stresli işlemlere gerekli olmayan hiçbir personel katılmayacak.</p>	<p>-Doğum odasına giriş çıkışlar sırasında izni alınacak.</p> <p>-Uygulamalar sırasında mahremiyetine dikkat edildiği için rahat davranacak.</p>
Amaç: Doğum yapan gebe mahremiyetini koruyabilecek.					

Ek-14. Doğum Ağrısı İle Başetme Kurs Sertifikası



6. ULUSAL & 2. ULUSLARARASI
EBELİK ÖĞRENCİLERİ
KONGRESİ 27 NİSAN - 30 NİSAN 2015
ULUSAL ÖĞRENCİLERİNİN ÖZGÜR DÜŞÜNME VE YARATILMAK İÇİN
EĞİTİMİNİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN
İLK NEFESTE EBELER

KURS SERTİFİKASI

Sayın Ayşegül Unutkan
27 Nisan 2015 tarihinde düzenlenen "Doğum Ağrısı ile Başetme"
Kurs Programına katılmıştır.

Özge GÜLTEKİN, Öğrenci
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
Kongre Başkanı

www.sokist2015.org

EK-15. Araştırmacının Tez Konusundaki Hazırlığı

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

- **Unutkan A.** Balcı Yangın H. (2017). Doğumda Aromaterapi ve Masaj. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 3(2):115-21.

Uluslar Arası Kongrelerde Sunulan Bildiriler

- **Unutkan A.** Balcı Yangın H. (2017). Doğum Ağrısı ile Başetmede Aromaterapinin Kullanılması: Olgu Sunumu. 2. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi (Özet Bildiri/Poster).
- **Unutkan A.** Balcı Yangın H. (2015). Gebelik Doğum ve Doğum Sonu Dönemde Aromaterapi. Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi. (Poster Bildiri).

Sertifikalar

- İstanbul Doğum Akademisi Sertifikalı Doğuma Hazırlık Eğitmeni ve Doula Sertifikası. Diploma no. 109. 2017.

Katıldığı kongre, kurs ve sempozyumlar

- 6. Ulusal ve 2. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi, 'Doğum Ağrısı ile Başetme' kursu, 27 Nisan 2015, İstanbul.
- 'Tamamlayıcı Terapilerle Avrupa Birliği Standartlarında Hemşirelik Bakımının Geliştirilmesi' Eğitimi, Best CARE projesi, 19-23 Ekim 2015, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya.
- Uluslararası Katılımlı Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, 5-7 Kasım 2015, Seferihisar, İzmir.
- Ulusal Doğum Sempozyumu, 4 Nisan 2015, Ankara.
- 2. Uluslararası Gebelik, Doğum ve Lohusalık Kongresi, 01-03 Aralık 2017, Ankara.

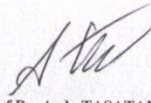
EK-16. Etik Kurul Onayı


T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

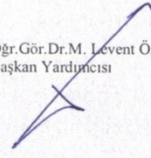
2016

KARAR

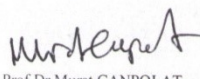
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Hatice BALCI YANGIN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:183	Tarih: 09.03.2016
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı ilgili birimden izin alınması koşulu ile yapılmasında <u>bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.</u>	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		


Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

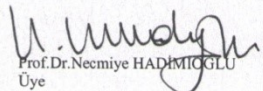

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan


Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Can ÇEVİKOL
Üye (İzinli)



Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Dilara İNAN
Üye (İzinli)


Prof.Dr. Neemiye HADİMİOĞLU
Üye


Prof.Dr. Gülay ÖZBİLİM
Üye

Doç.Dr. Gülsüm Öge BAYSAL
Üye


Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye

Doç.Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Ali Berkant AVCI
Üye


Doç.Dr. Dijle KİPMEK KORGUN
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

Turgut ALTUN
Üye (İzinli)

EK-17.Kütahya Halk Sağlığı Müdürlüğü Gebe Okulu Kullanım İzni



T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

KÜTAHYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KÜTAHYA
BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR PROGRAMLAR VE
KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
22/04/2016 14:59 45706200 231 01 01 - E.231
00022675357

Sayı : 45706200/231.01.01
Konu : Gebe Okulu

Sayın DOÇ.DR.HATİCE BALCI YANGIN

İlgi : 18/02/2016 tarihli yazınız

İlgi yazınıza istinaden doğuma hazırlık eğitimleri amacıyla kullanmayı talep ettiğiniz Kurumumuza bağlı Gebe Okulunu Müdürlüğümüzün kullanmadığı zamanlarda ve rutin işleyişin bozulmaması şartıyla kullanmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Ali GÜVEY
Halk Sağlığı Müdürü

Saray Mh. Fatih Sultan Mehmet Bulvarı No: 40 KÜTAHYA
Telefon No: (0 274) 223 63 41 Faks No: (0 274) 223 00 56
e-Posta: hsm43.bohpk@saglik.gov.tr www.kutahya.hsm.saglik.gov.tr
Bilgi İçin: Nihal KAHRAMAN
Ebe
Telefon No: (0 274) 223 63 41(365-366)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f06d5418-f110-4420-af8b-1421bd042436 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-18. DPÜ Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Araştırma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri

KÜTAHYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KÜTAHYA İLİ KHBGS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
25/04/2016 08:59 - 38627517 - 501 97 91 - E 3656
08022769286

Sayı : 38627517-501-
Konu : Bilimsel Araştırma

DPÜ EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HASTANE YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi: 11/04/2016 tarih ve 87416368-774.01.099-E.361 sayılı yazınız

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç.Dr. Hatice Balcı YANGIN ve doktora öğrencisi Ayşegül UNUTKAN'ın "*Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi Ve Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları Ve Konforuna Etkisi*" başlıklı doktora tez projesini Haziran 2016-Haziran 2018 tarihleri arasında DPÜ Evliya Çelebi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniği ve doğum salonunda yürütebilmesi için yapmış olduğu izin başvurusu; Genel Sekreterlik Makamının oluru ile oluşturulan; Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu tarafından değerlendirilerek **çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimize sunulması ve Sağlık Bakanlığı'nın 07.01.2013 tarih ve 145 sayılı yazılarındaki kısıtlar ve sonuçlarını Genel Sekreterliğimizden izin alarak paylaşmak** koşuluyla oy birliğiyle uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Mesut KARACA
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Komisyon Kararı

Adres: Ali Paşa Mh. Abdurrahman Karaa Bulv. No: 13 Kat: 1
Konak Rezidans 43100/KÜTAHYA
Tel: (0274) 2236070 Faks: (0274) 2236059

Ayrıntılı Bilgi : Biran ÖZGÜR
Eposta:biran.ozgur@saglik.gov.tr
Dahili Tel : (0274) 2236070/1199

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ffa14d0b-e375-4632-88d2-35313edbbe02 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-19. Doğum Korkusunu Taramaya Yönelik Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Anne Adayları,

Gebelik döneminde kadınlar yaklaşan doğumlar ile ilgili korku yaşayabilmektedir. Yaşanan bu korku gebelikte, doğumda ve doğum sonu dönemde bazı problemlere neden olabilmektedir. Bu nedenle erken dönemde korkunun ve nedenlerinin belirlenmesi böylelikle oluşabilecek problemlerin önüne geçilmesi son derece önemlidir.

‘Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcaba’nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi’ isimli bu araştırma bir doktora tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı, doğum korkusu yaşayan kadınların belirlenerek, gebelikte ve doğumda desteklenmesini ve bu desteğin etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Araştırma Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın ilk aşamasında doğum korkusu düzeylerini belirleyeceğiz, ardından doğum korkusu yüksek olanları eğitime ve doğum desteği uygulamasına katılması için davet edeceğiz. Bu çalışmanın sonucunda doğum korkusu yaşayan kadınların belirlenmesi ve desteklenmesine ilişkin öneriler geliştirmek hedeflenmektedir.

Size araştırmanın ilk aşaması olan bu aşamada bireysel özelliklerinize (yaş, eğitim durumu, gebelikle ilgili bilgiler vs...) sorular ve doğum korkusu düzeyinizi belirlemeye ilişkin sorular yönelteceğiz. Yanıtlarınız doğru ya da yanlış olarak değerlendirilmeyecektir. Sorular araştırmacı tarafından size yöneltilen olacaktır. Sizlere 43 sorundan oluşan ve uygulama süresi 20 dakika olan bir anket formu uygulanacaktır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz. Ancak araştırmadan çekilmek istediğinizi araştırmacılara önceden bildirmeniz araştırmanın gidişatı için önemlidir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz veya araştırma sırasında onayınızı çekmeniz durumunda herhangi bir zarar görmeyeceksiniz. Araştırma programının gerekliliklerini yerine getirmediğiniz takdirde, sorumlu araştırmacı sizi araştırma kapsamından bilgilendirerek çıkarabilir.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi ifade etmenizi rica ederiz. Bu veriler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Veriler iki yıl boyunca saklanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden ve ya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışma süresince araştırmacıya ulaşabileceğiniz telefon numaraları aşağıda verilmiştir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacı telefon numaraları ve adresleri

Gönüllünün Beyanı;

Sayın _____ tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Benzer şekilde araştırmacılar, araştırma koşullarını sağlamamam durumunda bilgilendirerek beni araştırmadan çıkarabilirler. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacıya hangi telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan

daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih



EK-20. Girişim Grubuna Yönelik Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Anne Adayları,

Daha önce doğum korkusunu saptamaya yönelik uygulamış olduğumuz anket doğrultusunda doğum korkularınızın olduğunu tespit ettik. Bu nedenle sizi **‘Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcaba’nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi’** isimli doktora tez çalışmamızın ikinci aşamasına davet ediyoruz.

Bu araştırmanın sonucunda doğuma hazırlık eğitimi ve doğumu destekleyici hemşirelik bakımının etkinliğine ilişkin sonuçlar sunmak hedeflenmektedir. Araştırmanın bir yıl sürmesi ve kontrol grubuna 90 gönüllünün katılması beklenmektedir. Araştırma Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın ikinci aşamasında, sizlere gebeliğinizin 24-34. haftaları arasında doğuma hazırlık eğitimi ve ardından doğumunuz süresince hastanede bire bir destek vereceğiz.

Araştırma sonuçları için bazı sorular yönelteceğiz. Bu sorular sizlere, 34-38. gebelik haftaları arasında (20 dakika), doğumda (araştırmacı gözlemlerle dolduracak), doğumdan sonraki 1-2 saat içerisinde (20 dakika) ve doğumdan sonraki birinci haftada (30 dakika) araştırmacı tarafından sorulacaktır. Yanıtlarınız doğru-yanlış olarak değerlendirilmeyecektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz. Ancak araştırmadan çekilmek istediğinizi araştırmacılara önceden bildirmeniz araştırmanın gidişatı için önemlidir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz veya araştırma sırasında onayınızı çekmeniz durumunda herhangi bir zarar görmeyeceksiniz. Araştırma programının gerekliliklerini yerine getirmediğiniz takdirde, sorumlu araştırmacı sizi araştırma kapsamından bilgilendirerek çıkarabilir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz veya araştırma sırasında onayınızı çekmeniz durumunda herhangi bir zarar görmeyeceksiniz. Bunun yanında araştırmaya katılmanız halinde katılmayan bir kadına göre herhangi bir dezavantajınız olmayacaktır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi ifade etmenizi rica ederiz. Bu veriler, kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaç dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Veriler bir yıl boyunca saklanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışma süresince araştırmacıya ulaşabileceğiniz telefon numaraları aşağıda verilmiştir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacıların telefon numaraları ve adresleri

Gönüllünün Beyanı;

Sayın _____ tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Benzer şekilde araştırmacılar, araştırma koşullarını sağlamamam durumunda bilgilendirerek beni araştırmadan çıkarabilirler. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacıya hangi telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası /
Tarih

Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih



EK-21. Kontrol Grubuna Yönelik Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Anne Adayları,

Daha önce doğum korkusunu saptamaya yönelik uygulamış olduğumuz anket doğrultusunda doğum korkularınızın olduğunu tespit ettik. Bu nedenle sizi **‘Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcaba’nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi’** isimli doktora tez çalışmamızın ikinci aşamasına davet ediyoruz.

Bu araştırmanın sonucunda doğuma hazırlık eğitimi ve doğumu destekleyici hemşirelik bakımının etkinliğine ilişkin sonuçlar sunmak hedeflenmektedir. Araştırmanın bir yıl sürmesi ve 90 gönüllünün katılması beklenmektedir. Araştırma Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından yürütülmektedir.

Sizlere araştırma sonuçları için bazı sorular yönelteceğiz. Bu sorular sizlere, 34-38. gebelik haftaları arasında (20 dakika), doğumda (araştırmacı gözlemlerle dolduracak), doğumdan sonraki 1-2 saat içerisinde (20 dakika) ve doğumdan sonraki birinci haftada (30 dakika) araştırmacı tarafından sorulacaktır. Yanıtlarınız doğru-yanlış olarak değerlendirilmeyecektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz. Ancak araştırmadan çekilmek istediğinizi araştırmacılara önceden bildirmeniz araştırmanın gidişatı için önemlidir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz veya araştırma sırasında onayınızı çekmeniz durumunda herhangi bir zarar görmeyeceksiniz. Araştırma programının gerekliliklerini yerine getirmediğiniz takdirde, sorumlu araştırmacı sizi araştırma kapsamından bilgilendirerek çıkarabilir. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz veya araştırma sırasında onayınızı çekmeniz durumunda herhangi bir zarar görmeyeceksiniz. Bunun yanında araştırmaya katılmanız halinde katılmayan bir kadına göre herhangi bir dezavantajınız olmayacaktır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi ifade etmenizi rica ederiz. Bu veriler, kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaç dışında bu veriler,

kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Veriler bir yıl boyunca saklanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışma süresince araştırmacıya ulaşabileceğiniz telefon numaraları aşağıda verilmiştir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacıların telefon numaraları ve adresleri

Gönüllünün Beyanı;

Sayın _____ tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Benzer şekilde araştırmacılar, araştırma koşullarını sağlamamam durumunda bilgilendirerek beni araştırmadan çıkarabilirler. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacıya hangi telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.


Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-22. Konfor Davranışları Kontrol Listesi Kullanım İzni

Permission for Comfort Theory Gelen Kutusu x

 **AYŞEGÜL UNUTKAN** <aysegulunutkan@gmail.com> 14.04.2016 ☆ ↶
Alıcı: Kathy


Dear Katherine Kolcaba,

I am PHD researcher in Faculty of Women Health Department in School of Nursing in Akdeniz University in Turkey. I want to use 'Comfort Theory' and 'Comfort Behavior Check List' in my doctoral dissertation project. My doctoral dissertation project is about labour support. Can I use your theory and checklist in my project. If you want more detail about my research, I will be very to share details. I have previously been in contact with you about this subject.

Pleased if you accept my request.

Looking forward to get your feedback.

Best regards,

 **Kathy Kolcaba** <kathykolcaba@yahoo.com> 14.04.2016 ★ ↶
Alıcı: bana

İngilizce > Türkçe [iletmiş](#) İngilizce için kapat

You have my permission to use any comfort instruments on my web site including the ones requested below. Good luck with your important comfort study.

Dr. Kathy Kolcaba Associate Professor
(Emeritus) The University of Akron
www.TheComfortLine.com

EK-23. Wijma DEQ A ve B versiyonu Kullanım İzni

Wijma Doğum Beklentisi / Deneymi Ölçeği Kullanım İzni



Oznur Korukcu <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr>

14.04.2016

Alıcı: bana

Sayın Aysegül Unutkan,

Wijma Doğum Beklentisi Deneymi Ölçeği A (gebelikte doğuma ilişkin beklentiler için) ve B (doğum sonu dönemde deneyimler için) versiyonunu, geçerlik-güvenirlik makaleleri ile birlikte ekte gönderiyorum. A versiyonu 33 maddeli, B versiyonu ise faktör analizi sonucu bir maddeyi çıkartığımız için 32 maddeli. Ölçek puanının yüksek olması doğum korkusunun da yüksek olduğunu gösteriyor. Ölçek konusunda sormak istediğiniz bir şey olursa çekinmeden benimle bağlantıya geçebilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Yrd.Doç.Dr. Oznur KÖRÜKCÜ

4 Ek



EK-24. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni

Genel Konfor Ölçeği İzin Gelen Kutusu x



AYŞEGÜL UNUTKAN <aysegulunutkan@gmail.com>
Alıcı: ukke.karabacak

23:50 (9 saat önce) ☆ ↶ ▾

Sayın hocam,

Akdeniz Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde geçerlilik-güvenirlilik çalışmasını sizin yapmış olduğunuz "Genel Konfor Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Bu konuda izninizi arz ederim, saygılarımla...



Ükke KARABACAK
Alıcı: bana

08:30 (41 dakika önce) ☆ ↶ ▾

Günaydın Ayşegül hanım,

Elbette ölçeği kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Sevgilerimle.



EK-25. Anne Bebek Bağlanma Ölçeği Kullanım İzni

Anne Bebek Bağlanma Ölçeği İzin



AYŞEGÜL UNUTKAN <aysegulunutkan@gmail.com>
Alıcı: ozgralp60

19.04.2016



Sayın Özgür Alparılan,

Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları sizin yapmış olduğunuz 'Anne Bebek Bağlanma Ölçeği' ni doğum korkusu yaşayan kadınlarla yapacağım çalışmada kullanmak için izninizi rica ediyorum. Araştırma ile ilgili daha detaylı bilgi istemeniz halinde paylaşabilirim.

Saygılarımla...



Özgür Alparılan <ozgralp60@gmail.com>
Alıcı: bana

19.04.2016



Sevgili Unutkan,
çalışmamız Contemporary medicine dergisinde de yayınlanacak, kaynak gösterir ve atıfta bulunursanız kullanmanızda sakınca yoktur. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç.Dr. Özgür ALPARıLAN
GÖP Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

19 Nisan 2016 12:01 tarihinde AYŞEGÜL UNUTKAN <aysegulunutkan@gmail.com> yazdı:



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşegül	Uyruğu	T.C.
Soyadı	Unutkan	Telefon	0505 850 2189
Doğum Tarihi	26.06.1987	e-posta	aysegulunutkan@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun Olduğu Kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Ermenek YDA Lisesi	2005
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	2009
Yüksek Lisans	Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2012
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Adana Acıbadem Hastanesi	2009 (2 ay)
	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hast.	2009 (2 ay)
	Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hast.	2010-2012 (2.5 yıl)
	Kütahya Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hast.	2012 (5 ay)
Araştırma Görevlisi	Dumlupınar Üniversitesi	2012-

Yabancı Dil

Dil	Sınav Türü	Puanı
İngilizce	ÜDS	67,5

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi	Dumlupınar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi	2 ay (2014-2015)
Simülasyon Temelli Öğretim Yönteminin Ebelik Öğrencilerinin Normal Doğum Becerilerinin Geliştirilmesine ve Öz Yeterlilik Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi.	Dumlupınar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi	1 yıl (2016- 2017)
Doğum Korkusu Yaşayan Primipar Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcabanın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımının Doğum Sonuçları, Deneyimi ve Konforuna Etkisi	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi	2017-Devam ediyor

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

- Durmaz A. Elem E. **Unutkan A.** Keskin N. (2017). Simülasyonun Normal Doğum Becerilerine ve Özyeterlilik Düzeylerine Etkisi, Journal of Current Researches on Health Sector. 7(2): 41-52.
- **Unutkan A.** Güçlü S. Elem E. (2016). An Examination of the Opinions of the University Students About Feminism and Gender Roles. Journal of Higher Education and Science, 6(3): 317-325.
- **Unutkan A.** Balcı Yangın H. (2016). Üniversite Öğrencilerinin İnsan Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşısına İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 15(2), 151-158.
- **Unutkan A.** Balcı Yangın H. (2016). Gebelik ve Cinsellik. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing, 2(1), 28-34.
- **Unutkan A.** Balcı Yangın H. (2017). Doğumda Aromaterapi ve Masaj. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 3(2):115-21.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

- Güçlü S. Elem E. **Unutkan A.** (2015). Gençlerin Cinsel Sağlık Konusunda Bilgi Düzeylerini Artırıcı Bir Müdahale Akran Eğitimi Projesi, Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 4(4), 156-162.
- **Unutkan A.** Kabukcuoğlu K. (2014). Endometriozis İlişkili Ağrının Yönetimi ve Ağrının Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 804-814.