

**SON TRİMESTERDEKİ GEBELERİN
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE DOĞUMDAKİ
ANKSİYETE VE AĞRI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Gölsüm GÜNDÖĞDÜ

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ**

Yüksek Lisans Tezi- 2013

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

**SON TRİMESTERDEKİ GEBELERİN
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE DOĞUMDAKİ
ANKSİYETE VE AĞRI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Gülsüm GÜNDOĞDU

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ**

ERZURUM

2013

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

SON TRİMESTERDEKİ GEBELERİN
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE DOĞUMDAKİ
ANKSİYETE VE AĞRI DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

Gülsüm GÜNDOĞDU

Tez Savunma Tarihi : 17.07.2013

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Meral KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi

ERZURUM-2013

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ.....	X
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler	5
2.1.1. Gebeliğin I. Trimesterindeki Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler	5
2.1.2. Gebeliğin II. Trimesterindeki Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler	7
2.1.3. Gebeliğin III. Trimesterindeki Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler	7
2.2. Anksiyete	11
2.2.1. Anksiyetenin Tanımı.....	11
2.2.2. Anksiyete Düzeyleri	13
2.2.3. Anksiyetenin Fizyolojisi	14
2.2.4. Anksiyetenin Nedenleri	15
2.2.5. Anksiyetenin Belirtileri.....	16
2.2.5.1. Anksiyetenin Fizyolojik Belirtileri	17
2.2.5.2. Anksiyetenin Duygusal Belirtileri	17
2.2.5.3. Anksiyetenin Davranışsal Belirtileri.....	17
2.3. Gebelikte Anksiyete.....	18
2.4. Ağrı	19
2.4.1. Ağrının Tanımı	19

2.4.2. Ağrının Nörofizyolojisi.....	19
2.4.3. Ağrı Teorileri	21
2.4.4. Ağrının Sınıflandırılması	24
2.4.4.1. Ağrının Başlama Süresine Göre Sınıflandırılması.....	24
2.4.4.2. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflandırılması.....	25
2.4.4.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflandırılması	26
2.4.5. Ağrının Değerlendirilmesi	27
2.4.6. Ağrı Ölçümü ve Ağrı Ölçekleri	29
2.4.6.1. Tek boyutlu ölçekler	29
2.4.6.2. Çok Boyutlu Ölçekler	31
2.5. Doğum Eylemi ve Evreleri	34
2.6. Doğum Ağrısı	36
2.7. Doğum Ağrısı ve Anksiyete	38
2.8. Gebelikteki Anksiyete ve Doğum ağrısı ile Başetmede Ebinin/ Hemşirenin Rolü	39
3. MATERYALVE METOT.....	43
3.1. Araştırmanın Türü.....	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	43
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	43
3.4. Veri Toplama Araçları	45
3.5. Verilerin Toplanması	48
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	49
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	49
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	49
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	50
4. BULGULAR.....	53

5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
KAYNAKLAR	70
EKLER	81
EK 1. ÖZGEÇMİŞ.....	81
EK 2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	82
EK 3. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	85
EK 4. GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ (VISUEL ANALOG SKALA)	87
EK 5. ETİK KURUL ONAY FORMU	88
EK 6. RESMİ KURUM İZİN BELGESİ.....	90
EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	91
EK 8. TEZ ADI DEĞİŞİKLİK FORMU	92

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen değerli hocam sayın Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ' a şükranlarımı sunarım.

Tez süresince bana manevi desteklerinden ve yüksek lisans eğitimim sırasında öğrettiklerinden dolayı sayın Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na, tezime verdikleri değerli katkılarından dolayı jüri üyeleri sayın Yrd. Doç. Dr. Meral KILIÇ ve sayın Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a, hayatımın her anında yanımda olan sevgili anneme ve aileme, tezime katkı sağlayan tüm katılımcılara ve Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi ebelerine teşekkür ederim.

Gülsüm GÜNDOĞDU

ÖZET

Son Trimesterdeki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri ile Doğumdaki Anksiyete ve Ağrı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Araştırma, son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı, tekrarlayan kesitsel türde ve ilişki arayan tasarımda yapılmıştır. Araştırma, Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi poliklinikleri ve doğum salonunda Temmuz 2012-Temmuz 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya son trimesterin geç döneminde olan 293 gebe alınmıştır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği” ve “Visüel Analog Skala” (VAS) ile toplanmıştır.

Bulgular: Gebelerin son trimesterde durumluk anksiyete puan ortalamasının 43.09 ± 10.11 olduğu ve sürekli anksiyete puan ortalamasının 42.90 ± 8.10 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin durumluk anksiyete puan ortalaması doğumun latent fazında 50.02 ± 10.35 , aktif fazında 57.93 ± 9.52 ve geçiş fazında 63.68 ± 8.07 olduğu bulunmuştur.

Gebelerin son trimesterde durumluk anksiyete puanı ile doğumun latent fazındaki ($p < 0.001$), aktif fazındaki ($p < 0.05$) ve geçiş fazındaki ($p < 0.01$) durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Gebelerin son trimesterdeki sürekli anksiyete puanı ile doğumun latent ($p < 0.001$), aktif ($p < 0.001$) ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$).

Gebelerin VAS puan ortalamaları doğum eyleminin latent fazında 3.02 ± 2.08 , aktif fazında 6.81 ± 2.23 ve geçiş fazında 9.57 ± 0.88 olarak belirlenmiştir. Gebelerin son

trimesterdeki durumluk ve sürekli anksiyete puanları ile doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarındaki VAS puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Gebelerin son trimesterdeki durumluk ve sürekli anksiyete puanları ile doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak son trimesterdeki anksiyete düzeyi ile doğumun fazlarındaki VAS puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı, durumluk anksiyete, son trimester, sürekli anksiyete.

ABSTRACT

The Investigation of the Relationship between the Anxiety Levels of The Pregnant Women in Their Last Trimester and the Levels of Pain and Anxiety during Childbirth

Aim: The study has been carried out with the purpose of investigating the relationship between the anxiety levels of the pregnant women in their last trimester and the levels of pain and anxiety during childbirth.

Material and Method: The study has been prepared as a repetitive cross-sectional form and with a design of relation seeking. The study has been done in the polyclinics and delivery room of Nenehatun Maternity Hospital between July 2012 and July 2013. 293 pregnant women who were in the late period of their last trimesters have been included in the study. The data have been collected with 'Personal Information Form', 'State and Perpetual Anxiety Scale' and 'Visual Analog Scale' (VAS).

Results: It has been determined that the point average of the pregnant women in the last trimester is 43.09 ± 10.11 and perpetual anxiety point average is 42.90 ± 8.10 . The state anxiety point average of the pregnant women in the latent phase of the labour is 50.02 ± 10.35 , in the active phase is 57.93 ± 9.52 and in the transitional phase is 63.68 ± 8.07 .

It has been determined a positive significant relationship between the state anxiety point of the pregnant women in the last trimester and the state anxiety points in the latent phase ($p < 0.001$), active phase ($p < 0.05$) and transitional phase ($p < 0.01$) of the labour. It has been ascertained a pretty significant relationship in a positive way between the anxiety points of the pregnant women in their last trimester and the state anxiety point in the latent ($p < 0.001$), active ($p < 0.001$) and transitional phases of the labour ($p < 0.001$).

It has been ascertained that the Vas point averages of the pregnant women are 3.02 ± 2.08 in the latent phase, 6.81 ± 2.23 in the active phase and 9.57 ± 0.87 in the transitional phase of the labour. It has not been ascertained a significant relationship between the state and perpetual anxiety points of the pregnant women in their last trimester and the Vas points in the latent, active and transitional phases of the labour ($p > 0.05$).

Conclusion: It has been ascertained that there is a significant relationship between the state and perpetual anxiety points of the pregnant women in their last trimester and the state anxiety points in the latent, active and transitional phases of the labour. However, it has not been able to be found a significant relationship between the anxiety level in the last trimester and Vas points of the labour phases.

Key Words: Labour pain, perpetual anxiety, state anxiety, the last trimester.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adrenokorkitotropik hormon
ADH	: Antidiüretik hormon
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BPI	: Brief pain Inventory
IASP	: Uluslararası ağrı araştırma teşkilatı
KKT	: Kapı kontrol teorisi
MASF	: Mc gill melzack ağrı soru formu
NANDA	: North american nursing diagnosis association
PPP	: Pain perception profile
SS	: Standart sapma
TDK	: Türk dil kurumu
VAS (GKÖ)	: Visüel analog skala (Görsel kıyaslama ölçeği)
%	: Yüzde
X	: Ortalama

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	51
Tablo 3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	52
Tablo 3.3. Bir Önceki Gebelik ve Doğumla İlgili Verilerin Dağılımı	52
Tablo 4.1. Mevcut Gebeliğe Ait Bilgilerin Dağılımı	53
Tablo 4.2. Gebelerin Bilgi Edindikleri Kaynakların Dağılımı.....	54
Tablo 4.3. Gebelerin Son Trimesterde Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	55
Tablo 4.4. Gebelerin Son Trimesterde Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	55
Tablo 4.5. Doğumun Fazlarına Göre Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	56
Tablo 4.6. Doğumun Fazlarına Göre Gebelerin VAS Puan Ortalamaları.....	57
Tablo 4.7. Son Trimesterdeki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puanları İle Doğumun I. Evresinin Latent, Aktif ve Geçiş Fazlarındaki Durumluk Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki	57
Tablo 4.8. Gebelerin Son Trimesterdeki Anksiyete Puanı ile Doğumun I. Evresinin Latent, Aktif ve Geçiş Fazlarındaki VAS Puanları Arasındaki İlişkiler.....	58
Tablo 4.9. Doğumun I. Evresinin Fazlarındaki Durumluk Anksiyete ve VAS Puanları ile Doğumun I. Evresinin Fazlarındaki Durumluk Anksiyete ve VAS Puanları Arasındaki İlişki.....	59

1. GİRİŞ

Gebelik, doğurganlık çağındaki tüm kadınların yaşayabileceği doğal bir olay olmasına rağmen gebelik süresince kadında bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Fertilizasyondan sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler, gebeliğin; anne ve fetus açısından sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini ve sonlanmasını ve doğum eylemi için anatomik değişikliklerin sağlanmasına yöneliktir.^{1(s.211),2(s.161)} Gebelikte oluşan fizyolojik değişikliklere paralel olarak bazı psikolojik değişiklikler de meydana gelir. Hatta fizyolojik değişiklikler psikolojik değişiklikleri de etkiler.² Gebelikte oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, trimesterlere göre farklılık göstermektedir.¹

Menstruasyonun beklenen zamanda olmaması, bulantı ve/veya kusmaların başlaması gibi gebeliğe ait subjektif belirtilerin görülmesi sonucu kadınlar, gebeliğini kan ve idrar testleriyle doğrulamaya çalışır. Gebeliğin doğrulanmasından sonra kadınlar, sağlıklarıyla ilgili bir sorunu olmadığı halde kendini kötü hissetme, üzüntü duyma, sevinme ve ani neşelenme gibi ambivalan duygular yaşayabilir.^{1(s.217-218),3,4}

Gebeliğin birinci trimesterinde gebe, bir yandan gebelikteki olağan rahatsızlıklara uyum sağlamaya çalışırken; diğer yandan da eşi ve yakın çevresinin gebeliğe ilişkin düşüncelerini öğrenmeye çalışır.^{1(s.218)} Planlı olsun ya da olmasın tüm gebelikler kadın, eşi ve yakınları için stres ve anksiyeteye neden olabilmektedir.^{1(s.211),5} Özellikle planlanmamış ve istenmeyen gebelikler anksiyeteyi artırmaktadır.^{1(s.217),6} Gebenin iyi bir anne olup olamama ile ilgili düşünceleri, sorumluluk almaya hazır olup olmaması, ekonomik durumu, eşiyle ilişkisi ve kadının kimlik algısı anksiyete nedeni olabilir.⁷

Gebeliğin ikinci trimesteri, olağan rahatsızlıkların hafiflediği, bu nedenle kadının kendisini daha iyi hissettiği, gebeliğe ve fetüse yönelik olumlu düşüncelerin arttığı bir

dönemdir. Bu dönemde gebe, bebeğin hareketlerini hissedebilir ve muayenelerde bebeğin kalp seslerini duyabilir. Bebeğin hareketlerinin hissedilmesi kadının tüm ilgisini bebeğe yöneltir ve ona zarar gelebileceği düşüncesiyle endişelenir. Kadının dış görünüşü de artık gebe bir kadın görünümündedir. Bu dönemde gebeliğe bağlı beden imajındaki değişimlerin belirginleşmesi kadına mutluluk verebileceği gibi eşi tarafından beğenilmeyeceği düşüncesi kadını endişelendirebilir.^{1(s.219),8}

Gebeliğin son trimesteri, kadın için ilk trimesterden beri yaşanan olağan rahatsızlıklar nedeniyle gebeliğe tahammülün azaldığı bir dönemdir. Bu nedenle gebe doğumun olmasını ister fakat doğuma yönelik korku ve kaygıları artmıştır.^{1(s.220)} Bu korku ve kaygılar gebede anksiyeteye neden olur. Ayrıca doğum zamanını belirleyememe, hastaneye zamanında yetişemeyeceğini düşünme, doğumun sezaryan mı yoksa vajinal mi olacağını bilememe, doğumda kendisinin veya bebeğinin zarar göreceğini düşünme, doğum ağrısının dayanılmaz olacağı ve doğum ağrısı ile baş edemeyeceğini düşünme nedeni ile gebeler, son trimesterde diğer trimesterlere göre daha fazla korku ve anksiyete yaşarlar veya mevcut anksiyeteleri son trimesterde artabilir.⁹

Kadının gebeliğe verdiği psikolojik tepkiye bağlı olarak gebelikte hafif, orta ve ciddi düzeyde anksiyete yaşanabilir.¹⁰ Anksiyete, tüm bireylerin yaşamları boyunca deneyimleyebilecekleri, yaşamı tehdit eden ya da tehdit olarak algılanan, sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, nedeni belirsiz bir sıkıntı, gerginlik, endişe ve korku duygusudur. Anksiyete aynı zamanda otonom sinir sisteminin hiperaktif olduğunu gösteren somatik bulguların eşlik ettiği bir endişe duygusudur. Anksiyete, bazı stres verici yaşam olayları karşısında görülebilmektedir.^{11(s.130)}

Anksiyete her trimesterde görülebilmesine rağmen yapılan çalışmalarda özellikle gebeliğin son trimesterinde arttığı belirtilmiştir. Kılıçarslan'ın¹² çalışmasında son

trimesterdeki gebelerin durumluk anksiyete puanı 39.4 olarak bulunmuştur. Costa ve ark.¹³ gebelerin ilk trimesterinde durumluk anksiyete puanını 37.0, ikinci trimesterde 38.4 ve son trimesterde 40.6 puan olarak bulmuşlardır.

Yapılan çalışmalarda anksiyete düzeylerinin artması doğum ağrısını olumsuz etkilediği belirtilmiştir.^{14,15} Doğuma yönelik korku ve anksiyetenin artışı doğumda daha çok ağrı algılamaya^{16,17}, kontrol kaybına¹⁸, doğum eyleminin normalden sapmasına, eylemin birinci ve ikinci devresinin uzamasına¹⁹, elektif sezaryan oranlarında artışa²⁰, acil sezaryana²¹ ve doğum sonrası iyileşme sürecinin uzamasına²² neden olabilmektedir.

Gebelerin doğuma yönelik korku ve anksiyeteleri doğum şekli tercihlerini de etkilemektedir. Gözükar'a'nın²³ 2008 yılında 350 primigravid gebe üzerinde yaptığı çalışmada sezaryanı tercih eden gebelerin %71.1' i doğum ağrısından korktukları için sezaryanı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Büyükbayrak ve ark.'nın 2010 yılında 1588 gebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada sezaryan ile doğumu tercih eden gebelerin (%15.9) doğum korkusu ve doğum ağrısı korkusu nedeniyle sezaryenle doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir.²⁴

Doğum ağrısı en şiddetli ağrıların başında gelmekte ^{25,26} olup gebelikteki fiziksel, fizyolojik, psikolojik ve emosyonel faktörler doğum ağrısı algısını artırmaktadır. Doğum ağrısı; gebenin yaşı, doğum sayısı, doğum kanalı ve bebeğin ölçüleri, daha önce yaşanmış deneyimler, doğuma hazırlık, gebenin destek sistemleri ve kültür gibi faktörlerden etkilenmektedir.^{1(s.287-228),27(s.28-30),28}

Doğum sırasında gebedeki korku ve anksiyete, fizyolojik ve psikolojik mekanizmalarla tüm kaslarda spazm meydana getirerek ağrıya toleransı azaltıp doğum ağrısının şiddetli algılanmasına neden olabilir. Ayrıca gebenin kendisi ve fetüsün zarar göreceğine yönelik endişeleri de doğumdaki ağrı algısını etkilemektedir.^{8,27(s.30-31),29}

Hemen her kültürde doğum; doğum ağrısını, doğumda kontrol kaybını ve ölüm korkusu yaşamayı akla getirir. Her kadın çeşitli nedenlerle doğumdan az ya da çok korkar ve anksiyete yaşar. Gebelerin korku ve anksiyetesini gidermeye yönelik olarak prenatal kontrollerde ve doğum boyunca gebelere, ebe ve hemşirelerce eğitim ve danışmanlık verilerek, gebelerin kendine güvenleri ve cesaretleri artırılmalıdır. Böylece gebelerin korku ve anksiyeteleri azaltılarak doğum ağrısıyla ve anksiyete ile daha etkin baş etmeleri sağlanabilir. Anksiyetesi düşük olan gebeler doğumda ağrıyı kolay tolare edebilmekte, doğum eyleminde anesteziye, analjeziye ve farmakolojik yöntemlere gereksinimleri azalmakta ve eylemden duydukları memnuniyet artmaktadır.^{30,31,32}

Ülkemizde gebelerin son trimesterindeki anksiyete düzeyini belirleyen birkaç çalışma olmasına^{6,12,33} rağmen gebeliğin son trimesterdeki anksiyetenin doğumun birinci evresindeki anksiyeteye ve doğum ağrısıyla ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca doğumun birinci evresinin fazlarındaki anksiyetenin aynı fazlardaki ağrı ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma, son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1. Son trimesterdeki gebelerin durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri ile doğumdaki durumluk anksiyete düzeyleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 2. Son trimesterdeki gebelerin durumluk anksiyete düzeyleri ile doğumdaki ağrı düzeyleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 3. Son trimesterdeki gebelerin sürekli anksiyete düzeyleri ile doğumdaki ağrı düzeyleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 4. Gebelerin doğumdaki durumluk anksiyete düzeyleri ile doğumdaki ağrı düzeyleri arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik, son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 haftalık bir süreyi kapsar. Dokuz aylık gebelik süresi, her biri 3 aylık dönemleri kapsayan 3 trimesterden oluşur. Trimester, latince kökenli bir kelimedir ve üç ay anlamına gelmektedir. Gebelik süresinin 3 ayrı dönemde ele alınması, gebeliğin genel gelişiminin anlaşılması ve izlenmesi yönünden faydalıdır. İlk trimester 0-12 haftalar arasını, ikinci trimester 13-28 haftalar arasını ve üçüncü trimester ise 29-40 haftalar arasını kapsamaktadır.^{1(s.85),34,35}

Gebelik boyunca büyüyen ve gelişen fetüsün gereksinimlerini karşılamak ve gebeliğin normal bir doğumla sonuçlanmasını sağlamak için kadın vücudunda bazı fizyolojik ve anatomik değişiklikler meydana gelir. Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri üreme sisteminde (uterusta, overlerde, vajina ve vulvada), memelerde, kas iskelet sisteminde, deride, kardiovasküler sistemde, gastrointestinal sistemde, üriner sistemde, metabolik ve endokrin sistemde görülür.^{1,2,35} Bu değişikliklere ilaveten oluşan yeni duruma uyum sürecinde kadınlarda psikolojik değişiklikler de meydana gelir.^{1(s.85-105),35}

2.1.1. Gebeliğin I. Trimesterindeki Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

Gebeliğin 1. trimesterinde anatomik değişikliklerden ziyade fizyolojik değişiklikler daha ön plandadır. Fertilizasyonla birlikte anne vücudundaki bazı hormonların düzeyinin değişmesi fizyolojik değişikliklere neden olur. Bu dönemde başlayan gebeliğe ait olağan yakınmalar da değişen hormon düzeyi ile ilgilidir. Bu trimesterde en sık görülen şikayetler bulantı-kusma, sık idrara çıkma, göğüslerde ağrı ve hassasiyet, çok uyuma ve yorgunluktur.^{2,36}

Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri psikolojik değişiklikleri ile beraberdir ve birbirlerini doğrudan etkilemektedir. Gebelikteki fiziksel ve hormon düzeylerindeki değişiklikler gebelerde duygusal dalgalanmalara neden olabilir. Kadın gebeliğini kolaylıkla kabul edebilir veya gebeliği kabullenmede zorluk çekebilir. Kişisel deneyimler, gebelikten önceki sağlık durumu, kültür düzeyi ve yaşam felsefesi, kadının sorumluluk anlayışı, ailedeki mutluluk derecesi, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumu, ailenin sosyo-ekonomik yapısı, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin planlanmış ve istenen gebelik olması kadının gebeliğe karşı tepkisini etkileyen faktörlerdir.^{3,6,33,37(s.465)}

İlk trimester psikolojik olarak ambivalan duyguların en yoğun yaşandığı dönemdir. Kadın gebeliği hem ister hem de kabullenmede zorluk çekebilir. Eğer kadın gebelikten hoşnutluk ve mutluluk duyuyorsa, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere ediyorsa, gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusuna sahipse ve özgüveni yüksekse kadın gebeliğini kabullenmiş demektir. Eğer kadın gebe olduğunu öğrendiğinde üzüntü ve mutsuzluk duyuyorsa, gebeliğe bağlı değişimlerden bunaldığını hissediyorsa, gebelikten dolayı evliliğinin bozulacağı veya mesleki yaşantısının olumsuz yönde etkileneceğini düşünüyorsa, sürekli hasta olma duygusu ve gebe kalma ile ilgili pişmanlık duygusuna sahipse gebeliğini kabullenmemiş demektir. Bu dönemde gebeler bebeğinin normal ve sağlıklı olup olamayacağı ile ilgili ve kendi sağlığı ile ilgili korkular yaşarlar.^{1(s.218),37(s.465),38(s.138)} Planlı olsun ya da olmasın tüm gebelikler kadın, eşi ve yakınları için stres ve anksiyeteye neden olabilir.^{1(s.211),36} Özellikle planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerde anksiyete artmaktadır.^{6,39} Gebenin iyi bir anne olup olamama ile ilişkili düşünceleri, sorumluluk almaya hazır olmaması da anksiyete nedeni olabilir.^{1(s.217),8,33}

2.1.2. Gebeliğin II. Trimesterindeki Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

İkinci trimester, fizyolojik değişikliklere ilaveten anatomik değişikliklerin daha belirginleştiği ve kadın vücudunun gebe kadın görünümünü kazandığı bir dönemdir. Bu dönemde gebeliğe ait olağan rahatsızlıklar daha az görülür. İkinci trimesterde yorgunluk, konstipasyon, baş ağrısı, mide yanması, cilt değişiklikleri ve sırt ağrısı en sık yaşanan şikayetlerdir.^{1(s.106-107)} İkinci trimester, gebeliğe psikolojik adaptasyonun daha fazla olduğu bir dönemdir. Bu dönemde ambivalan duygular ortadan kalkar ve gebelik daha fazla benimsenir. Ancak bazen şaşkıncı davranışlar da olabilir. Ör; aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık, büyük mutluluk gibi duygularda ani ve nedensiz değişimler görülebilir. Gebelikte kadın vücudunda gebeliği gösteren değişiklikler çoğu kadın tarafından olumlu karşılanır ve kadınları gururlandırır. Ancak bazı kadınlarda bu değişimler negatif bir beden imgesi oluşturabilir ve kadında utanma duygusu meydana getirebilir. Bu dönemde fetüs hareketleri hissedilmeye başlar. Bunun sonucu olarak kadının ilgisi kendi içine yönelir ve içinde canlı olduğunu hisseder. Başlangıçta fetüsü kendisinin bir parçası olarak hissederken ilerleyen dönemlerde kendisinden ayrı bir varlık olduğunu kabul eder. Bu dönemde kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istekli olur.^{1(s.219),35,37(s.465),38(s.139)}

2.1.3. Gebeliğin III. Trimesterindeki Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

Gebeliğin 3.trimesterinde kadın vücudunda gebelik çok belirgin hale gelir, gebeliğe bağlı görülen bazı fiziksel rahatsızlıklar da artma görülür. Gebelikteki oluşan fiziksel rahatsızlıkların bazılarının nedeni bilinmezken çoğunluğu gebelikteki hormonal değişikliklere ve genişleyen uterusu bağlı olarak meydana gelmektedir. Gebeliğin 3. trimesterinde uterusun genişlemesi en üst düzeye ulaşır. Genişleyen uterusu bağlı olarak intraabdominal basınç artar, diyafragma yaklaşık 4 cm yukarıya doğru yer değiştirir ve göğüs duvarı yanlara doğru genişler. Bu nedenle diyafragma kası, solunumda etkin

kullanılmaz ve daha çok göğüs solunumu yapılır. Üçüncü trimesterde görülen nefes darlığının en büyük sebebi büyüyen uterusun diyafragma basıncı yapması ve gebelikte oksijen tüketiminin artmasıdır.^{2(s.166),40}

Gebelikte kardiovasküler sistemde de önemli değişiklikler meydana gelir. Gebelikte kalbin fonksiyonel kapasitesinde, renal ve uterin kan akımında artma görülür. Kardiyak output artar ve kalp atım hızı dakikada 10-15 vuruş artar. Kardiyak outputtaki artış gebeliğin 10-34. haftalarında görülür ve gebeliğin 38. haftasına doğru azalır ve 40. haftasında normale iner. Gebelikte tüm vücut sıvıları artar ve kan volümündeki artış gebeliğin 30-34. haftalarında en üst düzeye ulaşır. Gebelikte özellikle 3. trimesterde venöz kan basıncı artar ve bacaklardaki basınç artışı daha belirgin olur. Sırt üstü pozisyonda büyüyen uterusun vena kava inferiora ve büyük venlere bası yapması sonucu venöz dolaşım engellenerek basınç artışına neden olur. Bunun sonucunda da gebelikte ayaklarda ödem ve varis oluşumu artar. Ayrıca hemoroid şikayetlerinde de artma meydana gelir.^{1(s.108),2(s.164-165),41(s.177-184),42}

Büyüyen uterusun mideyi yukarı doğru itmesi ve uterusun barsak üzerine baskı yapması gastrointestinal sistemde bazı olağan rahatsızlıklara neden olur. Ayrıca gebelikte progesteron hormonunun artması nedeniyle gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerde yavaşlama ve motilitede azalma görülür. Bu nedenle gebeliğin 3. trimesterinde mide yanması ve gastroözofageal reflü sık yaşanır.^{35,41(s.189-190)}

Gebelikte ürogenital sistemdeki değişikliklere bağlı olarak sık idrara çıkma, idrar akımının yavaşlaması ve renksiz kokusuz vajinal akıntıda artma şikayeti yaşanır. Gebelikte artan progesteron hormonunun düz kasları gevşetmesi sonucu üreterde idrar akımında yavaşlama meydana gelir. Büyüyen uterusun genellikle sağa dönmesi (%80) ve sağ üretere bası yapması sonucu üreterde uzama, genişleme ve idrar akımında azalma oluşur. Ayrıca büyüyen uterusla bağlı ve 3. trimesterin sonuna doğru fetusun

prezentasyona başlaması nedeniyle mesaneye baskı artarak sık idrara çıkma tekrar görülür.^{1(s.93),43}

Gebelikte ciltte oluşan değişiklikler gebelik maskesi, vücutta çatlaklar ve kaşıntıdır. Gebeliğin özellikle 3. trimesterinde karın duvarı gergin, ince ve parlak bir görünüm alır ve alt-yan karın bölgesinde çatlamlar görülebilir. Ayrıca meme ve kalçalarda da çatlaklar görülür. Bu çatlaklar genellikle gebeliğin 6. ayından sonra görülür.³⁶

Gebelikte büyüyen uterusu bağlı olarak ağırlık merkezi öne doğru yer değiştirir. Vücut bu değişikliğe uyum sağlamak ve ağırlık merkezini dengelemek için lumbo-sakral bölgede lordosisi artırır. Bu adaptasyona yönelik değişiklikler sakro-iliak eklemin yükünü artırır. Ayrıca hormonal değişikliklere bağlı olarak pelvis bölgesindeki diğer eklemlerde de mobilite artışı ve kartilaj dokuda yumuşama meydana gelir. Kas iskelet sistemindeki değişikliklere bağlı ve vücut mekaniklerinin uygun kullanılmaması sonucu gebelerde bel ve sırt ağrıları sık görülür.³⁶

Gebelikte fetus, plasenta, uterus ve memelerde yeni doku yapılması nedeniyle oksijen harcamasında ve metabolizma hızında artma görülür. Gebeliğin ilk 3 ayında değişiklik fazla belirgin olmazken gebelik ilerledikçe özellikle 3. trimesterde bazal metabolizma hızında yaklaşık %20 oranında bir artış görülür.^{1(s.85-92),41(s.181-183)}

Gebelikte fetus enerjisini anneden aldığı glikozdan sağlar. Bu nedenle anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer ve enerji için yağlar kullanılır. Gebelikte bulantı kusmaya bağlı beslenmenin azalması hipoglisemiye yol açar ve yağların kullanımı fazlalaşarak ketozise yatkınlık artar. Bu nedenle gebelerin sık aralıklarla ve karbonhidrattan zengin gıdalarla beslenmeleri gerekir. Gebelikte plasentadan salgılanan plasental laktojenik hormon, anne insülinini duyarsız hale getirerek anne glikozunun yüksek kalmasını ve dengelenmesini sağlar.^{1(s.99),2(s.162-163)}

Gebelikte ortalama 900 gr protein depo edilir ve bu proteinler doğumda, involüsyon sürecinde ve laktasyonda kullanılır. Ayrıca loşia ile kaybedilen nitrojen de bu sayede dengelenir. Gebelikte su ve sodyum retansiyonunda artış görülür. Bu artış annenin vücut ağırlığındaki artışın nedenlerinden biridir.^{1(s.99)}

Son trimesterde psikolojik olarak da bazı duygusal değişiklikler görülür. Gebe kadınlarda yaklaşan doğuma yönelik endişeler artmıştır. Birçok kadın doğum zamanını tam olarak belirleyememe endişesi yaşar. Doğum için hastaneye yetişemeyeceğinden korkar. Aynı zamanda doğum sürecine ilişkin de korkuları vardır. Doğum, zamanında olacak mı, doğumun nasıl olacağı, nerde olacağı, doğumun şekli, doğum ağrısıyla baş edemeyeceğini düşünme, doğumda kendini kaybetme ve duygusal kontrol kaybı yaşama endişesi, bebeğin sağlıklı olup olmayacağı, doğumda kendisine ve bebeğine zarar geleceği yönündeki endişeleri annede stres ve anksiyeteye neden olur. Ayrıca iyi bir anne olma ile ilgili düşünceleri ve çevresinin bu konuda kendisinden beklentilerini karşılayamama endişesi de gebenin anksiyetesini artırır.^{1(s.220),3,44,45}

Üçüncü trimesterde gebe kadın daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedebileceği ya da ona zarar verebileceği duygusu yaşar. Bu nedenle kendine çok dikkat eder. Evden çıkarsa bebeğe ve kendisine bir şey olacak endişesi taşır. Ayrıca fiziksel ve duygusal destek için başkalarına ve özellikle eşine daha bağımlı olmaya başlar. Kadın artan bağımlılık davranışını açıklayamasa da eşinin bu duygularını anlamasını bekler. Eşine her an ulaşabileceğinden emin olmak için onu sık sık telefonla arayabilir.^{1(s.220)}

Gebeliğin son ayında ambivalan duygular yeniden yaşanmaya başlar. Gebe bebeğini bir an önce kucağına almak ister. Fakat doğumdan korkar. Bu dönemde bebeğin ailenin diğer fertleri tarafından bekleniyor olması gebe için büyük önem taşır. Bebeğin reddedilmesi gebe için kendisinin de reddedilmesi anlamına gelir. Bu nedenle gebe kocasının kendisine daha fazla destek vermesini ister.^{1(s.220),38(s.139)}

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete latince kökenli bir kelimedir ve boğulma ya da tıkanma anlamına gelen angre kelimesinden türetilmiştir.⁴⁶ Anksiyete, Türkçede kaygı, bunaltı, iç sıkıntısı, can sıkıntısı veya hoş olmayan heyecansal bir endişe hali gibi sözcüklerle eş anlamlıdır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” anlamında verilmiştir.⁴⁷ Anksiyete, kişide bir çeşit “alarm durumu” oluşturur ve kişinin “sanki kötü bir şey olacaktı gibi” bir duygu hissetmesine neden olur.⁴⁸ Anksiyete kısaca yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe duygusu olarak tanımlanabilir. Anksiyete ya da kaygı bir tehlike ya da nesne eksikliğine bağlı olan nedeni belli olmayan gerginlik, huzursuz ve sıkıntı hali olup içgüdüsel bir tepkidir.⁴⁹ Anksiyete ile korku kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır. Fakat anksiyeteyle korku aynı kavram değildir. Korku, bir nesneye yöneliktir, anksiyetenin ise nesnesi yoktur. Anksiyetede korkudan farklı olarak yalnızca iç tehlikeler ile oluşan bir emosyon söz konusudur.⁵⁰ Anksiyete evrensel bir duygudur ve kişinin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir yanıttır. Anksiyete benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehlide tepki olarak hissedilen bir gerilimdir. Anksiyete de tehdit belirli ya da spesifik olmayıp bilinçli ya da bilinçsiz olarak algılanır. Anksiyete çoğunlukla stres oluşturan durumlarda daha belirgin hissedilmektedir.^{11(s.130)}

Amerikan Psikiyatri Birliği’ne (APA) göre anksiyete; kaynağı tam olarak bilinmeyen korku ile beraber çarpıntı, terleme, bulantı kusma, midede boşluk duygusu, gaz sancısı, göğüste sıkışma, endişe, konsantre olamama, kendine güvende azalma gibi fiziksel tepkilerle karakterize tedirginliklik halidir.^{51,52}

İnsan davranışlarının gelişiminde anksiyetenin önemini vurgulayan ilk kuramcı Sigmund Freud’dur. Freud’a göre anksiyete, fiziksel veya çevreden gelen tehlikelere

karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme çabasına katkıda bulunur ve insanların içgüdüsel dürtülerinden kaynaklanır.^{52,53}

Freud anksiyete kavramını üç grupta incelemiştir.

1) Objektif veya Gerçekçi Anksiyete: Korku ile eşdeğer olup, herkesin yaşayabileceği dış uyarıcılardan kaynaklanan kaygıdır. Dış uyarıcının şiddeti ile anksiyetenin şiddeti doğru orantılıdır. Gerçekçi anksiyete durumu benlik, alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkar. Yaşam boyunca gözlemlenen gerçek tehlike durumunda zaman zaman tüm insanlar tarafından yaşanabilir.^{10,11(s.131)}

2) Ahlak/Moral Anksiyete: Bireyin duyduğu içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların oluşturduğu manevi bir sıkıntı durumudur. Gelişmiş süperegosu olan bir kişinin yetiştirildiği törelere ve kurallara aykırı bir davranışta bulunduğu ya da bulunmayı planladığı zaman aşağılanma, değersizlik, suçluluk ve utanç duymasıdır.^{10,11(s.132)} Bu duygularla bağlantılı olarak yaşanan anksiyeteye “moral anksiyete” denir.

3) Nevrotik Anksiyete: İçgüdülerin denetimini yitirerek ceza ile sonuçlanacak davranışlar gösterme korkusudur. Tehlike kaynağı bireyin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanmakta ve patolojik olarak tanımlanmaktadır. Nevrotik anksiyete, içgüdülerin kendisinden korkmaktan çok, içgüdülerin doyum bulmasının, ceza ile sonuçlanmasından korkmadır.^{10,11(s.131)}

Spielberger, iki faktörlü kuramında anksiyete kavramını durumluk ve sürekli anksiyete olarak ikiye ayırmıştır. Durumluk anksiyete, fizyolojik uyarılma ve bilinçli bir korku, endişe ve gerilim ile karakterize bir emosyonel haldir. Daha çok akut biçimde ortaya çıkan anksiyete düzeyini gösterir.⁵⁰ Durumluk anksiyete, bireyin içinde

bulunduğu baskılı durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur ve baskının yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete düzeyinde yükselme, baskı ortadan kalkınca düşme meydana gelir. Sürekli anksiyete ise, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak bireyin kendisini nasıl hissettiğini gösterir.^{10,54} Sürekli anksiyete kişinin artmış biçimde anksiyete ile tepki verme yatkınlığı olup onun yapısı ya da kişiliği ile yakından ilişkili olan ve süreklilik gösteren bir haldir. Bu nedenle sürekli anksiyete genel anksiyeteye yatkınlık yaratan bir etken olarak görülebilir.⁵⁰

Her birey yaşamının bir döneminde anksiyete yaşayabilir. Anksiyete, hissedilen bir tehlikeye karşı koruyucu önlem alma yönünden kişiyi uyarır.⁵⁵ Anksiyete hafif bir tedirginlik ve gerginlik duygusundan paniğe kadar farklı yoğunlukta hissedilebilir.⁵⁶ Hafif düzeyde anksiyete kişide dikkat, atılganlık ve cesareti artırır. Ancak anksiyetenin şiddeti arttıkça kişide kavrama, algılama ve karar verme yeteneği azalır. Anksiyeteye verilen tepkiler kişinin yaşına, daha önce bu deneyimi yaşamış olma durumuna ve yaradılışına göre değişebilir.^{11(s.138)}

2.2.2. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete, bireylerde fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişikliklere yol açar. Anksiyetenin farklı düzeylerde ve farklı fiziksel, psikolojik belirtilerle kendini gösterebileceğini öne süren Hay, anksiyeti hafif, orta, ağır ve panik düzeyde olmak üzere dört aşamada incelemiştir.^{10,11(s.136-137)}

1.Hafif Düzeyde Anksiyete: Hafif düzeydeki anksiyetede birey çevresinde olup bitenlerden haberdardır. Çok az gerilim vardır ve bu gerilim enerjide artışa neden olur. Duygular alarmdadır ve kavrama alanı genişlemiştir. Birey kendi ilgilerine ve çevresine karşı daha duyarlı ve katılımcıdır. Bu nedenle anksiyete bireyde öğrenmeyi artırır ve bireyin yaratıcılığını olumlu etkiler. Hafif anksiyetede konsantre olma ve mantık

yürütme yeteneği tamdır ve etkin problem çözme becerisine sahiptir. Bireyin konuşma hızı ve ses tonu, konuşma içeriği ile uyumludur.^{11(s.136),57}

2. Orta Düzeyde Anksiyete: Bu düzeydeki anksiyetede birey, daha dikkatli ve gergindir. Kavrama alanı daralmıştır. Orta düzeyde anksiyetede bireyin konsantrasyon yeteneği, algılaması ve iletişim becerileri azalmıştır. Çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşabilir, ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Bu nedenle önemli ayrıntıları daha az unuttur. Fakat hâlâ sorun çözebilecek durumdadır. Bireyin kan basıncı, nabız sayısı ve solunumu artmıştır. Bireyde kalp çarpıntısı, kas gerginliği mide şikayetleri ve terleme gibi hafif somatik belirtiler görülür.^{11(s.136),57}

3. Şiddetli Düzeyde Anksiyete: Şiddetli anksiyetede birey, çevresinde olup bitenleri algılamada zorluk çeker. Bireyin algılama ve kavrama alanı iyice daralmış ve kontrolünü kaybetmiştir. Olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorlanır. Öğrenme gerçekleşmez, sadece ayrıntılar hatırlanır. Kişide çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, baş ağrısı ve göğüs ağrısı görülür. Kişi huzursuz ve gergindir. İstemli kas tonusu artmıştır.^{11(s.137),57}

4. Panik: Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Bireyin dikkati dağılmıştır, birey çevresinde neler olup bittiğini kavrayamaz ve çevresel tehlikelere karşı yanıt veremez. Emosyonel dengesi bozulmuştur ve bireyde halüsinasyon ve hezeyan vardır. Panik durumundaki kişide dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtiler görülür. Bu durumda birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder ve kriz aşamasındadır. Birey ölüm korkusu yaşayabilir. Mutlaka profesyonel yardım almalıdır.^{11(s.137),57}

2.2.3. Anksiyetenin Fizyolojisi

İnsan bir tehditle karşılaştığında hipotalamus uyarılır. Hipotalamusda sempatik sinir sistemini ve hipofiz bezini etkileyerek çeşitli hormonların salgılanmasına yol açar.

Sempatik sinir sisteminin uyarılması ile sempatik sinir liflerinden “norepinefrin”, adrenal bez medullasından “epinefrin” ve “norepinefrin” salgılanır. Norepinefrinin etkisi ile periferik damarlarda konstrüksiyon olur, kan basıncı yükselir, cilt soğuk ve soluk olur. Periferik damarlardaki konstrüksiyon nedeni ile böbreklere giden kan azalır ve renin salgılanır. Renin anjiotensin I ve anjiotensin II salgılatır. Anjiotensin II damarlarda vazokonstrüksiyona, aldosteron ve antidiüretik hormon salgılanmasına neden olur. Epinefrinin etkisi ile kalp atım hızı ve kasılma gücü artar. Aynı zamanda karaciğerdeki glikojenin glikoza dönüşümünü sağlayarak kan glikoz düzeyi artar.^{11(s.137)}

Hipotalamus hipofiz bezini etkileyerek hipofiz ön lobundan adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve hipofiz arka lobundan antidiüretik hormon (ADH) salgılatır. ADH böbreklerden suyun geri Emilimini artırarak kan basıncını artırır. ACTH adrenal korteksi etkileyerek aldosteron ve glikokortikoidlerin salgılanmasına neden olur. Aldosteron suyun geri Emilimini artırdığı için idrar miktarı azalır. Glikokortikoidler protein ve yağlara etki ederek onları glikoza dönüştürür ve kan şekerinin artmasına yol açar. Böylece vücut sistemleri tehditten uzaklaşmak veya tehdiye karşı koymak için bireye daha fazla enerji sağlar. Görsel kavramayı artırmak için göz bebekleri büyür. Gastrointestinal ve genitoüriner sistem yavaşlar, kusma, iştah kaybı, diyare, konstipasyon ve ağız kuruluğuna yol açar. Beyne kan akışının artması sonucu ruhsal uyanıklık artar, terleme görülür. Bu fizyolojik etkiler, anksiyetenin düzeyi ve süresine göre farklılık gösterir.^{11(s.138),51,58}

2.2.4. Anksiyetenin Nedenleri

Prestij ve toplumsal değişim, başarısızlık veya başarı, başkaları tarafından kabul görmeme, servet kaybı, ahlaki çıkmazlık, ölüm, boşanma, kültürel baskılar, taşınma, göç, geçici veya kalıcı ayrılık, saldırı, tecavüz, hastalık, hastaneye yatış, emeklilik, güvenlik riski, çevresel kirlilik, işsizlik, yeni iş, terfi, cinsel gelişme, akran ilişkilerinde

değişiklik, gebelik, ebeveyn olma, kariyer değişiklikleri, yaşlanma etkileri, duygusal kayıplar, ekonomik sorunlar ve motor kayıplar anksiyeteye neden olan faktörlerdendir.^{11(s.141-142)}

Belirsizlik durumu da anksiyeteye yol açar. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik durumu birey tarafından bir tehlike olarak değerlendirildiğinde yaşadığı anksiyete daha da artar. Anksiyetesi artan bireyin herhangi bir konuda karar vermesi de güçleşir. Karar vermesi zorlaşan birey korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşar.^{10,11(s.142),59}

Anksiyete ile baş etmek için bireyler bazı davranışlar gösterir. Bunlar;^{11(s.142)}

-İçe-Dönem: Anksiyete yaratan olayların psikolojik olarak tehdit gibi algılanması sonucunda içe kapanma.

-Dışa Vurma: Anksiyetenin dışa vurularak yani agresif davranışlarla boşalımı.

-Bedene yansıtma (psikosomatizasyon): Anksiyetenin bedendeki bir bölgeye yansıtılarak fizyolojik olarak ifadesi.

-Kaçınma: Anksiyete yüklü yaşantılardan kaçınma yoluyla kontrolünün sağlanması.

-Problem Çözme: Anksiyetenin yarattığı durumlarla ya da olaylarla ilgili sorunların çözümünde uygun davranışları öğrenmek için kullanımı. Problem çözme bireyin gelişimi ve gerçekçi kararlarını alması için anksiyeteden yararlanma sağlar. Diğer dört maddenin aksine problem çözme davranışı bireyi geliştiren etkili bir davranış biçimidir.

2.2.5. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyete ani başlangıçlı olabileceği gibi giderek sıklaşabilir ve yoğunlaşabilir. Anksiyete belirtileri hafif tedirginlik ve gerginlik duygusu şeklinde olabildiği gibi panik

derecesinde de olabilmektedir. Anksiyeteli bireyde genel bir huzursuzluk hali, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık ve yerinde duramama hali vardır. Hastanın konuşması ve ses tonunda değişiklikler olabilir.⁵² Anksiyete belirtileri kişinin savunma sistemindeki değişikliklere bağlı olarak bireyden bireye farklılık gösterir.^{10,52}

2.2.5.1. Anksiyetenin Fizyolojik Belirtileri

Sempatik sinir sistemindeki etkilenmeler nedeniyle kalp atım hızında artış, çarpıntı, solunum sayısı, hızı ve derinliğinde artma, kan basıncında artma, ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, bulantı kusma, karın ağrısı, ishal, sık idrara çıkma, empotans, terleme, kızarma, sıcak basması, titreme, baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma hissi, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, yorgunluk, kas gerginliği ve motor huzursuzluk gibi şikayetler anksiyetenin fizyolojik belirtileridir.^{50,52,60}

2.2.5.2. Anksiyetenin Duygusal Belirtileri

Anksiyeteli kişinin sesinde heyecanlı bir titreklik ve zor konuşma hali olabilir. Kişiler arası ilişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir. Korku, sinirlilik, çaresizlik, yetersizlik duyguları, panik, alarm duygusu, dikkatte azalma, yaratıcılığın azalması, karar vermede güçlük ve göz temasından kaçınma vardır. Anksiyeteli kişiler, içinde korkuya benzeyen bir duygu olduğunu ve sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir hisse sahip olduklarını belirtirler. Fakat korkusunun nedeni ve nesnesi bilinmez. Kişi korkutuyorlar, göğsüne bastırıyorlar, karabasan ve bunaltı gibi sözcüklerle hissettiği duyguyu ifade eder.^{10,52}

2.2.5.3. Anksiyetenin Davranışsal Belirtileri

Anksiyete yaşayan bireyler, bilinçli veya bilinçsiz olarak anksiyeteden kaçınmak, anksiyeteyi en aza indirmek veya ortadan kaldırmak için bazı davranışlar

gösterirler. Bu uyum davranışları tehdidin yoğunluğuna, kişinin o andaki durumuna ve kişinin dayanma gücüne bağlıdır. Bu davranışlar bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarında gözlenebilir.^{11(s.138)}

Anksiyete yaratan durumlardan kaçınma veya donakalma, anksiyeteye verilen davranışsal tepkilerdir. Birçok anksiyeteli kişi, fizyolojik uyumda “*savaş ya da kaç*” tepkisinin kas iskelet sistemine etkisiyle, baş ağrısı ve yaygın ağrı hisseder. Anksiyetenin oluşturduğu enerjiye bağlı olarak anksiyeteli bireyler eşyaları dağıtmak, kendi etrafında periyodik olarak dönmek, saçları karıştırmak, döşemeleri adımlamak ya da saymak gibi uyum davranışları gösterirler. Ayrıca anksiyeteye uyum sürecinde, uyku sırasında huzursuzluk ve uykusuzluk da görülebilir. Uyumlu olmayan davranışlar ise başkalarına karşı düşmanca duygular, saldırı veya eşyaya zarar verme şeklinde olabilir. Anksiyetede duyguların ifadesi sözlerle açıklandığı gibi ağlama, gülme ve küfretme gibi davranışlarla da sağlanabilir. Duyguların sözel ya da sözel olmayan yollarla ifade edilmesi ruhsal gerilimi hafifletmede yardımcı olabilir.^{11(s.139),61}

2.3. Gebelikte Anksiyete

Gebeliğin her trimesterinde gebeliğe gösterilen tepkiler; belirsizlik, içe dönüklük, kendini beğenmeme, eşi tarafından beğenilmediğini düşünme, edilgenlik, korku ve anksiyete şeklinde olmaktadır. Gebeliğe verilen emosyonel tepkilerden en önemlisi anksiyetedir. Gebelikte fizyolojik ve sosyal değişikliklere bağlı meydana gelen duygusal değişiklikler, gebeliğin her üç trimesterinde farkı şekillerde yaşanmakta ve kadında hafif, orta ve şiddetli düzeyde kaygı yaşanmasına neden olabilmektedir.⁶²

Costa ve ark.¹³ 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada gebelerin ilk trimesterinde durumluk anksiyete puanını 37.0, ikinci trimesterde 38.4 ve son trimesterde 40.6 olarak bulmuşlardır. Genez’in⁶³ 2002 yılında yaptığı çalışmasında da gebeliğin son

trimesterinde durumluk anksiyete düzeyi ilk ve ikinci trimesterde olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan araştırmalar gebeliğin özellikle son trimesteri olmak üzere tüm trimesterlerde yaşanan artmış anksiyete, stres gebelik komplikasyonlarını da beraberinde getirmektedir.^{64,65}

2.4. Ağrı

2.4.1. Ağrının Tanımı

Ağrı, Türkçe bir kelime olup Divan-ü Lügat-i Türk adlı ilk Türkçe sözlükte (xı.yy) “*ağrımak*” ve “*ağrığ*” kelimeleri olarak yer almıştır. Türk Dil Kurumu (TDK) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinde duyulan sürekli ve şiddetli acı olarak tanımlamaktadır.⁴⁷ Uluslararası Ağrı Araştırmaları Toksonomi (International Association for the Study of Pain, IASP) komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili hoş olmayan emosyonel bir duyum, bir davranış şekli olarak belirtilmiştir.⁶⁶⁻⁶⁹ Ağrı, tehlikeli durumlardan korunmamızı sağlayan yaşamsal fizyolojik bir fonksiyondur. Ağrı çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen subjektif bir deneyimdir ve her zaman kişiye özeldir. Bu nedenle kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterir. Aynı şiddetteki ağrılı bir uyaran kişiden kişiye değişen şiddette ağrı oluşturduğu gibi aynı kişide bile değişik şartlarda değişik şiddette ağrı oluşturabilir.^{70,71} Ağrı çok boyutlu bir kavramdır. Ağrının nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel ve çevresel bileşenleri mevcuttur.^{72,73}

2.4.2. Ağrının Nörofizyolojisi

Vücutta deride, kan damarlarında, cilt altı dokusunda, fasiada, periostiumda ve eklemlerde nosiseptör denen serbest sinir uçları bulunur. Nosiseptörler çeşitli

uyaranlarla harekete geçer. Birçok madde ya bu reseptörleri harekete geçirir ya da onları daha hassas hale getirir. Örneğin; inflamasyondaki lokal basınç ya da kimyasal olaylar nosiseptörleri uyarır. Vücudun herhangi bir yerindeki nosiseptörlerin uyarılması ile başlayan ağrı süreci, çeşitli aşamalardan geçerek merkezi sinir sistemine iletilerek ağrı algılanmış olur. Bu olaya nosisepsiyon denir. Nosisepsiyon yani ağrının algılanması transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyon olmak üzere 4 fizyolojik aşamadan oluşur.^{72,73}

1-Transdüksiyon (Ağrının Hissedilmesi): Transdüksiyon, bir enerjinin başka bir enerjiye çevrilmesi işlemidir. Ağrı olayında transdüksiyon periferde gerçekleşir ve nosiseptörlerdeki stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır.⁷²⁻⁷⁵

2-Transmisyon (Ağrının İletilmesi): Periferde ağrı reseptörleri tarafından algılanan kodlanmış ağrı bilgisinin omurilik ve santral sinir sistemine iletilmesidir. Transmisyonda nöral yollar üç bileşenden oluşur. Bu bileşenler;⁷²⁻⁷⁵

- a) Primer sensoryal afferent nöronların elektriksel aktiviteyi spinal korda iletmesi,
- b) Uyarının spinal korddan assendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi,
- c) Talamokortikal projeksiyon

3-Modülasyon (Ağrının Düzenlenmesi): Santral sinir sistemi içerisinde iletilen ağrı bilgisinin, santral sinir sistemi içerisinde yer alan başka bir sistem ile selektif olarak inhibe edilmesine “Ağrının Modülasyonu” denir. Modülasyon, spinal kord seviyesinde gerçekleşir. Ağrılı uyarın spinal kord düzeyinde bir değişime uğrar ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilir veya iletilmez ve inhibisyona uğramış olur.⁷²⁻⁷⁵

4-Persepsiyon (Ağrının Algılanması): Persepsiyon, ağrı uyarısının son aşamasıdır. Persepsiyon, iletilen ağrı bilgisi ile sosyal, psikolojik ve humoral faktörlerin

etkileşiminin sentez edilip algılanması ve ağrının üst merkezlerde anlamlandırılması işlemidir. Ağrı algılaması bireyin psikolojisi ile etkileşimi ve subjektif emosyonel deneyimleri sonucu gelişir. IASP Sınıflandırma Komitesi, ağrının sadece duyu reseptörleri ve duyu yollarındaki uyarılma ile ortaya çıkmadığını, hemen her zaman psikolojik bileşenlerin eşlik ettiğini belirtmektedir.⁷²⁻⁷⁵

2.4.3. Ağrı Teorileri

Ağrı teorileri, ağrı giderme yöntemlerinde doğru karar verebilmek için ağrının fizyolojik ve psikolojik yönlerinin, ağrı ve ağrı giderilmesini etkileyen değişkenlerin anlaşılması için kavramsal bir çerçeve sağlar. Ağrının fizyolojik ve psikolojik mekanizmalarına göre teoriler geliştirilmiştir.

A-Ağrının Fizyolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorileri

a) Primitif teori: Aristo tarafından ileri sürülmüştür. Ağrıyı haz duygusunun karşıtı, hoşnutsuzluklar bütünü olarak tanımlamıştır.⁷²

b) Spesifite teorisi: İlk olarak 1644 yılında Descartes tarafından ileri sürülmüş ve stimüle edilen ciltten beyine direk iletim olduğu öne sürülmüştür. 1895 yılında Frey spesifite teorisini ortaya koymuştur. Ciltte sıcak, soğuk, dokunma ve ağrı duyularını algılayan spesifik reseptörler olduğunu belirterek spesifik reseptör teorisini ileri sürmüştür. Bazı araştırmacılar ise omurilikte spesifik ağrı yolları, talamus ve kortekste spesifik ağrı merkezlerinden oluşan bir sistemin var olduğunu ileri sürmüşlerdir.^{72,73}

B-Ağrının Psikolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorisi

Pattern Teorisi: Goldscheider tarafından tanımlanmıştır. Ağrı duyusu, spinal korda ulaştıktan sonra ağrının hissedilmesi için uyarının birikmesi gerektiği ve bu birikim belli bir düzeyi geçtiğinde ağrı hissedildiği ileri sürülmüştür.^{72,73}

C-Ağrının Fizyolojik ve Psikolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorileri

Önceki teoriler ağrının fizyolojik ve psikolojik bileşenlerini birlikte açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Ağrının hem fizyolojik hem de psikolojik bileşenini açıklayan tek teori “Kapı Kontrol Teorisi”dir.

a) Kapı Kontrol Teorisi (KKT): Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından 1965 yılında ileri sürülmüş, 1980’lerde teori yeniden genişletilmiştir ve bugün de geçerliliğini sürdürmektedir. Kapı kontrol teorisi ağrı nörofizyolojisinde önemli bir devrim gerçekleştirmiş ve ağrı sürecinde merkezi sinir sisteminin rolü önem kazanmıştır. Bu teoriye göre periferden gelen yoğun afferent nosiseptif impulslarla eksitan ara nöronlar aktive olmakta ve bu inhibitör ara nöronu inhibe ederek ve projeksiyon nöronunu eksite ederek ağrılı impulsların santral sinir sistemine geçmesine yol açmaktadır. Ağrının varlığı ve şiddeti, nörolojik uyarıların geçişine bağlanmaktadır. Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder. Kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşamaz ve ağrı hissedilmez. Bu teorinin üç varsayımı vardır.^{27(s.40-41),71,72,76}

1-Deri uyarısı ağrıyı giderebilir. KKT’ ye göre ağrı uyarıları küçük çaplı lifler tarafından taşınır. Büyük çaplı lifler, küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara kapıyı kapatırlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının birçoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir. Masaj, sıcak ve soğuk uygulama, dokunma gibi deri uyarıları bu teorinin direkt uygulamasının örnekleridir.^{27,72}

2-Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir. Beyin sapındaki retiküler yapı duyuşal girdileri düzenler. Eğer kişi yeterli ya da aşırı miktarda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri az ise ağrı uyarıları inhibe olmaz, kapı açıktır ve ağrı uyarıları geçer.

Düşleme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ile hastanın ağrısı kontrol edilebilir. Özellikle tek düzelik gibi duysal sınırlamalardan kaçınılmalıdır.^{27(s.41),72}

3-Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilebilir. Kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrısı giderebilir. Kişinin düşünceleri, duyguları ve belleğindeki olaylar korteksteki tetik ağrı uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri hastanın o anda ağrısına vereceği yanıtı etkiler. Ağrı, gereksiz anksiyete kaynaklarının azaltılması ve hastanın güven ve kontrol duygularının artırılması ile giderilebilir.^{27(s.41),72}

b) Endorfin Teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmaları): “Endorfin” terimi “endojen” ve “morfin” kelimelerinin birleşimidir. 1970’li yılların ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara “endorfin” denilmiştir. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde bağlanır ve ağrı uyarısının geçişini bloke ederek ağrıyı azaltırlar. Farklı insanlarda endorfin miktarının değişkenliği ve muhtemelen diğer faktörlerle birlikte endorfin düzeyinde artma ya da azalma ağrı algılanmasındaki farklılıkların nedenini açıklamaktadır.^{27(s.41-42),68,72}

Uzun süreli ağrı, yinelenen stres, morfin ya da alkolün uzun süre kullanımı, endorfin salınımının azalmasına neden olarak ağrının daha yoğun hissedilmesine neden olur.^{68,70}

c) İnteraktif Ağrı Modeli: Ağrısı olan hastalar çeşitli sosyal sistemlerin içindedir (aile, kültür, bakım sistemi v.b). Bu sosyal sistemler ağrının yorumlanmasını, ifade ediliş biçimini ve ağrı giderilmesi için neyin yapıp neyin yapılmayacağını etkiler.

Sosyal sistemler hastayı ve bakım verenlerin davranışlarını düzenler ve önemli bir biçimde de ağrı giderilmesini etkiler.^{27(s.42),68,72}

2.4.4. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrıyı doğru bir şekilde değerlendirmek için ağrının sınıflandırılması önemlidir. Ağrının kaynağının belirlenebilmesi, ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi planının doğru yapılabilmesi için ağrının sınıflandırılması gerekir. Ağrı; süresine, kaynaklandığı bölgeye ve mekanizmalarına göre üç grupta sınıflandırılır.⁶⁹

2.4.4.1. Ağrının Başlama Süresine Göre Sınıflandırılması

Akut Ağrı: Genellikle travma, enfeksiyon ve doku hipoksisine bağlı olarak görülen ağrıdır. Ani olarak başlayan, kolay tanı konulan, kısa süreli, geçici, genellikle organik hastalık ya da travma sonucu görülen, neden olan lezyon ile arasında yer, zaman, şiddet açısından yakın ilişkisi olan, doku hasarıyla başlayıp yara iyileşmesi sürecinde giderek azalan ve tedavi ile kısa sürede iyileşen, kaybolan ağrı tablosudur. Akut ağrıda otonom sinir sisteminin uyarılması sonucu taşikardi, hipertansiyon, hiperventilasyon, aşırı terleme, pupillerde genişleme görülür. Akut ağrı duygu durum açısından kişide anksiyeteye neden olabilir. Akut ağrı, süre olarak 6 aydan kısa süren ağrıdır. Akut ağrı azaltılamadığı durumlarda kronik bir hal alabilir.^{71,72} Doğum ağrısı, postoperatif ağrı, renal ağrı, kolik, myokard enfartüsü v.b. akut ağrıya örnek olarak verilebilir.^{69,72,77}

Kronik Ağrı: Altı aydan fazla süren, kişinin yaşam kalitesini değiştiren, gerek klinik tablo üzerinde gerekse tedavinin etkinliğinde psikolojik etkenlerin rolünün olduğu kompleks bir tablodur. Kronik ağrıya sahip çoğu hastada akut ağrıdaki kadar otonom cevap yoktur. Kronik ağrıda, kişisel ve çevresel faktörlerin de rolü vardır.

Hastaya, ailesine, topluma ciddi emosyonel, fiziksel ve ekonomik stresler yükler. Kronik ağrıdaki duygu durumu panik, korku ve depresyon şeklindedir.^{69,71,72,78}

2.4.4.2. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflandırılması

Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı; somatik ağrı, visseral ağrı ve sempatik ağrı olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.

Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanır. Ani olarak başlar. Keskin, iyi lokalize edilebilen, batma, sızlama, zonklama tarzında olan ve kolay tanı konulabilen ağrıdır. Sinir köklerinin yayılım yerinde ya da periferik sinirler boyunca hissedilir. Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrı somatik ağrıya örnektir.^{73,75,79}

Visseral Ağrı: Visseral ağrı iç organlardan kaynaklanan ağrıdır. Genellikle boş organ distansiyonu ile oluşur. Yavaş başlar, künt ve sızlayıcıdır. Lokalizasyonu güçtür. Kolik veya kramp tarzındadır. Visseral ağrı uyaranları arasında kimyasal iritanlar, organların ani gerilmesi, aşırı kasılmalar ve iskemi sayılabilir. Visseral ağrı başka bölgelerde yansıyan ağrı şeklinde ortaya çıkabilir. Kardiyak ağrının sol kol, diyafragmatik ağrının sol omuza yansması visseral ağrı yansımalarının örnekleridir. Genellikle bulantı, kusma gibi otonomik belirtiler eşlik eder.^{73,75,79}

Sempatik Ağrı: Sempatik kökenli ağrı sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna bağlı olarak oluşan ağrılardır. Diğer ağrılara göre daha farklı özellikler taşır. Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar hatta aylar sonra başlar, şiddeti gittikçe artar. Deri hassas ve soğuktur. Ancak soğuk ortamda daha da artar. Sempatik ağrının en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Ağrı özellikle geceleri artar. Ağrının yanı sıra ekstremitelerde trofik bozukluklar ortaya çıkar. Kozalji denilen yanma tarzındaki damarlardan kaynaklanan ağrılar, sempatik ağrılara örnek olarak verilebilir.^{73,75,79}

2.4.4.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflandırılması

Mekanizmasına göre ağrı 5 grupta sınıflandırılır.

1-Nosiseptif Ağrı: Deri, kas, bağ dokusu ve iç organlarda yaygın olarak bulunan nosiseptör adı verilen ağrı algılayıcılarının uyarılması ile ortaya çıkan ağrıdır. Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Nosiseptif ağrı, ağrılı uyarana yanıt olarak A delta ve C lifler aktivasyonu ile oluşan uyarının santral sinir sistemine iletilmesiyle hissedilen ağrıdır ve sinir sisteminin normal fonksiyonunu yansıtır.^{71-73,79}

2- Nöropatik Ağrı: Nöropatik ağrı, nonnosiseptif yani nosiseptörlerin olaya katılmadığı ağrı çeşididir. Nosiseptif ağrıdan en belirgin farkı, sürekli bir nosiseptif uyarının bulunmamasıdır. Periferik veya santral sinir sisteminde ya da her ikisinde birden anormal sinyal iletimine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Nöropatik ağrı, aralıklı, kısa süreli, saplanıcı, uyuşma, karıncalanma, keçeleşme, elektrik çarpması ve yanma tarzında hissedilen ağrıdır. Normalde ağrısız uyarılar ağrıya neden olur ya da ağrı spontan olarak ortaya çıkar. Tetikleyen olaydan sonra uzun süre devam eder ve anormal santral sensitizasyonla ilişkilidir. Diyabetik nöropati, alkolik nöropati, postherpetik nevralji, karpal tunel sendromu gibi ağrılı mononöropati ve polinöropatiler örnek verilebilir. Nöropatik ağrı, santral ve periferik olmak üzere ikiye ayrılır. Santral ağrıya spinal kord hasarı ve postherpetik nevralji örnek verilebilir. En sık görülen periferik nöropatik ağrılara ise, trigeminal nevralji, radükülit, polinöropati ağrıları ve posttravmatik nevraljiler örnek verilebilir.^{71,73,79,80}

3- Deafferantasyon Ağrısı: Periferik ve santral sinir sistemi yaralanmaları sonucunda somatosensoryal uyarın iletiminin merkezi sinir sistemine gidişinin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkan ağrılardır. Normalde önce omuriliğe daha sonra merkezi sinir sistemine olması gereken ileti, sinir travmasına bağlı olarak kesilmiştir.

Bir anlamda sinirin elektriksel deşarjında kısa devreler oluşmuş ve bu kısa devreler başlı başına bir ağrıya yol açmaktadır. Yanıcı özelliktedir. Ağrı duyuşal kaybın olduğu bölgededir. Fontom ağrısı yani amput  edilen ekstremitede ağrı duyulması buna en iyi örnektir.^{71,73,79,80}

4-Reaktif Ağrı: Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkan ağrıdır. Bu ağrıya en en iyi örnek kulun  olarak adlandırılan myofasial ağrı sendromları, refleks sempatik distrofilerdir.^{72,73,79,80}

5-Psikojenik Ağrı (Psikosomotik Ağrı): Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarda doku hasarı varmış gibi algılamanın olması ve ağrı hissedilmesidir. Yani kişinin psişik ya da psikososyal sorunlarını, ağrı biçiminde ifade etmesidir. Ağrı vücudun tüm bölgelerinde olabilir; gerilim tipi baş ağrısı, kolit, myofasial ağrı ve anjina benzeri semptomlar şeklinde görülebilir. Bu ağrı çeşidinde kişi bir anlamda ağrıyı kullanmakta, çeşitli kişisel, ekonomik ve toplumsal sorunlarını ağrı biçiminde ifade ederek ilgi çekmeye ve toplumun dikkatini üzerinde toplmaya çalışır.^{72,73,79,80}

2.4.5. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı, hasta ve aileleri ve sağlık çalışanları için önemli bir problemdir. Ağrının yönetilmesi ve bireylerin rahatlatılması hemşirelik biliminin ve uygulamalarının en büyük hedeflerinden biridir. Ağrı aynı zamanda NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanılarından birisi olup disiplinler arası işbirliği ile yönetilmesi gereken hasta gereksinimidir.^{81,82,83}

Ağrının değerlendirilmesi ağrının ölçümünden farklıdır. Ağrının değerlendirilmesi ağrının sadece şiddetinin değil tüm boyutlarının değerlendirilmesini içermelidir. Ağrı değerlendirilmesinde en güvenilir kaynak ağrıyı yaşayan bireydir.

Ancak her hasta ile iletişim kurmak mümkün olmadığı gibi yanıt alınan hastalarda da tam ve yeterli bir ağrı değerlendirmesi yapmak mümkün olmayabilir. Ağrının giderilmesi ve yönetimi kapsamlı bir tanılamayı gerektirir. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişmektedir. Ağrının kişiye özgü semptom olması hastayı tüm yönleriyle tanıma ve öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı ve değerlendirmede uygun yöntemleri kullanmayı gerektirir. Çok yönlü bir fenomen olan ağrı “duygusal, davranışsal, kognitif, duysal ve fizyolojik” olarak 5 ögeden oluşur. Her bileşen ağrının değerlendirilmesinde ve yönetiminde önemlidir.^{69,71,72,82}

Ağrı değerlendirilmesinde hastanın kendi bildiriminin yanı sıra yakınlarının ağrı bildirimi, hastanın ağrıyı ifade eden davranışları (yüz buruşturma, ağlama, inleme ve beden hareketleri) ve fizyolojik ağrı belirtileri de (nabız, solunum ve kan basıncı değişiklikleri) sırasına göre azalan nitelikte öneme sahiptir⁸⁴. Ağrıyı değerlendirmede gözlem, öykü alma, fiziksel muayene, davranışsal bulgular, fizyolojik bulgular, nörofarmakolojik bulgular, nörolojik bulgular ve biyokimyasal bulgulardan yararlanılabilir. Gözlem, özellikle multibl travmalı konuşma fonksiyonu olmayanlar bireylerde ağrıya ilişkin objektif veri sağlar. Öykü almada, ağrının yeri, yayılımı, süresi, sıklığı, seyri, niteliği, şiddeti, artıran ve azaltan faktörler, daha önce uygulanan tedaviler ve sonuçları sorgulanır. Özellikle kronik ağrılı bireyin anamnezinde aile öyküsü önemlidir. Aile ve yakın akrabalarında görülen ağrılı durumlar ve ailede süregelen herhangi bir sistemik hastalığın varlığı sorgulanır. Fizik muayenede genel beden muayenesi yapılır ve ağrıya verilen yanıt gözlemlenir. Davranışsal olarak inleme, kaşları çatma, yüz buruşturma gibi bulgular olabilir. Nörofarmakolojik olarak, plazma beta endorfin düzeyi ile zıt bağlantı ve cilt ısısındaki değişme gibi bulgular olabilir.⁷²

2.4.6. Ağrı Ölçümü ve Ağrı Ölçekleri

Ağrı ölçümleri geçerli ve güvenilir olmalıdır. Bu nedenle ağrı ölçümlerine başlamadan önce geçerli güvenilir ve kullanışlı bir yöntem seçilmelidir. Ağrı subjektif bir duygu olduğu için objektif yöntemlerle kolaylıkla ölçülemeyebilir. Yine de bazı ağrı ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir. Ağrı ölçüm yöntemleri içerisinde sözel ağrı sorgulamaları ve görsel ağrı sorgulamaları vardır. Günümüzde ağrı ölçümünde tek boyutlu ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır.^{69,73,79}

2.4.6.1. Tek boyutlu ölçekler

Sözel Kategori Ölçeği: Bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesi prensibine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanmıştır. Hastadan bu kategoriden durumuna uygun olanı seçmesi istenerek ağrı şiddeti ölçülmüş olur.^{85,86}

Sayısal Ölçekler: Bu ölçekte, ağrının şiddeti sayılarla belirlenir. İki tür sayısal ölçek vardır. Ölçeklerden birinde ağrının yokluğu 0 ile, dayanılmaz ağrı düzeyi ise 10 rakamı ile gösterilir. Diğer ölçekte ise ağrının yokluğu 0 ile, dayanılmaz ağrı düzeyi ise 100 ile gösterilir. Sayısal ölçeklerin ağrı şiddetinin tanımını kolaylaştırmada, puanlama ve kayıta kolaylık sağlamasında, taban ve tavan etki değerlendirmesinde yararlı oldukları belirtilmektedir.^{85,86}

Görsel Kıyaslama Ölçeği (Vizüel Analog Skala (VAS)): Sayısal skala kadar basit ve yararlı bir yöntemdir. Bir ucunda ağrısızlık diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. Bu yöntemde hastaya iki uç nokta olduğunu ve bu noktalar arasında herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu söylenir. Akut ağrı şiddetinin çeşitli hasta popülasyonunda özellikle tedavinin etkinliğini değerlendirmek için psikometrik incelemesi görsel

kıyaslama ölçeği ile yapılır. Görsel kıyaslama ölçeğinin ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. Görsel kıyaslama ölçeğinde standardizasyonu sağlamak için yapılan çalışmalarda dikey kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir.^{27(s.34-35),85,86}

Avantajları: Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığın yüksek olduğu saptanmıştır. Beş yaşın üzerindeki hastalar bu yöntemi kolay anlaşılır ve kolay uygulanabilir olarak tanımlamışlardır. Sözlü ağrı değerlendirilmesi ile karşılaştırıldığında tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde yeterli hassasiyete sahiptir.^{72,85,86}

Dezavantajları: Hasta işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, bu da değerlendirmede yanılırlara neden olabilmektedir. Hastanın yorgun ya da işbirliği yapamayacak durumda olması bu ölçeğin kullanımında yanılırlara neden olabilir. Görsel kıyaslama ölçeğinin değerlendirme ve kayıtlarının aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda önceki ağrı şiddeti değerlerini görmek, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesinde etkileyici olabilir. Kronik ağrılı hastalarda görsel kıyaslama ölçeğinin kullanımı ağrıyı tanımlamada yetersiz kalabilir.^{72,85,86}

Burford Ağrı Termometresi: Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu ölçekte 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlar. Bu ölçekle analjeziklerin dozu ayarlanmaya çalışılırsa hatalar olabilir. Ayrıca bu ölçek ağrıyı etkileyen tüm faktörleri içermemektedir. Bunun yanı sıra hemşirenin ve hastanın ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlarına yer verilmesi diğer ölçeklere göre bir üstünlük olarak kabul edilmektedir.^{72,86}

Yüz İfadesi Ölçeği: Bu ölçek önce çocuk hasta örneklerinde geliştirilmiş, daha sonra erişkin hastalar için geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir. Sıfır ile 10 arası

puanlama sistemi olan ve 2’şer puan artan, düşük puandan başlayarak her puanın karşısına denk gelen “ağrım yok, hafif ağrım var, orta şiddette ağrım var, çok ağrım var, şiddetli ağrım var ve çok şiddetli ağrım var” ifadeleriyle hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenir ve bu belirlenen görüntüye göre puanlama yapılır. Bu skalanın lisan ve mental kapasite yetersizliklerinde, çocuklarda kullanılması uygun olduğu belirtilmektedir.^{86,87}

2.4.6.2. Çok Boyutlu Ölçekler

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF): Melzack ve Targerson tarafından 1971 yılında geliştirilmiştir. MASF’de 3 tip ölçü, kriter olarak alınmaktadır. Ağrı şiddeti, seçilen kelimenin miktarı ve ağrı şiddeti skorunun tamamı. Bu ölçek giriş bölümü ve 4 ayrı soru bölümünden oluşmaktadır.^{71,72}

Formun girişinde, hastanın adı soyadı, yaşı, tıbbi tanısı-sorunu, analjezik kullanıyor ise türü ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır.^{71,72}

Birinci bölümde, hastaya ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa “D”, vücut yüzeyinde ise “Y”, hem derinde hem de yüzeyde ise “DY” harfleri ile belirtmesi istenir.^{71,72}

İkinci bölümde, ağrı kalitesini tanımlayan kelimeler 3 ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

1-Duyumsal (sensory)

2-Duygusal (affective)

3-Değerlendirici (evaluative)

Bu ölçek ağrıyı duyumsal, duygusal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubunu içerir. Her grup ağrıyı değişik yönleriyle tanımlayan 2-6

kelimeden oluşur. Hastalara ağrılarına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısını en iyi tarif eden kelimeyi işaretlemeleri söylenir. İlk 10 set duyumsal kaliteyi, sonraki 5 tanesi duygusal boyutu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son 4 küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşur.^{71,72,73}

Üçüncü bölümde, ağrının zamanla ilişkisi yer alır. Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı artıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime grupları vardır.^{71,72,73}

Dördüncü bölümde, ağrının şiddetini belirlemeye yönelik sorular mevcuttur. Bu formda ağrı şiddeti skoru, 0 ağrısız ile 5 dayanılmaz ağrı sınırları arasında değerlendirilir. Ayrıca bu bölümde hastanın kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik 6 soru yer almaktadır.^{71,72,73}

Dartmount Ağrı Soru Formu: MASF'yi tamamlayan bir skala olup kalitesinin değerlendirilmesi eklenmiştir. Bu özellikler; genel duygusal ölçü, ağrının sıklığı, ağrının şiddeti ve ağrının neden olduğu davranışlardır.⁷²

West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi: MASF'ye göre daha kısa ve psikometrik yaklaşımla daha klişeleşmiş olarak hazırlanmış bir soru formudur. Elli iki maddelik bir soru formudur. Üç bölümden oluşur.

1-Ağrı ve ızdırabın normal aile ve iş ilişkileri ve sosyal destek ile bağlantılarını araştıran 5 genel boyut.

2-Ağrıyı ve ızdırabı ortaya koymada kişisel algılamaların belirlenmesi,

3-Günlük işlerdeki ağrı ile etkileşim sıklığı.

Bu ölçek ağrı probleminin sosyal fonksiyonlar üzerindeki etkilerini değerlendirir ve kronik ağrı problemlerinin boyutlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir.^{69,71,72}

Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı: Bu yöntem ağrı, ağrının azalışı ve hastanın ruhsal durumunu görsel kıyaslama ölçeği ile değerlendirilmesinden oluşur. Görsel kıyaslama ölçeği ile ağrının şiddetinin ölçümü dışında değişik şiddetlerde ağrı ifade eden bir dizi kelime de içerir. Bu değerlendirme yönteminin en önemli avantajları, işlemin çok kısa sürmesi, diğer ağrı ve psikolojik durumu ölçen yöntemlerle korelasyon göstermesidir. Kart dörde katlanabilecek şekilde yapılmıştır. Bu nedenle de işlem sırasında hastanın sadece doldurduğu kısmı görmesi sağlanır.⁷¹

Kısa Ağrı Çizelgesi (Brief Pain Inventory (BPI)): Kısa ağrı çizelgesi hızlı, çok boyutlu bir ağrı değerlendirme yöntemidir. Artritli ve kanserli hastalarda geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Beş ile 15 dak. içinde hastanın kullandığı analjezik ilaçlar, tedaviye bağlı ağrı azalışı, ağrının nedeni ile ilgili inançları, ağrının kalitesini belirleyen tanımlayıcılar, yaşam kalitesinin ağrıdan etkilenen yönleri, ağrının lokalizasyonunu gösterir. Ayrıca 0'dan 10'a kadar olan bir ölçek üzerinde o andaki en şiddetli ağrı ve ortalama ağrı düzeyine ilişkin bilgi verir.⁷¹

Ağrı Algılama Profili (Pain Perception Profile (PPP)): VAS skalalarına göre daha geçerli ve güvenilir veriler sağlar. Daha kısa ve daha basit bir ölçüm sağlar. Duyu eşiğini ölçer. İndüklenen ağrıyı değerlendirmek için büyüklükle hesaplanan işlemleri kullanır. Sözel ağrı tanımlayıcılarının psikosomatik skalasını kullanarak ağrının şiddet, reaksiyon ve duyu boyutlarını ölçer. Zaman içinde yinelenen değerlendirme için günlük bir formatta kullanılacak psikosomatik olarak skalalandırılmış sözel tanımlayıcıların üç boyutuna olanak sağlar.⁸⁵

2.5. Doğum Eylemi ve Evreleri

Son menstrual periyoddan 40 hafta sonra (38-42. haftalar arası), fertilizasyonla oluşan fetüs ve eklerinin anne vücudundan doğal fizyolojik mekanizmalarla doğum kanalından dışarıya atılmasına normal doğum denir. Doğum eyleminin seyri her kadında farklılık gösterdiği gibi aynı kadında gebelikler arasında da farklılık gösterebilir. Doğum eylemi düzenli gelip giden, rahatsız edici-sancılı uterus kasılmalarının serviksin incelmesine ve genişlemesine yol açtığı fizyolojik bir süreçtir. Serviksin bu incilmesi ve genişlemesi, fetüsün uterustan doğum kanalı yoluyla geçerek doğmasına izin verir. Doğum, spontan düzenli uterus kontraksiyonları ile başlar. Fetüs doğduktan ve plasenta çıktıktan 2 saat sonra son bulur. Doğum eylemi 4 aşamada gerçekleşir.^{1(s.275)}

Doğumun Eyleminin 1. Evresi ((Açılma (Dilatasyon)- Silinme (Efesman)):

Gerçek doğum ağrılarının başlamasıyla serviksin tam açılması ve efesmanın tamamlanmasına kadar geçen süredir. Kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üç evreye ayrılır.^{1(s.293),28,37(s.655-656),88}

Latent faz; Dilatasyon ve efesman (silinme) evresinin ilk aşamasıdır. Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar. Silinme tamamlandığında ve dilatasyon 3 cm olduğunda sonlanır. Bu evrenin primiparlarda ortalama 8-9 saat, multiparlarda 5-6 saat sürmesi beklenir. Primiparlarda 20 saati, multiparlarda 14 saati geçmemelidir.^{1,28,37} Latent fazda efesman %20-60 arasındadır. Uterus kontraksiyonlarının şiddet, süre ve sıklığı artar. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20/dk.da bir gelir ve 15-20 sn sürer. Kontraksiyonların sıklığı 5-7 dakikaya iner, süresi gittikçe uzayarak 30-40 sn'ye çıkar. Latent fazda kontraksiyonların şiddeti hafiftir. Anne ağrı ile baş edebilir. Amniyotik membranlar kapalıdır.^{1(s.293),41,88,89}

Aktif faz; servikal açıklık 4 cm olduğunda başlar, 7-8 cm olduktan sonra sonlanır. Efesman %80-%100 dür. Kontraksiyonlar 3-5/dk.da bir gelir, 40-60 sn sürer ve orta şiddettedir. Fetal iniş artar. Aktif faz primiparlarda 3 saat multiparlarda 2 saat sürer. Nişanenin gelmesi ve membranların rüptürü bu sırada gerçekleşir.^{1(s.293),90}

Geçiş fazı; eylemin son evresidir. Dilatasyon 8 cm olduğunda başlar, 10 cm olduğunda sonlanır. Efesman %100'dür. Kontraksiyonlar 2-3/dk. da bir gelir ve 60-90 sn sürer. Bu dönemde ağrı çok şiddetlidir ve annenin anksiyetesi artar. Geçiş fazında anne tüm enerjisini eylemle baş etmeye harcar. Endişeli ve huzursuzdur. Annede yorgunluk, terleme, bulantı, kusma, hıçkırık ve konuşulanları anlamada güçlük çekme görülebilir. Ayrıca annede rektum üzerinde hissdilen basınç artar, istemsiz ıkınmalar başlar.^{1(s.294),37(s.656),91}

Doğum Eyleminin 2. Evresi: Doğumun ikinci devresi ekspulsiyon devresi olarak da bilinir. Serviksin tam dilatasyonu ile başlar ve fetüsün doğmasıyla sonlanır. Primiparlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda 5-30 dk sürer. Kontraksiyonlar 1.5-2 dakika sıklıkla gelip 60-90 sn sürer. Fetal iniş fetüs, perineye ulaşana kadar devam eder.^{1(s.295),37(s.657-658),91,92}

Doğum Eyleminin 3. Evresi: Plesantal devre olarak da bilinir. Fetüsün doğumuyla başlar, plesantanın atılmasıyla sonlanır. Bu evre 5-30 dk sürer. Doğumdan birkaç dakika sonra plasentanın ayrılmasını sağlayan kasılmalar başlar. Uterus süratle kasılır ve boyu kısalır. Ancak plasenta yapışmış olduğu yerde uterusun küçülmesine ayak uyduramaz. Yapışma alanının küçülmesi sonucu yapıştığı yerden ayrılır. Ayrılmada desidua spongioza, desidua bazalis tabakasından ayrılır. Ayrılma sırasında plasenta ile desidua arasında bir hematoma (retroplasental hematoma) oluşur. Hematomun oluşması ayrılma yerinden kopmuş olan utero plasenter kapillerden çıkan kanamaya bağlıdır ve plasentanın ayrılma süresini kısaltır.^{1(s.299-300),2,37(s.658-659)}

Doğum Eyleminin 4. Evresi: Doğumun dördüncü evresi kanama kontrol ya da erken postpartum iyileşme dönemi olarak da bilinir. Plesantanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saati ve annenin vital bulgularının stabilleşmeye başladığı süreci içerir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Bu dönem sonunda kan kaybına bağlı olarak annede sistolik ve diastolik kan basıncında düşme ve taşikardi görülür.^{1(s.300-302)}

2.6. Doğum Ağrısı

Akut bir ağrı olan doğum ağrısı, bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrılardan biridir. Doğum ağrısı doğal bir sürecin parçası olması, sınırlı bir süre içerisinde gerçekleşmesi ve annenin bebeği için isteyerek bu ağrılara katlanması özellikleriyle diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır. Doğum ağrısı karmaşık, subjektif, bir deneyim olmakla birlikte fiziksel, fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, emosyonel, motivasyonel, sosyal, çevresel ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir. Fiziksel faktörler arasında, yaş, doğum sayısı, gebenin fiziksel durumu, doğum kanalı ve bebeğin ölçüleri yer almaktadır.^{25,27(s.24-31),37(s.663-664),92}

Doğum ağrısının anlaşılması için kadın genital organlarının anatomi ve fizyolojisinin iyi bilinmesi gereklidir. Kadınlarda pelvik organlar hem sinirsel hem de hormonal kontrol altındadır. Sinirsel kontrol formatio retikularis yolu ile hipotalamus tarafından yönetilir. Böylece, iki büyük otonom kesim, yani hem parasempatik ve hem de sempatik sistem tarafından kontrol edilir.²⁷

Doğumun birinci evresindeki ağrı primer olarak uterin kontraksiyonlarına ve serviksin dilatasyonuna, uterusun alt segmentinin gerilmesine, uterusu komşu dokulara olan baskıya, uterusun fundusunu örten visseral peritonun gerilmesine ve kontraksiyonların etkisiyle uterusu oluşturan hipoksiye bağlıdır. Kadın bu evrede doğum ağrısını; karnın alt kısmında, sakrumda, lumbal bölgede hisseder.²⁵ Birinci evrenin geç

dönemindeki ve ikinci evredeki ağrı perinenin gerilmesinden kaynaklanır. Doğumun ikinci evresinde uterus kaslarının hipoksisi, vajen ve perinenin genişlemesi, fetüsün perineye olan baskısı ve çevre dokulardaki genişleme ağrıya yol açan nedenlerdir. Bu evredeki ağrılar iyi lokalize edilen, keskin nitelikte somatik ağrılardır. Doğumun üçüncü evresinde görülen ağrı ise uterus kontraksiyonlarını ve plasentanın atılması sırasında oluşan servikal dilatasyona bağlı olarak görülür.^{1(s.304),27,37(s.654-656),94}

Doğum ağrısının özellikleri; doğum ağrısı; anneyi mekanik olarak aşırı şekilde yoran, stres ve anksiyeteye neden olan, annenin oksijen ihtiyacını artıran bir olaydır. Doğum ağrısının başlıca özellikleri;

-Diğer tip ağrılar bir hastalığı veya bir bozukluğu gösterirken doğum ağrısı normal bir sürecin parçasıdır.

-Doğum ağrısı beklenir, bir hazırlık dönemi vardır. Gebe kadın bunu aylarca bekler ve bu sürede ağrıyı yönetme becerileri kazanabilir.

-Bilgilendirme ve hazırlama ağrı ile baş etme becerilerinin kazanılmasını sağlar.

-Belirli bir zaman sürecini içerir. Bu ağrı günlerce veya aylarca sürmez.

-Doğum ağrıları sürekli değildir. Dinlenme dönemleri vardır. Doğumun erken evresinde kadınlar, bu ağrıyı “rahatsız edici” olarak tanımlar. Fakat doğum ilerledikçe ağrının şiddeti ve süresi artar, dinlenme dönemlerinde ise kadın çok kısa da olsa rahatlar.

-Annelerin, bebeğin sağlığını düşünmesi nedeniyle doğum ağrısı kolay tolere edilebilir.^{37(s.664),94}

Doğum ağrısı ve psikolojik faktörler;

Doğum ağrısının algılanmasında psikolojik ve emosyonel faktörlerin, fiziksel faktörler kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle doğum sürecinde ağrının

giderilmesi kadar annenin doğuma hazırlanması ve doğumun normal süreci konusunda yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir. Doğum sürecinde annenin yaşadığı anksiyete-korku ve annenin memnuniyeti anne adayını en çok etkileyen psikolojik faktörlerdir.^{27(s.30-32)}

2.7. Doğum Ağrısı ve Anksiyete

Anksiyete fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanmasını değiştirir. Anksiyete ağrı korkusuna, kontrol kaybına, anne ve fetüsün olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Orta şiddette anksiyete ağrıyı algılamayı olumlu etkilerken yüksek düzeyde anksiyete ağrıya duyarlılığı artırır ve ağrıyı kontrol etme becerisini zayıflatır.^{27(s.24-32)} Doğum ağrısının şiddeti, annenin çevresindekilerin onu yeterince desteklememesi, ona iyi davranmaması ve gebelikte anksiyete oluşturan nedenlerle, anne adayını korku ve endişe hissedebilir. Bu durumda anne adayının vücudu uterusu kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan katekolaminler gibi stres hormonlarını üretir. Uterusa giden kan akımındaki düşüş oksijen azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara sebep olur. Buna ilaveten adrenalin miktarındaki artış doğum sırasında kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya neden olur. Bu nedenle doğum süresi uzar veya engellenir. Adrenalin, uterusun 2/3'lük alt kısmında bulunan dairesel liflerin açılmasını engeller. Bu kaslar en sonunda tersine işlev görmeye başlar ve serviksin açılmasına fayda sağlamayan ve ağrı veren kontraksiyonlar oluşur.^{27(s.24-32),95}

Fizyolojik veya psikolojik nedeni ne olursa olsun vücut stres altında adrenalin, noradrenalin ve diğer bazı stres hormonlarını üretir. Bu hormonlar herhangi bir kaza veya korku anında oluşan korku, heyecan ve tepki üçlüsünün oluşumuna neden olur. Bu durumda vücudun normalin üzerinde oksijen almasına, kalp atışında artışa, kan şekerinde yükselmeye, peristaltik hareketlerde azalmaya ve kanın uterus gibi hayati

gereksinim duyulmayan organlardan kaslara ve diğer hayati organlara gönderilmesine yol açar.^{11(s.137-138),27} Doğum sırasında anne adayını endişeli ve heyecanlı değilse, katekolaminlerin vücuttaki düzeyleri gebelik süresince görülen düzeyinin altında olur. Doğum ilerledikçe ağrı ve korku ile karışık heyecan nedeniyle katekolaminlerin düzeyi artar. Bu katekolaminlerin bebek üzerine de etkisi vardır. Stres altında olan bebeğin kalp atışlarında yavaşlama ve dolayısıyla oksijen kullanımında azalma ve kanın beyin gibi hayati organlara yönelmesine neden olur. Anne adayını doğum sırasında çok aşırı stres altına girerse ve heyecanlanırsa katekolaminlerin miktarındaki aşırı artış nedeniyle kontraksiyonlar oluşmaz, uterus ve plasentaya kan akımı azalır. Bunun sonucunda bebek daha az oksijen alır ve bebeğin kalp atışlarında bir düzensizlik ve kan pH'sında azalma görülür. Anne adayındaki stresli durum devam ederse, bu durum bebeğin de aşırı katekolamin üretmesine neden olur. Bebeğe solunum zorluğu, stres asidozu, azalmış plazma hacmi ve sarılık ortaya çıkar.^{27(s.24-32),95}

Doğumda annede aşırı katekolamin salınımını azaltmanın iki yolu vardır. Bunlardan ilki ve sıkça kullanılanı kadına ağrı kesici ve anestezi vermektir. Diğer yöntem ise doğum sırasında stres oluşumunu engellemektir. Doğuma hazırlık ve doğum desteği gibi faktörlerle gebede stres azaltılabilir.^{27(s.24-32)}

2.8. Gebelikteki Anksiyete ve Doğum ağrısı ile Başetmede Ebeğin/ Hemşirenin Rolü

Gebelikte birçok kadın doğuma yönelik endişe ve korku yaşar. Özellikle 3. trimesterde hastaneye yetişemeyeceğinden ve doğum sürecine ilişkin korkular yaşar. Primipar kadınlar genellikle bilinmeyen korkusu yaşar, multiparlar ise bazı şeylerin yanlış gideceğinden korkarlar. Ayrıca doğum ağrılarına nasıl tepki verecekleri, bebeğin ve kendisinin yaşamını tehdit eden bir olayın olacağından endişelenirler. Duygusal ve fiziksel olarak kontrol kaybı yaşamaktan korkarlar. Tüm bu korkular ve doğum korkusu

gebede anksiyeteyi yükseltir. Anksiyetenin artması kadında gerilim oluşturur ve tüm kaslarda spazma yol açarak ağrıyı artırır. Bunun sonucunda kadında korku–gerginlik-anksiyete-ağrı kısır döngüsü oluşur. Bu kısır döngüye sahip olan gebeye ağrı, anksiyete/korku ve bilgi eksikliği gibi hemşirelik tanıları konulur. Bu tanıları gidermeye yönelik gebeye, eğitim ve danışmanlık verilerek bilgi eksikliği giderilmeli, kadına güven verilerek ve kadınlar cesaretlendirilerek korkularıyla başa çıkmaları sağlanmalıdır.^{1(s.305),38}

Eğer gebede anksiyete giderilemezse eylemde anksiyete daha da artar ve gebede katekolamin salgılanmasına yol açarak ağrının şiddeti daha fazla hissedilir. Anksiyete ve korku arttığında gebede kas gerginliği de artar ve uterus kontraksiyonlarının etkinliği azalır. Bu durum doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz etkileyeceği için gebenin ağrı ve anksiyete ile baş etmesi sağlanmalıdır.

Hemşire/ebeler her prenatal kontrollerde gebe kadın ve ailesine ihtiyaçları olan konularda bilgi vermelidirler. Özellikle doğum eylemi hakkında bilgi verilerek, gevşeme ve solunum teknikleri öğretilerek doğuma hazırlanmalıdır. Hemşireler/ebeler, gebelerin doğuma ilişkin korku ve endişelerini belirlemeli, eğitim ve fiziksel uygulamalarla gidermeye çalışmalıdırlar. Eğer gebe kadın ve ailesi krize neden olabilecek düzeyde kaygı yaşıyorsa bazı hemşirelik girişimlerinde bulunulmalıdır. Hemşire/ebeler, ailelerin stres kaynaklarını açıklamalarına ve geçmişte hangi baş etme yöntemlerini kullandıklarını gözden geçirmelerine yardımcı olmalıdırlar. Ayrıca gebelikte korku ve anksiyete oluşturan durumlarla baş etmeleri için farklı yöntemler önerebilir ve yeni yöntemleri aile ile tartışabilirler.^{1(s.314)}

Prenatal bakımda verilen ağrı kontrol yöntemlerinin başarısı verilen eğitime, kadının inanmasını gerektirir. Eğer gebe kendisine anlatılanların faydalı olacağına

inanmazsa eğitim başarısız olur. Bu nedenle ebeler/hemşireler verdikleri eğitimle ağrı ile başa çıkmanın daha kolay olacağına gebeleri inandırmalıdır.^{1(s.314-316)}

Doğum ağrısı kadınlarda korkuya neden olan ve şiddetli hissedilen akut ağrılardan biridir. Doğum ağrısı, subjektif bir deneyim olmakla birlikte birçok faktörden etkilenir. Ağrı, hemşirelik tanılarında birisi olup disiplinler arası işbirliği ile yönetilmesi gereken hasta gereksinimidir.⁸² Etkili hemşirelik girişimleri ile doğum ağrısını hafifletmek mümkündür. Hemşireler/ebeler ağrıyı hafifletmek için duygusal, emosyonel ve kognitif girişimleri bilmeli ve gebelere uygulamalıdır. Böylece gebe kadın korkularının üstesinden gelebilir, moral olarak destek bulur ve doğum ağrısıyla baş etmesi kolaylaşır.⁹⁴

Doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin; doğum eyleminde gebeyi fiziksel ve ruhsal yönden doğuma hazırlamak, bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmak, anne ve fetal sağlığı değerlendirmek ve anne ve fetüsün sağlığını korumak, normalden sapmaları erken fark etmek ve gerekli önlemleri almak, normal doğumun gerçekleşmesine yardımcı olmak önemli görevlerindendir. Bu süreçte gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını ve sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamalıdır.⁹⁶

Ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmak için doğumun her evresinde gebeye verilecek bilgiler ve yapılması gereken işlemler farklılık göstermektedir. Latent faz, doğumun başlangıç dönemidir. Bu dönemde kontraksiyonların şiddeti hafiftir, ağrı düşüktür ve annenin anksiyetesi azdır. Anne ağrı ile baş edebilir. Konuşmaya meyillidir ve heyecanlı olabilir. Hemşirelerin/ebelerin anneyi desteklemesi annenin olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına ve ağrı ile baş etmesine yardım edebilir. Aktif fazda kontraksiyonlar sık, uzun süreli ve orta şiddette görülür. Anne bu dönemde kontrolünü

kaybedebileceğinden korkabilir. Bu nedenle bu dönemde annenin endişeleri giderilmeli ve desteklenmelidir. Geçiş fazında anne yorgun olabilir. Ağrı nedeniyle sık sık pozisyon değiştirebilir ve anksiyetesi artmıştır. Yalnız kalmaktan korkar. Hemşirelerin/ebelerin anneyi yalnız bırakmaması önemlidir. Ayrıca anneler karın kaslarının yırtılacağını düşünebilir. Bu duygunun yaşanmasının normal olduğu ve karın kaslarının yırtılmayacağı konusunda annelere bilgi verilmeli ve gebenin rahatlaması sağlanmalıdır. Doğum eylemi süresince annenin rahatlığı hem kendisi hem de bebeği için eylemin daha sağlıklı geçmesine olanak sağlamaktadır.^{1(s.293-294),27}

3. MATERYALVE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı, tekrarlayan kesitsel türde ve ilişki arayan tasarımda yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi poliklinik ve doğum salonunda Temmuz 2012-Temmuz 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nde; 15 poliklinik, 1 acil, 1 NST odası, 1 ameliyathane, 1 obstetri servisi, 1 postpartum servisi, 1 yenidoğan yoğun bakım ünitesi, 1 jinekoloji servisi ve 1 doğumhane hizmet vermektedir. Doğumhane bölümü; 1 ağrı odası, 1 doğum salonu ve 1 postpartum odasından oluşmaktadır.

Doğumhanede toplam; 14 kadın doğum uzmanı, 28 ebe, 4 sekreter ve 6 yardımcı personel görev yapmaktadır. Doğumhanede aktif olarak her zaman; 1 uzman hekim, 6 ebe, 1 sekreter ve 2 yardımcı personel hizmet vermektedir. Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nde ortalama doğum sayısı günde 25-35'tir.⁹⁷

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2012- Mart 2013 tarihleri arasında Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nin polikliniklerine antenatal kontroller için başvuran son trimesterin geç dönemindeki (36-39. haftalar arası) gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi, belirtilen evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan gebeler oluşturmuştur. Örnekleme alınacak gebelerin sayısı, evrendeki eleman sayısının bilindiği durumlarda örneklem seçme formülü kullanılarak belirlenmiştir. Bu formül;⁹⁸

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı

q= İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (1-p)

t= Belirli bir serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değeri

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ±sapma olarak simgelenmiştir

$$n = \frac{N t^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

$$n = \frac{4721 (1.96)^2 (0.25)(0.75)}{(0.05)^2 (4721 - 1) + (1.96)^2 (0.25)(0.75)} = 272$$

Bu formüle göre örneklem alınacak gebelerin sayısı toplam 272 olarak hesaplanmış ancak çalışma sırasında veri kaybı olacağı düşünülerek çalışma toplam 293 gebe ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- En az ilkokul mezunu olmak,
- Görme-işitme problemi bulunmamak,
- İletişim sorunu olmamak,
- Psikiyatrik ve nörolojik tanı almamış olmak,
- 18-35 yaşlar arasında olmak,
- 36-39. gebelik haftaları arası antenatal kontrole gelmiş olmak (3. trimester verileri için),
- Miadında (38-42 haftalar arası) spontan vajinal doğum yapacak olmak (doğuma ait veriler için),

- İnfertilite tedavisi almamış olmak,
- Verteks pozisyonunda tek bir fetusa sahip olmak,
- Riskli gebeliğe sahip olmamak (plasenta previa, ablasyo plesanta, preeklampsi, erken membran rüptürü, erken doğum tehditi, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, makrozomik fetüs, fetal distress, çoğul gebelik, adölesan ve ileri yaş gebelikleri, sistemik hastalığı olan gebeler)
- Doğum eyleminde ağrıyı azaltmak için herhangi bir analjezi uygulanmamış olmak,
- Gebe ve fetüs açısından riskli doğuma sahip olmamak (doğum kanalı, pelvisteki yumuşak dokular, uterus kontraksiyonları ve annenin psikolojisi ile ilgili distosiler, hızlı doğum, uzamış eylem, preterm eylem, postterm eylem, prezentasyon ve pozisyon bozuklukları, fetopelvik ve sefalopelvik uyumsuzluk, fetal distress, amniyotik mayi anomalileri, forseps ve vakum uygulamaları)
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği” ve “Visual Analog Skala (VAS)” ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini, bir önceki gebelik ve doğuma ait bilgileri, mevcut gebeliğe ait bilgileri ve mevcut gebelikte bilgi edinilen kaynakları belirleyen 32 sorudan oluşmaktadır.

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK-3)

Durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger ve ark. tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından 1974-1977 yıllarında yapılmıştır. Ölçek durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen, her biri 20'şer soru içeren iki alt birimden oluşmaktadır.

Durumluk anksiyete ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektiren sorulardan oluşmaktadır. Durumluk anksiyete ölçeği 20 ifadeden oluşmaktadır. Durumluk anksiyete ölçeği bireyin içinde bulunduğu durumda yaşadığı duygu ya da davranışları şiddet derecesine göre (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamen gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırmasını gerektirir. Durumluk anksiyete ölçeğinde 10 tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddelerdir. Geri kalan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler ifadeyi doğrudan ölçer.

Sürekli anksiyete ölçeği; bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini ölçen sorulardan oluşur. Bu ölçekteki sorular ağırlık derecelerine göre 1 den 4'e kadar değişir. Ölçekteki seçenekler (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman, (4) Hemen her zaman şeklindedir. Ölçekteki 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. sorular tersine dönmüş ifadeleri; 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 numaralı sorular ise doğrudan ifadeleri ölçer. Durumluk ve sürekli anksiyete ölçeğinin doğru sonuç vermesi için katılımcının ölçek sorularının en az 4 ve daha fazla soruya cevap vermesi gerekir.

Her iki ölçekteki ifadeler doğrudan ve tersine döndürülmüş olmak üzere iki türdür. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları; tersine döndürülmüş ifadeler ise olumlu duyguları göstermektedir. Doğrudan ifadelerde; 4 değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu, 1 değerindeki cevaplar ise anksiyetenin düşük olduğunu gösterir.

Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi, 4 değerindeki cevaplar düşük anksiyeteyi gösterir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e; 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür.

Puanlamada, doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk anksiyete ölçeği için bu değişmeyen değer 50, sürekli anksiyete ölçeği için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin anksiyete puanıdır. Yüksek puan yüksek anksiyete düzeyini, düşük puan ise düşük anksiyete düzeyini gösterir. Elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir.

Öner'in belirttiğine göre, Spielberg'in durumluk ve sürekli anksiyete ölçeğinde;

0-19 puan: Anksiyete yok

20-39 puan: Hafif anksiyete

40-59 puan: Orta düzeyde anksiyete

60-79 puan: Ağır düzeyde anksiyete

80 puan: Şiddetli anksiyete (Panik) olarak değerlendirilmektedir.

Durumluk anksiyete ölçeği için alfa güvenirliği .94 ile .96 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .83 ile .87 arasındadır.⁵⁴

Visual Analogue Scale (VAS) (EK-4)

VAS, ağrı derecesinin belirlenmesinde en yaygın kullanılan ölçme araçlarından biridir. Klinik ortamda ağrı şiddetinin hızlı bir şekilde ölçülmesini sağlar. Bu çalışmada doğum ağrısı, VAS ile ölçülmüştür. Ölçek Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde bu ölçek ilk kez Aslan tarafından 1998'de postoperatif ağrı değerlendirmesinde VAS ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerini

karşılaştırdığı çalışmada kullanılmıştır.²⁷ VAS 10 cm veya 100 mm uzunluğunda bir cetveldir. Cetvel yatay ve dikey olarak kullanılabilir. Dikey kullanımının çabuk sonuç vermesi ve kolay anlaşılır olması nedeniyle akut ağrı şiddetini belirlemede en uygun ölçek olduğu belirtilmiştir. Cline MA ve ark.⁹⁹ VAS'ın standardizasyonunu sağlamak amacıyla yaptıkları çalışmada VAS'ın dikey kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığını belirlemişlerdir. Bu nedenle bu çalışmada, VAS'ın bir türü olan ve üzerinde 0'dan 10'a kadar rakamların yazılı olduğu sayısal analog skalası dikey olarak kullanılmıştır. Bireylerden bu cetvel üzerinde ağrısının şiddetine uygun olan yeri işaretlemesi istenmiştir. Cetvel üzerinde bireyin işaretlediği yerin rakamsal değerine bakılarak bireyin ağrı şiddetinin sayısal değeri belirlenmiştir. VAS sonuçlarının değerlendirilmesinde 0 cm "ağrı yok", 0.5-3 cm "hafif ağrı" y, 3.5-6.5 cm "Orta şiddette ağrı" y, 7-10 cm "Şiddetli ağrı" y göstermektedir.²⁷ VAS'ın değerlendirme ve kayıtlarının aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda bireyin önceki ağrı şiddeti değerlerini görmesi, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesini de etkileyeceği için her bir ölçümde farklı VAS formu kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Temmuz 2012-Mart 2013 tarihleri arasında 36 ve 39. gebelik haftalarında antenatal kontroller için polikliniklere gelen ve araştırma kriterlerine uyan gebelere tanıtıcı bilgi formu ile durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği verilerek doldurmaları istenmiştir. Bu formlar, ayrı bir odada gebelerin tüm işlemleri bittikten sonra 15-20 dakikalık bir sürede gebeler tarafından doldurulmuştur. Bu gebeler doğum için doğumhaneye geldikleri zaman durumluk anksiyete ölçeği tekrar uygulanmıştır. VAS doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarında uygulanmıştır. Gebeler bu formları kontraksiyon aralarında kendilerini rahat hissettikleri zamanda doldurmuşlardır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanları ve VAS puanları.

Bağımsız Değişkenler: Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, mevcut gebeliğe ait bilgileri, önceki gebeliğe ve doğuma ait bilgileri, bilgi edinilen kaynaklar, son trimesterdeki durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizleri Statical Analysis System (SAS, Version 9.0) programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde:

-Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, bir önceki gebelik ve doğumla ilgili verileri, mevcut gebeliğe ait bilgileri, bilgi edinilen kaynaklar ve gebelerin son trimesterdeki durumluk ve sürekli anksiyete puanları; yüzdelik,

-Gebelerin yaşı, gebelerin son trimesterdeki durumluk ve sürekli anksiyete puanları ve doğumun I. evresinin latent, aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanları ile ağrı puanları; aritmetik ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir.

-Gebelerin son trimesterdeki durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları ile doğumun I. evresinin latent, aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete ve ağrı puan ortalamaları arasındaki ilişki; pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan onay alınmıştır (EK-5). Ayrıca araştırmanın yapıldığı hastaneden yazılı izin alınmıştır (EK-6). Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü ve yazılı onay alınmıştır (EK-7). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce gebelere çalışmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak

“*Bilgilendirilmiş Onam İlkesi*” yerine getirilmiştir. Gebelerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “*Özerklik İlkesi*”, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı belirtilerek “*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesi*”, elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “*Kimliksizlik ve Güvenlik İlkesi*” etik ilke olarak yerine getirilmiştir.⁹⁸

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir hastanede yapılması ve sadece normal gebelerin alınıp yüksek riskli gebelerin alınmaması araştırmanın sınırlılığıdır. Veriler, Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi Polikliniği’ne gelen ve doğumunu bu hastanede yapan ve araştırma kriterlerine uyan gebelerden elde edildiği için araştırma bulguları sadece bu araştırma kapsamındaki gebelere genellenebilir.

Gebelerin tanıtıcı özellikleri, obstetrik özellikleri ve bir önceki gebelik ve doğumla ilgili verilerinin dağılımı Tablo 3.1, Tablo 3.2 ve Tablo 3.3’te verilmiştir.

Tablo 3.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler(n=293)	S	%
Yaş		
19-21	64	21.8
22-29	157	53.6
30-34	72	24.6
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	143	48.8
Ortaokul	76	25.9
Lise	45	15.4
Üniversite	29	9.9
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	278	94.9
Çalışıyor	15	5.1
Mesleği		
Ev Hanımı	278	94.9
Memur	15	5.1
Aylık Geliri		
Kötü	129	44.0
Orta	88	30.0
İyi	76	26.0
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	193	65.9
Geniş Aile	100	34.1
Eşle Akrabalık Durumu		
Hayır	250	85.3
Evet	43	14.7
Evlilik Süresi		
0-3yıl	148	50.5
4-7yıl	69	23.5
8-11yıl	45	15.4
12 ve üstü yıl	31	10.6
Evlilikte Sorun Yaşama		
Hayır	248	84.6
Evet	45	15.4

Tablo 3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler(n= 293)		
	S	%
Gebelerin Parite Durumu		
Primipar	150	51.2
Multipar	143	48.8
Gebelik Sayısı		
1	129	44.0
2	72	24.6
3	54	18.4
4	38	13.0
Düşük-Kürtaj Sayısı		
0	246	84.0
1 ve üzeri	47	16.0
Erken Doğum Sayısı		
0	284	96.9
1 ve üzeri	9	3.1
Engelli Çocuk Sayısı		
0	288	98.3
1	5	1.7

Tablo 3.3. Bir Önceki Gebelik ve Doğumla İlgili Verilerin Dağılımı

Gebeliğe ve Doğuma Ait Veriler		
	S	%
Bir Önceki Gebelik Sonucu (n=164)		
Vajinal Doğum	131	79.9
Düşük/kürtaj	33	20.1
Bir Önceki Gebelikte Sorun Yaşama(n=164)		
Hayır	108	65.8
Evet	56	34.2
Bir Önceki Doğumunda Sorun Yaşama(n=143)		
Hayır	120	83.9
Evet	23	16.1
Bir Önceki Doğumda Bebeğin Sağlığıyla İlgili Sorun Yaşama(n=143)		
Hayır	128	89.5
Evet	15	10.5

4. BULGULAR

Son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Mevcut Gebeliğe Ait Bilgilerin Dağılımı

Mevcut Gebeliğe Ait Bilgiler (n=293)		
	S	%
Gebeliğin İstenme Durumu		
Hayır	26	8.9
Evet	267	91.1
Bu Gebelikte Sorun Yaşama		
Hayır	230	78.5
Evet	63	21.5
Bu Gebelikte Kontrole Gitme		
Hayır	52	17.8
Evet	241	82.2
Bu Doğumuna Yönelik Endişe Durumu		
Hayır	22	7.5
Evet	271	92.5
Bu Doğumuna Yönelik Korku Durumu		
Korkmuyorum	19	6.5
Az korkuyorum	89	30.4
Çok korkuyorum	185	63.1

Gebelerin mevcut gebeliğe ait özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, gebelerin %8.9'nun gebeliğini istemediği, %21.5'inin bu gebeliğinde sorun yaşadığı, %17.8'inin bu gebeliğinde kontrole gitmediği, %92.5'inin bu gebeliğinde doğuma yönelik

endişelerinin bulunduğu ve %63.1'inin doğuma yönelik çok korku yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Gebelerin Doğumla İlgili Bilgi Edindikleri Kaynakların Dağılımı

Doğumla İlgili Bilgi Edinilen Kaynaklar (n= 293)	S	%
Doğum Öncesi Kontrollerde Hekimden Bilgi Edinme		
Hayır	216	73.7
Evet	77	26.3
Doğum Öncesi Kontrollerde Ebe/Hemşireden Bilgi Edinme		
Hayır	268	91.5
Evet	25	8.5
Gebelikte Basın Yayından Bilgi Edinme		
Hayır	201	68.6
Evet	92	31.4
Gebelikte Akrabadan Bilgi Edinme		
Hayır	164	56.0
Evet	129	44.0
Gebelikte Arkadaştan Bilgi Edinme		
Hayır	185	63.1
Evet	108	36.9

Gebelerin doğum öncesi kontrollerde %26.3'ünün doktordan,%8.5'inin ebe ve/veya hemşireden doğumla ilgili bilgi aldığı bulunmuştur. Gebelik döneminde gebelerin %31.4'ünün basın yayından,%44'ünün akrabadan ve %36.9'unun arkadaşlarından doğumla ilgili bilgi edindiği saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Gebelerin Son Trimesterde Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Alınan Puanlar(n= 293)		
	S	%
Durumluk Anksiyete Puanı		
20-39 puan (hafif)	110	37.0
40-59 puan (orta)	163	56.0
60-79 puan (ağır)	20	7.0
Sürekli Anksiyete Puanı		
20-39 puan (hafif)	113	38.5
40-59 puan (orta)	174	59.4
60-79 puan (ağır)	6	2.1

Son trimesterde gebelerin %37'sinin hafif, %56'sının orta ve %7'sinin ağır düzeyde durumluk anksiyetesi yaşadıkları ve %38.5'inin hafif, %59.4'ünün orta ve %2.1'nin ağır düzeyde sürekli anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Gebelerin Son Trimesterde Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Alınan puanlar (n= 293)			
	Ölçekten Alınabilecek Min-Max Puan	Gebelerin aldıkları Min-Max Puan	X±SS
Son Trimesterdeki			
Durumluk Anksiyete Puanı	20-80	20-70	43.09±10.11
Son Trimesterdeki			
Sürekli Anksiyete Puanı	20-80	26-72	42.90±8.10

Gebelerin son trimesterde durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları minimum puanın 20, maksimum puanın 70 olduğu ve durumluk anksiyete puan ortalamasının 43.09 ±10.11 olduğu bulunmuştur. Gebelerin sürekli anksiyete ölçeğinden aldıkları

minimum puanın 26, maksimum puanın ise 72 olduğu ve sürekli anksiyete puan ortalamasının 42.90 ± 8.10 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Doğumun Fazlarına Göre Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Alınan puanlar (n= 293)	Ölçekten Alınabilecek Min-Max Puan	Gebelerin aldıkları Min-Max Puan	X $\pm$ SS
Doğumun Latent			
Fazındaki	20-80	23-75	50.02 $\pm$ 10.35
Durumluk Anksiyete			
Doğumun Aktif			
Fazındaki	20-80	21-78	57.93 $\pm$ 9.52
Durumluk Anksiyete			
Doğumun Geçiş			
Fazındaki	20-80	38-80	63.68 $\pm$ 8.07
Durumluk Anksiyete			

Gebelerin doğumun latent fazında durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları minimum puanın 23, maksimum puanın 75 olduğu ve durumluk anksiyete puan ortalamasının 50.02 ± 10.35 olduğu, doğumun aktif fazında durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları minimum puanın 21, maksimum puanın 78 olduğu ve durumluk anksiyete ölçeğinden alınan puan ortalamasının 57.93 ± 9.52 olduğu, doğumun geçiş fazında durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları minimum puanın 38, maksimum puanın 80 olduğu ve puan ortalamasının 63.68 ± 8.07 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Doğumun Fazlarına Göre Gebelerin VAS Puan Ortalamaları

Alınan puanlar (n= 293)	Ölçekten Alınabilecek	Gebelerin aldıkları	X±SS
	Min-Max Puan	Min-Max Puan	
Latent fazdaki VAS Puanı	0-10	0-10	3.02±2.08
Aktif fazdaki VAS Puanı	0-10	1-10	6.81±2.23
Geçiş fazındaki VAS Puanı	0-10	5-10	9.57±0.88

Gebelerin doğum eyleminin latent fazında VAS ölçeğinden aldıkları puanların 0-10 arasında değiştiği ve puan ortalamasının 3.02±2.08 olduğu, doğum eyleminin aktif fazında VAS ölçeğinden aldıkları puanların 1-10 arasında değiştiği ve puan ortalamasının 6.81±2.23 olduğu, doğum eyleminin geçiş fazında VAS ölçeğinden aldıkları puanların 5-10 arasında değiştiği ve puan ortalamasının 9.57±0.88 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Son Trimesterdeki Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puanları İle Doğumun I. Evresinin Latent, Aktif ve Geçiş Fazlarındaki Durumluk Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki

Alınan puanlar (n= 293)	Latent Fazdaki Durumluk Anksiyete Puanı	Aktif Fazdaki Durumluk Anksiyete Puanı	Geçiş Fazdaki Durumluk Anksiyete Puanı
Son Trimesterdeki Durumluk Anksiyete	0.397***	0.139*	0.163**
Son Trimesterdeki Sürekli Anksiyete	0.246***	0.210***	0.234***

*: p< 0.05, **: p< 0.01, ***: p<0.001.

Gebelerin son trimesterde durumluk ve sürekli anksiyete puanı ile doğumun latent fazındaki, durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Gebelerin son trimesterde durumluk anksiyete puanı ile doğumun aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.05$) ve gebelerin son trimesterinde sürekli anksiyete puanı ile doğumun aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

Gebelerin son trimesterde durumluk anksiyete puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki ($p<0.01$) ve gebelerin son trimesterde sürekli anksiyete puanı ile doğumun geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Gebelerin Son Trimesterdeki Anksiyete Puanı ile Doğumun I. Evresinin Latent, Aktif ve Geçiş Fazlarındaki VAS Puanları Arasındaki İlişkiler

Alınan Puanlar (n= 293)	Latent Fazdaki VAS Puanı	Aktif Fazdaki VAS Puanı	Geçiş Fazdaki VAS Puanı
Son Trimesterdeki Durumluk Anksiyete	0.019*	0.018*	0.012*
Son Trimesterdeki Sürekli Anksiyete	-0.08*	0.023*	0.095*

*: $p> 0.05$

Gebelerin son trimesterinde durumluk ve sürekli anksiyete puanları ile doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarındaki VAS puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8)

Tablo 4.9. Doğumun I. Evresinin Fazlarındaki Durumluk Anksiyete ve VAS Puanları ile Doğumun I. Evresinin Fazlarındaki Durumluk Anksiyete ve VAS Puanları Arasındaki İlişki

	Latent Fazdaki VAS	Aktif Fazdaki Durumluk Anksiyete	Aktif Fazdaki VAS	Geçiş Fazdaki Durumluk Anksiyete	Geçiş Fazdaki VAS
Latent Fazdaki Durumluk Anksiyete	0.13*	0.52***	0.06	0.49***	0.13*
Latent Fazdaki VAS		0.082	0.37***	0.023	0.14*
Aktif Fazdaki Durumluk Anksiyete			0.35***	0.67***	0.21***
Aktif Fazdaki VAS				0.17**	0.36***
Geçiş Fazındaki Durumluk Anksiyete					0.25***

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$

Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki durumluk anksiyete puanı ile doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanları arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Gebelerin doğumunun I. evresinin aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki durumluk anksiyete puanı ile doğumun latent ve geçiş fazlarındaki VAS puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Doğumun latent fazındaki durumluk anksiyete puanı ile aktif fazındaki VAS puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Doğumun aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı ile doğumun aktif fazındaki VAS puanı ve geçiş fazındaki VAS puanları arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Doğumun geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı ile geçiş fazındaki VAS puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki VAS puanı ile doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Doğumun aktif fazındaki VAS puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Doğumun geçiş fazındaki VAS puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$)

Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki VAS puanı ile aktif fazdaki VAS puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki ($p<0.001$), geçiş fazındaki VAS puanı arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Doğumun aktif fazındaki VAS puanı ile geçiş fazındaki VAS puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

Son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür ile tartışılmıştır.

Bu araştırmada gebelerin son trimesterdeki durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puanların 20-70 arasında değiştiği ve puan ortalamasının 43.09 ± 10.11 olduğu tespit edilmiştir. Özgür ve ark.³³'nin yaptıkları çalışmada prepartum durumluk anksiyete puan ortalamasının 40.4 ± 11.0 olduğu ve ölçekten alınan puanların 22-63 arasında değiştiği bulunmuştur. Daha önce yapılan diğer çalışmalarda son trimesterdeki gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamasını Kılıçarslan¹² 39.4, Costa ve ark.¹³ ise 40.6, Akbaş ve ark.⁶ 40.1 olarak bulmuşlardır. Costa ve ark.¹³ son trimesterdeki durumluk anksiyete puan ortalamasının diğer trimesterlerden daha fazla olduğunu saptamıştır. Genez'in⁶³ çalışmasında ise son trimesterde durumluk anksiyete puanının yükseldiği bulunmuştur. Çalışma sonucu önceki çalışma sonuçlarına benzer bulunmuştur.

Çalışmada gebelerin son trimesterdeki sürekli anksiyete ölçeğinden aldıkları puanların 26-72 arasında değiştiği ve puan ortalamasının 42.90 ± 8.10 olduğu belirlenmiştir. Özgür ve ark.³³'nin çalışmasında prepartum sürekli anksiyete puan ortalaması 43.9 ± 7.4 ve ölçekten alınan puanların 29-65 arasında değiştiği bulunmuştur.

Araştırmadaki gebelerin %37'sinin hafif, %56'sının orta ve %7'sinin ağır düzeyde durumluk anksiyete yaşadıkları, %38.5'inin hafif, %59.4'ünün orta ve %2.1'inin ciddi düzeyde sürekli anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. Akbaş ve ark.⁶'ı çalışmasında durumluk kaygı ölçeğine göre gebelerin %17.3'ünün kaygı yaşamadığını, %47.1'inin hafif kaygıya ve %35.6'sının yüksek kaygıya sahip olduğunu bulmuşlardır.

Aynı çalışmada sürekli kaygı ölçeğine göre gebelerin %9.6'sının orta düzeyde, %90.04'ünün yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları bulunmuştur. Akbaş ve ark.⁶'nın çalışmasındaki hafif ve yüksek kaygı oranları ile mevcut çalışmadaki anksiyete oranları arasında farklılık bulunmaktadır. Bu farklılık her iki çalışmada da aynı ölçeğin kullanılmasına rağmen anksiyete sınır değerlerinin farklı alınmasından kaynaklanmış olabilir. Akbaş ve ark.⁶'nın çalışmasında 0-36 puan kaygının olmadığını, 37-42 puan arası hafif kaygıyı, 42 puan ve üzeri yüksek kaygıyı gösterirken ölçeğin orijinalinde belirtilen kaygı değerleri mevcut çalışmada kullanıldığı gibi, 20-39 puan hafif, 40-59 orta ve 60-79 arası ağır anksiyeteyi göstermektedir. Faisal Cury ve Rossi Menezes'in Brezilya'da yaptıkları çalışmada¹⁰⁰ gebelerin %59.5'inin durumluk kaygıya, %45.3'ünün sürekli kaygıya sahip olduğu, ülkemizde yapılan bir çalışmada³³ ise son trimesterdeki gebelerin %47'sinin durumluk kaygıya %71'inin sürekli kaygıya sahip oldukları belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada anksiyete için ölçeğin kesim noktası 41 olarak alınmış ve üzeri puanlar anksiyeteli olarak değerlendirilmiştir. Mevcut çalışmada son trimesterdeki gebelerin tamamının değişik düzeylerde anksiyeteye sahip olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışmadaki durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri önceki çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum gebelerin, büyük çoğunluğunun doğumdan korkması ve antenatal kontrollerde sağlık çalışanlarından bilgi alma oranının düşük olmasıyla ile açıklanabilir.

Çalışmada gebelerin latent fazda durumluk anksiyete puan ortalaması 50.02 ± 10.35 , aktif fazda 57.93 ± 9.52 ve geçiş fazında 63.68 ± 8.07 olarak bulunmuş ve doğumdaki fazlar ilerledikçe gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamaları da artmıştır. Avcıbay'ın¹⁰¹ çalışmasında gebelerin latent fazdaki durumluk anksiyete puan ortalaması 59.37 ± 10.01 , Özer'in¹⁰² çalışmasında 58.46 ± 9.04 , Kaplan ve ark.¹⁰'nın çalışmasında 53.38 ± 9.60 , Sertbaş'ın¹⁰³ çalışmasında 54.53 olarak bulunmuştur. Mevcut

çalışmada doğumun latent fazında gebelerin orta düzeyde durumluk anksiyeteye sahip oldukları bulunmuştur. Çalışma sonuçları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Almeida ve ark.¹⁰⁴'nın deney ve kontrol gruplu çalışmasında latent fazda durumluk anksiyetesi her iki grupta düşük olarak bulunmuştur. Aktif fazda kontrol grubunda anksiyete seviyesi orta (54.23) iken deney grubunda düşük düzeyde (52.73), geçiş fazında ise her iki grupta orta düzeyde (kontrol=54.58, deney=55.05) anksiyete saptanmıştır. Chang ve ark.¹⁰⁵'nin çalışmasında doğumun fazları ilerledikçe anksiyete düzeyinin arttığı bulunmuştur. Cheung ve ark.¹⁸'nin yaptığı çalışmada da gebelerin doğum eylemindeki artan anksiyeteleri gebenin eylemdeki kontrol duygusunu azalttığı bildirilmiştir. Yapılan çalışma sonucuna göre de doğumun fazları ilerledikçe anksiyete puanlarında artma saptanmıştır. Bu durum önceki çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğumda kadınlarda kontrol kaybı oluşmaması için anksiyeteyi azaltan ebelik/hemşirelik girişimlerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Doğumun fazlarına göre ağrı puan ortalamalarının latent fazda 3.02 ± 2.08 , aktif fazda 6.81 ± 2.23 ve geçiş fazında 9.57 ± 0.88 olduğu ve fazlar ilerledikçe ağrının da arttığı bulunmuştur. Eylem ilerledikçe kontraksiyonların sıklık, süre ve şiddetinin artması, fetüsün pretenze olan kısmının doğum kanalından ilerlemesi ve pelvisteki yumuşak dokuları girmesi nedeniyle belden başlayıp sırtta ve bacaklara doğru yayılan ağrı meydana gelmektedir. Birinci evrenin sonuna doğru ise perine bölgesinde aşırı gerilmeye bağlı olarak da ağrı oluşmaktadır.^{27(s.14-19),94} Almeida ve ark.¹⁰⁴'nin çalışmasında kontrol grubundaki gebelerde ağrı düzeyi latent fazda 3.47, aktif fazda, 6.88 ve geçiş fazında 9.52 olarak bulunmuştur. Doğum ağrısı ile ilgili yapılan deney ve kontrol gruplu başka bir çalışmada kontrol grubundaki gebelerin latent fazdaki ortalama VAS puanı 3.00 ± 1.48 , aktif fazdaki VAS puanı 8.35 ± 1.08 ve geçiş fazındaki VAS puanı 9.55 ± 0.51 olarak bulunmuştur.¹⁰⁶ Dolatian ve ark.¹⁰⁷'nin çalışmasında gebelerin

latent fazdaki VAS puanı 7.23, aktif fazdaki VAS puanı 8.93, geçiş fazında VAS puanı 9.95 olarak, Valiani ve ark.¹⁰⁸,nın çalışmasında latent fazdaki VAS puanı 4.06 ± 0.81 , aktif fazdaki VAS puanı 6.11 ± 0.61 ve geçiş fazındaki VAS puanı 6.81 ± 0.78 olarak bulunmuştur. Literatürde doğumun latent fazında hafif şiddette, aktif fazda orta şiddette ve geçiş fazında güçlü ve şiddetli kontraksiyonların yaşandığı ve buna paralel olarak ağrı düzeyinin arttığı bildirilmiştir.^{27,35,37} Chang ve ark.¹⁰⁵,nın çalışmasında da doğum ilerledikçe doğum ağrısının şiddetinin de arttığı bulunmuştur. Literatüre benzer şekilde çalışmada da doğumun fazları ilerledikçe ortalama ağrı puanlarının arttığı saptanmıştır.

Gebelerin son trimesterde durumluk ve sürekli anksiyete puanı ile doğumun latent fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). Gebelerin son trimesterde durumluk anksiyete puanı ile doğumun aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p < 0.05$) ve gebelerin son trimesterinde sürekli anksiyete puanı ile doğumun aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$). Gebelerin son trimesterde durumluk anksiyete puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki ($p < 0.01$) ve gebelerin son trimesterde sürekli anksiyete puanı ile doğumun geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 4.7.) Bu bulgular son trimesterde artan anksiyetenin doğum eylemindeki anksiyete ile pozitif ilişkili olduğunu ve gebelikteki anksiyetenin doğumun her fazındaki anksiyeteyi artırdığını göstermiştir. Çalışmanın bulguları “Gebelerin son trimesterdeki anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete düzeyleri arasında ilişki vardır” şeklindeki araştırmanın birinci hipotezini doğrulamaktadır.

Gebelerin son trimesterinde durumluk ve sürekli anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ile doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarındaki VAS puanları arasında anlamlı bir

ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8.). Beebe ve ark.¹⁰⁹,nın çalışmasında doğum öncesi anksiyete ile doğum ağrısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu rapor edilmiştir. Engle ve ark.¹¹⁰,nın çalışmasında da gebelerin doğum öncesi dönemde yüksek anksiyete düzeyine sahip olmaları ile doğumda daha çok ağrı çekeceği beklentisi arasında bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Ancak mevcut çalışmada gebeliğin son trimesterindeki durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi ile doğumun latent, aktif ve geçiş fazındaki VAS puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmanın bulguları “Gebelerin son trimesterdeki durumluk anksiyete düzeyleri ile doğum ağrısını algılama arasında ilişki vardır” ve “Gebelerin son trimesterdeki sürekli anksiyete düzeyleri ile doğum ağrısını algılama arasında ilişki vardır” şeklindeki araştırmanın ikinci ve üçüncü hipotezini desteklememektedir. Bunun nedeni son trimesterdeki gebelerin büyük çoğunluğunun durumluk anksiyetesinin hafif (%37) ve orta düzeyde (%56), sürekli anksiyetesinin ise hafif (%38.5) ve orta (%59.4) düzeyde olmasından, şiddetli anksiyete yaşayanların (durumluk %7, sürekli %2.1) oranının düşük olması ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda “orta düzeydeki anksiyetenin ağrı ile baş etmeyi olumlu yönde etkileyerek doğumdaki ağrı algısını hafiflettiğinin bildirilmesi” buna katkıda bulunmuş olabilir.^{1,27}

Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki durumluk anksiyete puanı ile doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanları arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Doğumun aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.9) Doğumun latent fazındaki anksiyete giderilmezse, mevcut anksiyetenin devam etmesi ve doğum sürecine ilişkin endişelerin anksiyeteyi yükseltmesi nedeniyle doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki anksiyete daha da yüksek olur. Avcıbay¹⁰¹ ile Özer¹⁰² çalışmalarında anksiyeteyi gidermek için nonfarmakolojik uygulamalarda bulunmuşlar ve anksiyetenin azalmasıyla

eylemin diğer fazlarındaki ağrının azaldığını saptamışlardır. Bu sonuçlar doğum eyleminin bir fazındaki anksiyetenin diğer bir fazdaki ağrı ve anksiyeteyi etkileyebileceğini göstermektedir.

Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki durumluk anksiyete puanı ile doğumun latent ve geçiş fazlarındaki VAS puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Doğumun latent fazındaki durumluk anksiyete puanı ile aktif fazındaki VAS puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Doğumun aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı ile doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki VAS puanları arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Doğumunun geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı ile geçiş fazındaki VAS puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.9). Curzik ve Jokic-Begic'in¹⁴ çalışmasında durumluk anksiyetenin doğum ağrısı algısını etkilediği belirtilmiştir. Anksiyete fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanmasını değiştirir. Gebede anksiyete oluşturan nedenler, anne adayında korku ve endişeye yol açar. Bu durumda ağrı algısında artışa neden olan katekolaminler gibi stres hormonlarının üretimi artar ve uterusu giden kan akımında azalma meydana gelerek uterusu oksijen miktarı azalır ve bu durum ağrılı kontraksiyonlara neden olarak gebenin ağrısını artırır. Ayrıca aktif fazda fetüsün pelviste ilerlemesi ve pelvisteki yumuşak dokuları girmesi, geçiş fazında da fetüs başının pelvis kaslarında aşırı gerilmeye neden olması gebelerin ağrı algısını artırır.²⁷ Çalışmanın bulguları “Gebelerin doğumdaki anksiyete düzeyleri ile doğum ağrısını algılama arasında ilişki vardır” şeklindeki araştırmanın dördüncü hipotezini doğrulamaktadır

Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki VAS puanı ile doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki

saptanamamıştır ($p>0.05$). Doğumun aktif fazındaki VAS puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Doğumun geçiş fazındaki VAS puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.9.) Latent fazdaki ağrı düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında bir ilişki bulunamaması, latent fazdaki ağrı düzeyinin düşük olması ile ilişkili olabilir. Aktif fazda hissedilen doğum ağrısının yüksek olması annenin endişelenmesine ve dolayısıyla anksiyetesinin artmasına neden olmuş olabilir. Gebelerin geçiş fazında karın kaslarının yırtılacağı hissine kapılması nedeniyle endişelenmeleri sonucu gebelerin anksiyetesi artmış olabilir.

Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki VAS puanı ile aktif fazdaki VAS puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki ($p<0.001$), geçiş fazındaki VAS puanı arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Doğumun aktif fazındaki VAS puanı ile geçiş fazındaki VAS puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.9.) Doğum ilerledikçe fizyolojik mekanizmalarla ağrı şiddeti de artmaktadır. Çalışmada VAS puanının latent fazda 3.02 ± 2.08 , aktif fazda 6.81 ± 2.23 ve geçiş fazında 9.57 ± 0.87 olarak bulunması bu bilgiyi desteklemektedir. Doğumun bir fazındaki ağrının sonraki fazlardaki ağrıyı artırması, doğum eyleminde her yeni faza geçildiğinde, süreç ilerledikçe kontraksiyonların sıklık, süre ve şiddetinin giderek artmasından ve kadınların ağrı algısının farklılığından kaynaklanmış olabilir. Doğumun ilk fazından itibaren ağrı algısı yüksek olan bir gebenin, doğumun ilerleyen fazlarında da yüksek düzeyde doğum ağrısı algılaması beklenebilir. Çünkü doğum ağrısını algılamada psikolojik ve emosyonel faktörlerin fiziksel faktörler kadar etkili olduğu gösterilmiştir.^{1,27}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin son trimesterdeki durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının 43.09 ± 10.11 olduğu ve sürekli anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının 42.90 ± 8.10 olduğu belirlenmiştir.
- Son trimesterdeki gebelerin %37'sinin hafif, %56'sının orta ve %7'sinin ağır düzeyde durumluk anksiyete yaşadıkları, %38.5'inin hafif, %59.4'ünün orta ve %2.1'inin ciddi düzeyde sürekli anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir.
- Gebelerin doğum eyleminin I. evresinin latent fazında durumluk anksiyete puan ortalaması 50.02 ± 10.35 , aktif fazında 57.93 ± 9.52 ve geçiş fazında 63.68 ± 8.07 olarak bulunmuş ve doğumdaki fazlar ilerledikçe gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamaları da artmıştır.
- Doğumun I. evresinin fazlarına göre ağrı puan ortalamalarının latent fazda 3.02 ± 2.08 , aktif fazda 6.81 ± 2.23 ve geçiş fazında 9.57 ± 0.88 olduğu ve fazlar ilerledikçe ağrının da arttığı bulunmuştur.
- Gebelerin son trimesterdeki durumluk anksiyete puanı ile doğumun latent ($p < 0.001$), aktif ($p < 0.05$) ve geçiş fazındaki ($p < 0.01$) durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
- Gebelerin son trimesterdeki sürekli anksiyete puanı ile doğumun latent ($p < 0.001$), aktif ($p < 0.001$) ve geçiş fazındaki ($p < 0.001$) durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

- Gebelerin son trimesterdeki durumluk ve sürekli anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ile doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarındaki VAS puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$).

- Gebelerin doğumunun I. evresinin latent fazındaki durumluk anksiyete puanı ile doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanları arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Doğumun aktif fazındaki durumluk anksiyete puanı ile geçiş fazındaki durumluk anksiyete puanı arasında pozitif yönde oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

- Gebelerin doğumunun I. evresinin latent, aktif ve geçiş fazlarındaki durumluk anksiyete puanı ile doğumun bütün fazlarındaki VAS puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p<0.05$; $p<0.001$; $p<0.001$)

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Antenatal kontrollerde anksiyetesi yüksek gebelerin belirlenmesi ve gerekli ebelik/hemşirelik girişimleri ile gebelerin anksiyetesinin düşürülmesi doğumun her fazındaki anksiyetenin de düşmesine katkıda bulunabilir.

- Doğumun I. evresinin latent fazından başlayarak doğum ilerledikçe anksiyetenin arttığı bulunmuştur. Bu nedenle anksiyeteyi azaltan ebelik/hemşirelik girişimleri doğum süresince uygulanmalıdır.

- Doğumda gebelerin algıladıkları ağrı düzeyi doğumdaki anksiyeteyi artırdığı için doğum süresince gebelerin ağrı algılamalarını azaltan nonfarmakolojik yöntemler uygulanarak gebelerin ağrı algısı ve aynı zamanda anksiyeteleri azaltılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 10.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011.
2. Fenkçi İV. Maternal Fizyoloji. İçinde: Haberal A, Çelik Ç, Akyürek C, Çiçek MN (editörler). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ankara, Öncü Basımevi, 2004: 161.
3. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001, 23: 61-64.
4. Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008, 45: 9-13.
5. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2: 144-148.
6. Akbaş E, Vırt O, Kalendaroğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008, 45: 85-91.
7. Göktepe E, Arman Y, Yazgan Y. Gebelikte Ruhsal Durum ve Psikiyatrik Hastalıkların Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. İçinde: Atasü D, Öçer F (editörler). *Gebelikte Fetüse ve Yenidoğana Zararlı Etkiler*, 2. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2000: 560-561.
8. Murrar SS, Mckinney ES, Gorrie TM. Foundations of Maternal-Newborn Nursing, 3rd Edition, America, W.B. Saunders Company, 2002: 163-183.
9. London ML, Ladewing PW, Ball JW, Bindler RC. *Maternal-Newborn & Child Nursing Family-Centered Care*, America, Pearson Education, 2003: 143-156.

10. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10: 113-120.
11. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010:130.
12. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 27: 51-58.
13. Costa D, Larouche J, Drista M, Brender W. Variations in stres levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 47: 609-621.
14. Curzik D, Jokic Begic N. Anxiety sensitivity and anxiety as correlates of expected, experienced and recalled labor pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 2011, 32: 198-203.
15. Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 2006, 10: 263-270.
16. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth a neglected dilemma. *Acta Obstetrica At Gynecologia Scandinavica*, 2003, 82: 201-208.
17. Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 2009, 25: 155-162.
18. Cheung W, Ip WY, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 2007, 23: 123-130.

19. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* , 2012, 119: 1238-1246.
20. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82: 201-208.
21. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 1998, 77: 542-547.
22. Flink IK, Mroczek MZ, Sullivan MJ, Linton SJ. Pain in childbirth and postpartum recovery: the role of catastrophizing. *European Journal of Pain*, 2009, 13: 312-316.
23. Gözükar F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2008, 32-46.
24. Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdag AY, Bektaş E, Ünal O, Turan C. Caesarean deliver yor vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 30: 155-158.
25. Moralar DG, Türkmen ÜA, Altan A. Doğum analjezisi. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 2011, 27: 5-11.
26. Demir SC, Balcıoğlu O, Atay Y, Evrücke C, Kadayıfçı O. Doğum anestezi ve analjezisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1998, 5: 69-72.
27. Kömürcü N. Ergin AB. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 1.Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008.
28. Şahin Ş, Owen MD. *Ağrısız Doğum ve Sezaryanda Anestezi*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel & Güneş Tıp Kitapevi, 2006: 12-14.

29. Lederman RP. Treatment Strategies For Anxiety, Stress, and Developmental Conflict During Reproduction. *Behavioral Medicine*, 1995, 21: 113-122.
30. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2008, 1: 54-59.
31. Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, 2007, 17: 181-186.
32. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19: 45-53.
33. Erdem Ö, Erten PR, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi*, 2010, 12: 24-31.
34. Ersoy İ. *Türkiye Klinikleri Kadın Doğum Ders Notları*. Ankara; Türkiye Klinikleri, 2000: 1.
35. Varney H. *Varney's Midwifery*, 3rd ed. Canada, Jones and Barlett Publishers, 1997: 381-534.
36. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity Nursing*, 6th ed. China, Mosby, 2003: 141-244.
37. Şirin A. *Kadın Sağlığı*, 1. Baskı, İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008.
38. Coşkun A. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul, 2012: 138-139.
39. Karmaliani R, Asad N, Bann CM, Moss N, McClure EM, Pahsa O, Wright LL, Goldenberg RL. Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of hyderabad, Pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*, 2009, 55: 414-424.

40. Ünsal MA. Prenatal bakım. İçinde: *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*, Ayhan A, Taşkiran Ç, Dursun P, (Çeviri editörleri). *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*. Aagaard-Tillery K, Amir B, Azzız R, Barnhart TK, Basson R, Baxter JK, Bent A, Boardman LA, Bofill JA, Branch DW, Bristow R, Carey JC, Cass I, Cedars MI, Cohen DP, Coddington III CC, Cruikshank DP, Damewood MD, Davidson SA. 10. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2010: 1-21.
41. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK, Gilstrap CL, Hauth CJ, Wenstrom DK. *Williams Doğum Bilgisi*. 21. Baskı, 1. Cilt, Çeviri; Akman AC. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2005.
42. Gökşin E. Normal Gebelik ve Prenatal Bakım. İçinde: Kişnişçi H, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu LS (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara, Güneş Kitabevi, 1996: 252.
43. Cengiz C, Kimya Y. Gebeliğe bağlı annedeki sistemik değişiklikler; üriner sistem ve sıvı-elektrolit homeostazi. In Beksaç MS, eds. *Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji*. Ankara. Kozan Ofset Matbaacılık, 2001: 782-786.
44. Sadıkoğlu G. Aile Hekimliğinde Kadınların Ruh Sağlığı. Bilgel N (Editör). *Aile Hekimliği'nde*. Bursa, Medikal Tıp Kitapevi, 2006: 571-581.
45. Burt V, Hendrick VC (Eds.). *Clinical Manual of Womens Mental Health*. London, *Amerikan Psychiatric Publishing*, 2005: 145-177.
46. Berksun OE. *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul, Turgut Yayıncılık, 2003.
47. *Türk Dil Kurumu*, 1. Baskı, Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları, 1998, 1: 44.
48. Işık E. *Nevrozlar*. Ankara, *Kent Matbaa*, 1996: 31-32.
49. Tomb AD. *Aile Hekimleri için Psikiyatri*. çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık, 1994: 70-77.

50. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. İçinde: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007: 296-303.
51. Kocabaşoğlu N. Stres ve Anksiyete. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4719.pdf>. Erişim Tarihi: 26 Haziran 2013.
52. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 9.Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 346-349.
53. Işık E. *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul, Golden Print, 2006: 6-16.
54. Öner N, Le Compte A. *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985, 333:1-26.
55. Gökalp PG. Yaygın anksiyete bozukluğu. In Tükel R(editörler), *Anksiyete Bozuklukları*, 1.Baskı. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2000: 137-156.
56. Beşer N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 7: 47-58.
57. Kara N, Şahinler İH. Anksiyete. *Actual Medicine*, 2002, 2: 34-36.
58. Kırılı S. *Anksiyete bozukluklarının oluşumu ve farmakolojik tedavisi*, Bursa, Pfizer Yayınevi, 2000: 16-18.
59. Fortinash KM, Holoday- Worret PA. *Psychiatric Nursing Care Plans*, Mosby, 1995, 20: 27-30.
60. Yetkin S, Aslan S, Akdemir A, Örsel S. Anksiyete Bozuklukları. İçinde: *Kaplan&Sadock Klinik Psikiyatri*, Aydın H, Bozkurt A, (Çeviri ditörleri). Kaplan&Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Sadock BJ, Sadock BA. 2. Baskı, Ankara, Öncü Kitabevi, 2005: 211-212.

61. Balcıoğlu İ. Anksiyete bozukluklarının psikoendokrinolojisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002, 3: 45-51.
62. Beck CT. Predictors of postpartum depresyon, an update. *Nursing Research*, 2001, 50: 275- 285.
63. Genez D. Hamile Kadınların Kaygı Düzeyleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2002.
64. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HUİ. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Develoment*, 2010, 86: 305-310.
65. Qiao Y, Wang J, Li J, Wang J. Effect of deprssive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: a follow-up study. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 2012, 32: 237-240.
66. Hader, C.F. Guy, J. Your Hand in Pain, Nursing Management, November, 2004; 35: 21-28.
67. Lowe NK. The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 2002, 5: 16-24.
68. Törüner EK, Büyükgöneneç L. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı, Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2012: 146-170.
69. Önal A. *Algoloji*. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004:1-5.
70. Kocaman G. *Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı, İzmir, Medikal Yayıncılık, 1994: 1-31.
71. Aslan EF. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. 1. Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 4-70.

72. Demir Y. Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Aştı TA, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 626-657.
73. Erdine S, Çelik M. Ağrı Devrimi. İçinde: Ağrı Tedavisi El Kitabı, Erdine S (Çeviri Editörü). *A Clinical Companion to Wall and Melzack's Textbook of Pain*, Melzack R, Wall PD. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2006: 1-30.
74. Özcan İ. Baş-Boyun ve Orofasiyal Ağrılar. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2006: 20-21.
75. Erdine S. Sinir Blokları. İstanbul, Emre Matbaacılık, 1993: 25-33.
76. Bockenek WL, Stewart PJB. Pain in Patients with Spinal Cord Injury. Kirschblum S, Campagnolo DL, Delisa JA. (eds), *Spinal Cord Medicine*, 2002, 389-408.
77. Rosdahl C. Textbook of basic nursing: patient comfort and pain management. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1995: 610-616.
78. Günvar T. Birinci basamakta kronik ağrı yönetiminin temel ilkeleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2009 3: 14-17.
79. Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmaları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 3: 37-48.
80. Bare BG, Hinkle JL. Pain management medikal cerrahi nursing. In Cheever KH(ed). *Textbook of medical nursing*, 2nd. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2008: 258-299.
81. Yücel A. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü. İçinde: Erdine S (ed). *Ağrı*, İstanbul, Alemdar Ofset. 2000: 695-698.
82. Dicle A. Cerrahi Hastasında Ağrı. İçinde: Akbayrak N, İlhan SE, Ançel G, Albayrak A (Editörler). *Hemşirelik Bakım Planları*. 1. Baskı, Ankara, Alter Yayıncılık, 2007:614-621.

83. Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 13. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 365-376.
84. Çimete G. Ağrı kavramı. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1994: 42-45.
85. Güzeldemir E. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Sendrom*, 1995, 7: 11-16.
86. Özkan A. Kanserli hastalarda ağrının değerlendirilmesi. *XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Hemşire Programı*, 2004: 189-191.
87. Karayurt Ö, Akyol Ö. Yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11: 96-104.
88. Arısan K. Propedötik Kadın Doğum. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1997.
89. Davis E. A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth: Heart & Hands, California, 2004.
90. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 30.
91. Yücel M. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 1.Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2005, 74-104.
92. Güngör İ, Rathfisch GY. Normal Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2009, 2: 56-65.
93. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2010, 44: 137-144.
94. Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8: 117-123.
95. Simpson K, Creehan P. Perinatal Nursing, Second Edition, 2001: 418-424.

96. Yıldırım G, Şahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7: 14-20.
97. http://www.nenehatundogum.gov.tr/haberdetay.aspx?hastanemizdenhaberler_id=4
7 Erişim tarihi: 19.03.2011.
98. Karataş N. Araştırmada Örneklem. İçinde: Erefe İ (ed). Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset; 2004: 125-138.
99. Clina ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the visüel analogue scale, *Nursing Research*, 1992, 41: 378-380.
100. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety anddepression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Womens Mental Health*, 2007, 10: 25-32.
101. Avcıbay B. Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
102. Özer HG. Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2004.
103. Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Sonrası Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1998.
104. Almeida NA, De Sousa JT, Bachion MM, Silveira N De A. The use of respiration and ralaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process. *Latin American Journal of Nursing*, 2005, 13: 52-58.

105. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 38: 68-73.
106. Yıldırım G. Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2001.
107. Dolatian M, Hasanpour A, Montazeri S, Heshmat R, Alavi MH. The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2011, 13: 475-479.
108. Valiani M, Shiran E, Kianpour M, Hasanpour M. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2010, 15: 302-310.
109. Beebe KR, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Humphreys J. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 2007, 36: 410-418.
110. Engle PL, Scrimshaw SC, Zambrana RE, Dunkel-Schetter C. Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Healty Psychology: Official Journal of The Division of Health Pyscology, American Pyscological Association*, 1990, 9: 285-299.

EKLER

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Gülsüm GÜNDOĞDU
Doğum Tarihi	: 04.05.1987
Doğum Yeri	: Erzincan
Medeni Hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Sağlık Bilimleri Fakültesi
Telefon	: 05424641228
Fax	: 2360984
E- Posta	: g.gundogdu@atauni.edu.tr
EĞİTİM	
Lise	: Ulalar Lisesi/Erzincan(2001-2004)
Lisans	: Atatürk Üniversitesi/Erzurum Sağlık Yüksekokulu (2005-2009)
Yüksek Lisans	: Atatürk Üniversitesi/Erzurum Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (2010-2013)
Doktora	:
YABANCI DİLBİLGİSİ	
İngilizce	: 71.250 /ÜDS-2010
	:
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
İLGİ ALANLARI, HOBİLER	

EK 2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Ev telefon numarası:

Cep telefon numarası:.....

Adres:.....

Son adet tarihiniz nedir?

Kaç haftalık gebesiniz?.....

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Eğitim durumunuz nedir?

- a) İlkokul
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite

3) Çalışıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet

4) Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?.....

5) Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?

- a) Kötü
- b) Orta
- c) İyi

6) Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile

7) Kaç yıllık evlisiniz?.....

8) Eşinizle akrabalığınız var mı?

- a) Hayır
- b) Evet

9) Evliliğinizle ilgili bir sorun yaşıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet

10) Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....

- 11) Canlı doğum sayınız?.....
- 12) Ölü doğum sayınız?.....
- 13) Düşük yaptınız ise sayısı nedir?.....
- 14) Kürtaj yaptınız ise sayısı nedir?.....
- 15) Erken doğumunuz var ise sayısı nedir.....
- 16) Ölen çocuğunuz var ise sayısı nedir?.....
- 17) Yaşayan çocuk sayınız?.....
- 18) Engelli (sakat) çocuğunuz var ise sayısı nedir?.....
- 19) Bir önceki gebeliğiniz nasıl sonlandı?
- a) Doğum yapmadım
- b) Vajinal doğum
- c) Düşük ve/veya kürtaj
- 20) Bir önceki gebeliğinizde herhangi bir problem yaşadınız mı?
- a) Hayır
- b) Evet
- 21) Bir önceki doğumunuzda herhangi bir problem yaşadınız mı?
- a) Hayır
- b) Evet
- 22) Bir önceki doğumunuzda bebeğinizin sağlığı ile ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?
- a) Hayır
- b) Evet
- 23) Bu gebeliğinizi istediniz mi?
- a) Hayır
- b) Evet
- 24) Bu gebeliğinizde herhangi bir problem yaşadınız mı?
- a) Hayır
- b) Evet
- 25) Bu gebeliğiniz süresince düzenli kontrole gittiniz mi? (Sağlık Bakanlığı'nın son izlem sayısı esas alınmıştır.)
- a) Hayır
- b) Evet

26) Doğum öncesi kontrollerde hekimden bilgi edindiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet

27) Doğum öncesi kontrollerde ebe ve/veya hemşireden bilgi edindiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet

28) Doğum öncesi dönemde basın yayından bilgi edindiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet

29) Doğum öncesi dönemde akrabadan bilgi edindiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet

30) Doğum öncesi dönemde arkadaştan bilgi edindiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet

31) Bu doğumunuza yönelik endişeleriniz var mı?

- a) Hayır
- b) Evet

32) Bu doğumunuza yönelik korkunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Korkmuyorum
- b) Az korkuyorum
- c) Çok korkuyorum

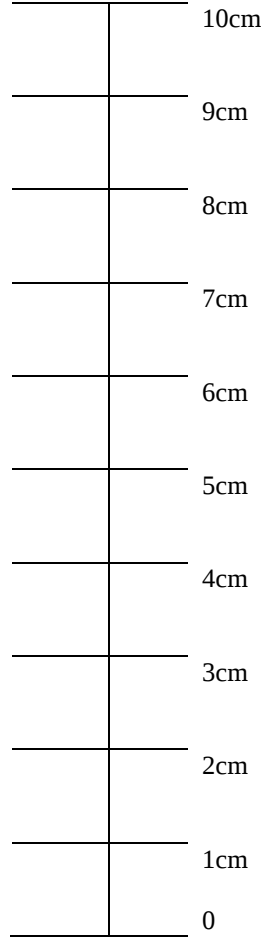
EK 3. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Durumluk Anksiyete Ölçeği		Hiç (1)	Biraz (2)	Çok (3)	Tamamıyla (4)
1.	Şu anda sakinim.				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum.				
3.	Şu anda sinirlerim gergin.				
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5.	Şu anda huzur içindeyim.				
6.	Şu anda hiç keyfim yok				
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9.	Şu anda kaygılıyım.				
10.	Kendimi rahat hissediyorum.				
11.	Kendime güvenim var.				
12.	Şu anda asabım bozuk.				
13.	Çok sinirliyim.				
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16.	Şu anda halimden memnunum.				
17.	Şu anda endişeliyim.				
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19.	Şu anda sevinçliyim.				
20.	Şu anda keyfim yerinde.				

EK 3. SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Sürekli Anksiyete Ölçeği		Hemen hiçbir zaman (1)	Bazen (2)	Çoğu zaman (3)	Hemen her zaman (4)
21.	Genellikle keyfim yerindedir.				
22.	Genellikle çabuk yorulurum.				
23.	Genellikle kolay ağlarım.				
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.				
26.	Kendimi dinlenmiş hissedirim.				
27.	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.				
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.				
29.	Önemsiz şeyler için endişelenirim.				
30.	Genellikle mutluyum.				
31.	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur.				
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim.				
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.				
36.	Genellikle hayatımdan memnunum.				
37.	Olurolmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.				
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım.				
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.				

EK 4. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VISUEL ANALOG SKALA)



EK 5. ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.ATA.0.A1/00.00/ -2071
Konu : Etik Kurul

30 TEM 2012

Sayın: Gülsüm GÜNDÖĞDU

Etik Kurul Bilimsel Araştırma ve Tez Başvuru Formları hakkında Enstitümüz Etik Kurulunun almış olduğu 24.07.2012 tarih ve “2012.3.1/2” numaralı kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Funda BAYINDIR
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurul Başkanı

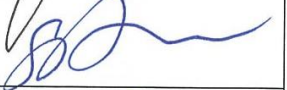
EK: 1 Adet Karar

e-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr
Harici Tlf : 0 442 - 236 09 70

Dahili Tlf : 0-442-231-4885-4886-4887-4895
Fax : 0-442 - 236 09 69

“2012. 3.1/ 2“SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 24.07.2012

3/1.2- Enstitümüz Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülsüm GÜNDOĞDU’ nun “Son Trimesterdeki Gebelerin Doğum Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Doğumdaki Ağrı Algılamalarına Etkisi” tez konusu görüşüldü; İlginin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Doç. Dr. Ayşe OKANLI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Samih DİYARBAKIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr. Ahmet YILDIZ	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç. Dr.Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAYGIN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi ve Raportör	

EK 6. RESMİ KURUM İZİN BELGESİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ATA.0.70.72.00/00-1725
Konu : Tez Çalışması

27.08.2012 *016568

ERZURUM VALİLİĞİNE (İl Sağlık Müdürlüğü)

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Gülsüm GÜNDOĞDU'nun "*Son Trimesterdeki Gebelerin Doğum Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Doğum Ağrısı Algısına Etkisi*" konulu tez çalışmasına esas teşkil edecek bir örneği ekte sunulan anket uygulamasını İlimiz Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nde yapması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve ilgililere emir ve müsaadelerinizi arz ederim.

29645
Sağlık Md.
27.08.2012
Vali Y.

Prof.Dr.Ömer İrfan KÜFREVİOĞLU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Eki: 1-Anket (3 sayfa)
2- Etik Kurulu Kararı (1 sayfa)

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916
e-posta: odaire@atauni.edu.tr

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırmanın amacı hakkında, bana araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldı. Bu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN ADI	
İmzası:	Tarih
Adresi:	
Telefon no:	
ARAŞTIRMACININ ADI	
İmzası:	Tarih
Görevi:	
Telefon no:	

EK 8. TEZ ADI DEĞİŞİKLİK FORMU



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : GÜLSÜM GÜNDOĞDU Danışmanı : Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Ortak Danışman :
Anabilim Dalı : Doğum Kadın Sağ. ve Hast. Hemş. ABD
Tezin Türü : ☒ Y. Lisans ☐ Doktora

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 12/07/2013 ve 2013.24.1/4 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, son trimesterlerdeki gebelerin doğum öncesi anksiyete düzeylerinin doğumdağı ağırlı algılamalarına etkisi başlıklı yüksek lisans / ~~doktora~~ tezinı incelemiş ve aday 17/07/2013 tarihinde, saat 10:00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

- ☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda başarıyla savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,
☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,
☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,
☒ ancak konu ve içeriğı değişmeksizin tez başlığının son trimesterlerdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdağı anksiyete ve ağırlı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi olarak düzenlenmesine,

☒ OY BİRLİĞİ

☐ OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Meral KILIÇ	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN	
Üye		
Üye		