

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

EPİDURAL ANALJEZİ UYGULANAN PRİMİGRAVİD VE
MULTİGRAVİD KADINLARIN KAYGI DÜZEYİ VE
DOĞUM SÜRECİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

DİLAN ÇINAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Keziban AMANAK
İKİNCİ DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayşe Filiz YAVUZ

AYDIN-2024

KABUL VE ONAY

TEŞEKKÜR

“Dünyada her şey kadının eseridir. Kadınlarımız eğer milletin gerçek anası olmak istiyorlarsa, erkeklerimizden çok daha aydın ve faziletli olmaya çalışmalıdırlar.” sözleriyle bizlere ışık olan, özgür olma yolunda önümüzü açan Türkiye Cumhuriyeti’nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal Atatürk’e,

Yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum değerli hocam Sayın Doç. Dr. Keziban AMANAK’a

Hayatım boyunca aldığım bütün kararlarda yanımda olan ve mücadeleci, idealist bir insan olarak beni yetiştiren kıymetli annem Hatice KEREY’e

Her zaman yanımda olan, her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen kardeşim İnan Can GÖKÇE’ye

Hiçbir zaman desteğini ve yardımlarını esirgemeyen sevgili eşim Melih ÇINAR’a

Hayatıma girdiği ilk günden itibaren bana güç ve anlam katan biricik evladım, güzeller güzeli kızım Gökçe ÇINAR’a

Çalışmalarım boyunca bana her an destek olan arkadaşım, hocam Dr. Nükhet Kaçar’a teşekkür ederim..

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Doğum ve Doğum Ağrısı	4
2.1.1. Doğum.....	4
2.1.1.1. Doğumun Evreleri	4
2.1.2. Doğum Ağrısı.....	5
2.1.2.1. Doğum Ağrısının Özellikleri.....	6
2.1.2.2. Doğum Ağrısının, Doğumun Evrelerine Göre Fizyolojisi	6
2.1.2.3. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi	8
2.1.2.4. Doğum Ağrısının Kontrolü	8
2.1.3. Doğum Eyleminde Nonfarmakolojik ve Farmakolojik Yöntemler.....	8
2.1.3.1. Non-farmakolojik yöntemler	9
2.1.3.2. Farmakolojik Yöntemler	10
2.1.3.2.1. Nitrous oksit ve oksijen karışımının inhalasyonu	10
2.1.3.2.2. Parenteral İlaç Uygulaması	11
2.1.3.2.3. Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)	11
2.1.3.2.4. Lokal Anestezi.....	11
2.1.3.2.5. Regional Anestezi (Bölgesel Anestezi).....	11

2.1.3.2.6. Spinal Analjezi	12
2.1.3.2.7. Kaudal Epidural Blok.....	12
2.1.3.2.8. Pudental Blok	13
2.1.3.2.9. Epidural Blok	13
2.1.3.2.9.1. Epidural Analjezinin Fetal Etkileri	16
2.1.3.2.9.2. Epidural Analjezinin Neonatal Etkileri	16
2.1.4. Kaygı	17
2.1.4.1. Kaygı Çeşitleri.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	18
3.3 Araştırmanın Zamanı.....	19
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:	19
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:	20
3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	20
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	20
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1).....	21
3.6.2. Obstetrik Özellikler Formu (Ek-2)	21
3.6.3. İntrapartum ve Epidural Analjezi Bilgi Formu (Ek-3).....	21
3.6.4. Yenidoğan Bilgi Formu (Ek -4)	22
3.6.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ) (Ek-5)	22
3.7. Araştırmanın Uygulanması	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.9. Değişkenler.....	23
3.9.1. Bağımlı Değişkenler.....	23
3.9.2. Bağımsız Değişkenler.....	24

3.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler	24
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuç	50
6.2. Öneriler.....	50
KAYNAKLAR.....	60
EKLER.....	61
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)	61
Ek 2. Obstetrik Özellikler Formu	63
Ek 3. İntrapartum ve Epidural Analjezi Bilgi Formu	64
Ek 4. Yenidoğan Bilgi Formu	66
Ek 5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	67
Ek 6. İzin Yazıları	69
BİLİMSEL ETİK BEYANI	74
ÖZ GEÇMİŞ	75

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: American College Of Obstetricians And Gynecologists
APGAR	: Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration
ASA	: American Society Of Anesthesiologists
BMI	: Body Mass Index
DKE	: Durumluk Kaygı Envanteri
FKH	: Fetal Kalp Hareketleri
IASP	: International Association For The Study Of Pain
LA	: Lokal Anestezi
N2O	: Nitröz Oksit
O2	: Oksijen
SKE	: Sürekli Kaygı Envanteri
TARD	: Türkiye Anestezi ve Reanimasyon Derneği
TDK	: Türk Dil Kurumu
TENS	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
VAS	: Visual Analogue Scale

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1 Araştırma zamanına ilişkin bilgiler	199
Tablo 2 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
Tablo 3 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
Tablo 4 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin İntrapartum ve Epidural Analjezi Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	31
Tablo 5 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin Yenidoğan Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
Tablo 6 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin Süreklik ve Durumluk Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
Tablo 7 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırması.....	35
Tablo 8 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırması.....	36
Tablo 9 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Nabız Değerlerinin Karşılaştırması ..	37
Tablo 10 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Vizsüel Analog Skala Değerlerinin Karşılaştırması.....	38
Tablo 11 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Servikal Açıklık Değerlerinin Karşılaştırması.....	40
Tablo 12 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Servikal Efasman Değerlerinin Karşılaştırması.....	41
Tablo 13 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Baş Seviyesi Değerlerinin Karşılaştırması.....	43

ÖZET

EPİDURAL ANALJEZİ UYGULANAN PRİMİGRAVİD VE MULTİGRAVİD KADINLARIN KAYGI DÜZEYİ VE DOĞUM SÜRECİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çınar D. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü Yüksek lisans Tezi, Aydın, 2024

Amaç: Bu araştırmanın amacı, epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların kaygı düzeyi ve doğum süreci açısından karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Analitik ve kesitsel tipteki bu araştırma, Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi'nde 15 Mart 2023-15 Mart 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi'nde doğum amaçlı başvuruda bulunan ve epidural analjezi uygulanan 148 kadın (Primipar Kadın:74, Multipar Kadın:74) ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Obstetrik Özellikler Formu, İntrapartum ve Epidural Analjezi Bilgi Formu, Yenidoğan Bilgi Formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE) kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların durumluk-kaygı düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak doğum sırasında primigravid kadınların kan basıncı seviyelerinin, özellikle erken zaman dilimlerinde multigravid kadınlara göre daha yüksek olma eğiliminde olduğu görülmüştür. Aynı zamanda uygulamanın iki grup için de aktif faz döneminde başladığı, bishop skorlaması üzerinde de bir etkisi olmadığı bilgisine ulaşılmıştır.

Sonuç: Araştırmada epidural analjezi sonrası multigravid ve primigravid kadınların durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin benzer olduğu, doğum süreci açısından yalnızca primigravid kadınların epidural uygulama sonrası erken zamanda yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Epidural analjezi, doğum ağrısı, anksiyete, ebelik.

ABSTRACT

COMPARISON OF ANXIETY LEVELS AND LABOR PROCESS BETWEEN PRIMIGRAVIDA AND MULTIGRAVIDA WOMEN RECEIVING EPIDURAL ANALGESIA

Çınar D. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences Department of Midwifery, Master's Thesis, Aydın, 2024.

Objective: The aim of this study is to compare the anxiety levels and the labor process of primigravida and multigravida women receiving epidural analgesia.

Materials and Methods: This analytical and cross-sectional study was conducted between 15 March 2023 and 15 March 2024 at Ankara City Hospital's Department of Obstetrics and Gynaecology. The study population comprised 148 women (74 primiparous and 74 multiparous) who had applied for delivery and received epidural analgesia at Ankara City Hospital. Data were collected using a Personal Information Form, Obstetric Characteristics Form, Intrapartum and Epidural Analgesia Information Form, Newborn Information Form, and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Findings: The study found no significant difference in the levels of state anxiety between primigravida and multigravida women receiving epidural analgesia. However, it was observed that the blood pressure levels of primigravida women during delivery tended to be higher, particularly in the early stages, compared to multigravida women. Additionally, it was noted that the application was initiated during the active phase for both groups and had no effect on the Bishop scoring.

Conclusion: The study concluded that the state-trait anxiety levels of multigravida and primigravida women after epidural analgesia are similar. However, it was observed that only primigravida women exhibited elevated anxiety levels shortly after the epidural application, specifically in relation to the labour process.

Keywords: Epidural analgesia, labour pain, anxiety, midwifery.

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum ağrısı, kadınların hayatları boyunca en şiddetli ağrı olarak tanımladıkları bir deneyimdir ve birçok faktöre dayandırılarak ortaya çıkan subjektif bir durumdur. Doğum ağrısını etkileyen faktörleri sıralayacak olursak fizyolojik, psikososyal, kültürel ve çevresel faktörler olarak sıralayabiliriz. (Köksal ve Dura, 2013). Kadınlar travaya kabul edildikten sonra doğum süresince kabul edilen ağrı giderek şiddetlenir ve süresi artar. (Öz ve diğerleri, 2019). Her doğum deneyimi kendine özgüdür, her kadın bunu kendine göre yorumlar. Primipar kadınların bir kısmı bu deneyimi güzel ve heyecanlı olarak yorumlarken diğer kısmı ise çok stresli ve zor olarak yorumlayabilir. Multipar kadınların daha önceki doğum deneyimleri olumsuz doğum deneyimi ise bu durum onlar için travmatik bir durum haline gelebilmektedir ve kadının daha sonraki doğum tercihini, annelik fonksiyonlarını ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (Aydın ve diğerleri, 2021). Gebe kadınlar genel olarak eylem esnasında yaşayacakları ağrıdan korkar ve bu ağrı ile mücadelenin planlamasını yaparlar. Bu planların içinde en baskın fikir ağrıyı tamamen hissetmemek ve bunun akabinde ya ağrısız doğum ya da sezaryen doğumu tercih etmektedirler. (Ulas ve diğerleri, 2016).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP), ağrının genellikle uyum sağlayıcı bir role sahip olduğunu ancak işlevsel durum, sosyal ve psikolojik iyilik hali üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini belirtmektedir. Williams ve Craig ağrıyı “duyusal, duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenlerle gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili rahatsız edici bir deneyim” olarak tanımlamaktadır (Williams ve Craig, 2016).

İnsanlar yüzyıllardır ağrısız doğum için birçok yöntem denemiştir. Fakat tüm gebeleri memnun edebilecek ortak bir yöntem tanımlanamamıştır. Doğum ağrısı; Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve Amerikan Anesteziyologları Derneği (ASA) tarafından tedavi için bir endikasyon kabul edilmektedir. İyi uygulanan analjezi maternal morbidite ve mortaliteyi azalttığı ve fetüs üzerine de olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir. (Yıldızhan ve diğerleri, 2008). Son zamanlarda gelişen ağrısız doğum teknikleri özellikle rejyonal anestezi teknikleri ve yeni ilaçlar ile doğum ağrısı ortadan kaldırılmaktadır. Bu teknik ve ilaçlar

aracılığı ve tecrübeli ekip ile son derece güvenli ve etkindir. Gelişen rejyonel anestezi sonucunda doğum ağrısı tamamen ortadan kalkmakta ve akabinde epidural doğum yaygınlaşmıştır (Öz ve diğerleri, 2019).

Ülkemizde “prenses doğum” olarak bilinen epiduralle doğum uygulamaları özel hastanelerde daha ön planda iken artık bu uygulamalar üniversite hastanelerinde de aktif bir uygulama haline gelmiştir. Epidural analjezi uygulaması primigravid ya da multigravid oluşuna bakılmadan gebenin travay takibi boyunca içinde bulunduğu eylem safhası gözetmeksizin ağrısının ilk şiddetlendiği esnada uygulanmaya başlanmaktadır. Uygulanan bu analjezi gebenin doğum eylemi ve postpartum dönemde konforuna, güven duygusuna, ağrısı ile baş etme düzeyine, kaygı düzeyine ve anne-bebek arasındaki ilişkinin de artmasına katkı sağlayabilir. Diğer taraftan doğumda uygulanan bu analjezi uygulaması primigravid ve multigravid kadınlar arasında farklı etkiler oluşturabilir.

Doğum esnasında kadına ebe tarafından uygulanan nonfarmakolojik uygulamaların yanı sıra; özellikle doğum öncesi eğitim almamış olan primipar gebelerin ve daha önceki travmatik doğum deneyimi olan multipar gebelerin Dünya Sağlık Örgütü’nün Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Modeli önerilerinde de olduğu gibi ağrının ilk başladığı esnada uygulanarak pozitif bir doğum süreci geçirmelerinde etkili bir yöntemdir ve diğer başka sonuçları da beraberinde getirmektedir (WHO, 2018). Çalışmamız ile epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların kaygı düzeyi ve doğum süreci açısından karşılaştırılması bulunacak sonuçların literatüre katkı sağlayacağı ve sağlık profesyonellerine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların kaygı düzeyi ve doğum süreci açısından karşılaştırmaktır.

1.3 Araştırma Soruları

1-Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların kaygı düzeyi arasında fark var mıdır?

2-Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların doğum süresi açısından aralarında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum ve Doğum Ağrısı

2.1.1. Doğum

Doğum; son adet döngüsünden 40 hafta sonra, gebelik ile oluşan fetüs ve eklerinin uterustan dışa atıldığı bir olaydır. Vajinal doğum, uterusun fazla büyüemediği ve fetüsün uterus dışı ortamda yaşayabilecek olgunluğa ulaştığı bir dönemde gerçekleşmektedir. Vajinal doğum sürecinin son adet döngüsünden 40 hafta sonrası, kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir bebeğin olmasıyla, vertex pozisyonunda, baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan, sağlıklı bir bebek ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (Taşkın,2012).

Dünya sağlık örgütünün doğum manifestosuna göre doğum;

- Doğum kendiliğinden başlamalıdır.
- Doğum boyunca hareket özgürlüğü olmalıdır.
- Doğumda gebeye sürekli fiziksel ve duygusal destek verilmelidir.
- Gereksiz müdahalelerden kaçınılmalıdır.
- Doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.
- Doğumda anne ve bebek bir arada olmalıdır (WHO, 2018).

2.1.1.1. Doğumun Evreleri

Birinci evre; gerçek doğum ağrıları ile başlar ve servikal dilatasyon ve efasmanla tamamlanır. Bu evre kendi içinde 3 fazı içerir. İlk faz olan latent fazda kontraksiyon şiddeti hafiftir ve kadın bu kontraksiyonlarla baş edebilir. Efasman tamamlanıp dilatasyon 3 cm olunca bu faz biter. Primiparlarda 6 saat, multiparlarda ise yaklaşık 4.5 saattir. Bu sürenin uzaması baş-pelvis uyumsuzluğunu akla getirir. Erken dönemde yapılan analjezinin bu fazın

uzamasına neden olabilir. İkinci faz olan aktif fazda dilatasyon 4-7cm'dir ve bebek doğum kanalından ilerler. Anne kendisinde olan kontrolünü kaybedeceğinden korkar. Primiparlarda 3 saat, multiparlarda ise yaklaşık 2 saattir. Bu dönemde uygulanan analjezinin eylemin seyrine hiçbir etkisi yoktur. Eylemin üçüncü ve son fazı olan geçiş fazında dilatasyon 8-10 cm'dir. Bebek hızla doğum kanalından aşağı iner. Anne kontrolü kaybedebilir ve anksiyetesi artar. Primiparlarda 3saatten, multiparlarda ise 1saatten fazla sürmemesi beklenir (Taşkın, 2012).

İkinci evre; servikal efasman ve dilatasyonun tamamlanması ile başlar ve bebeğin doğumu ile tamamlanır.

Üçüncü evre; bebeğin doğumu ile başlar ve plasentanın doğumu ile tamamlanır.

Dördüncü evre; plasentanın doğumundan itibaren 1-4 saati kapsar (Taşkın, 2012).

2.1.2. Doğum Ağrısı

Ağrı Türkçe bir kelimedir. Türk Dil Kurumu ağrı'yı; vücudun herhangi bir yerinde duyulan sürekli ve şiddetli acı olarak tanımlamaktadır (TDK, 2022).

Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Toksonomi Komitesi (2020) 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 duyumdur, davranış şeklidir". Mc Caffery (1999) ağrıyı, "Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır,," şeklinde ifade etmiştir.

Doğum ağrısı bugüne kadar bilinen ve ifade edilen en şiddetli ağrı tiplerinden biridir. Doğum ağrısının her doğum yapan kadının yaşamak zorunda olduğu inanişinin aksine doğum ağrısı mutlaka kontrol altında tutulmalıdır. Eylemde kontrol edilemeyen her ağrı anne ve bebeğe süreç boyunca zora sokar ve olumsuz etkiler bırakır. Bunlar kardiyovasküler sistem, solunum sistemi ve nöroendokrin limbik sistemleri üzerinde olmaktadır. Ağrı bireyseldir ve her bireyden ağrıya farklı yanıtlar alınır. Primiparlar bu ağrıyı karşılaştıkları en şiddetli ağrı olarak ifade ederlerken, daha önceki deneyiminden ötürü multiparlar daha fazla ağrı hissedebilirler (Ertem ve Sevil; 2005).

2.1.2.1. Doğum Ağrısının Özellikleri

- Doğum ağrısı sürecin normal bir parçasıdır. Diğer ağrı tipleri bir hastalığı ya da bozulan bir durumu belirtirken doğum ağrısı tamamen olağan ve doğaldır. Doğum esnasında ortaya çıkan bu ağrı hem fetüsün doğum kanalında ilerlemesine yardımcı olur hem de annenin bu durumdan kurtulması için eylem sırasında çaba göstermesini sağlar (Yıldırım, 2001).
- Doğum ağrısı gebelik boyunca gebeliğin sonuna doğru beklenen, olağan bir durum olduğu için bir hazırlanma dönemi vardır. Gebe kadın bunu aylarca bekler. Gebe okullarında doğum öncesi eğitim ile ağrı ile baş etme yöntemlerini öğrenebilir (Okumuş ve ark. 2001).
- Doğum ağrısı sadece doğumun gerçekleştiği süre boyunca kalır ve günlerce sürmez. Bu ağrı bebeğin doğması ile hemen azalır. Ağrı başladığı andan itibaren aralıklı olarak devam eder ancak zaman geçtikçe ağrılar daha sık ve daha şiddetli olmaya başlar. Eylemin başında ağrılar daha çok tolere edilirken eylemin sonuna doğru kontraksiyon aralarındaki dinlenme fazı azalır (Ekizler 1996).
- Doğum ağrısının şiddeti değişkendir (Taşkın, 2012).
- Doğum ağrısı sürekli olmaz ve dinlenme dönemleri vardır. Eylemin erken döneminde gebeler bu ağrıyı “rahatsız edici” olarak ifade ederler. Fakat eylem ilerledikçe ağrının şiddeti ve süresi öylesine artar ki dinlenme fazları kısa da olsa kadınlar bu dönemde az da olsa rahatlar (Okumuş ve ark. 2001)
- Ağrı esnasında gebe ile iş birliği yapmak ağrı kontrolünü sağlamada oldukça etkili bir durumdur. Doğum ağrısını anneye daha kolay tolere ettirmek için bebeğin sağlık durumunu düşünmesini sağlayarak annelerin bu durumu daha kolay atlatmasına yardımcı olunur (Taşkın 2012).

2.1.2.2. Doğum Ağrısının, Doğumun Evrelerine Göre Fizyolojisi

Evre 1: Gerçek doğum ağrıları ile başlayan, servikal efasman ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanan evredir. Bu evrede kontraksiyonların varlığı ile ağrıya sebep olan durum, alt uterin segment ve serviksin dilatasyonuna bağlıdır. Ağrı ile birlikte afferent lifler ve sempatik sinir sistemi lomber sempatik zinciri izleyerek T10-11-12 ve L1 spinal liflerin arka kökleri ile

birlikte santral sisteme ulaşır. Gebe daha travay sürecine girmeden önce bu uyarılar yalnızca T-11 ve T12 seviyelerinde olup travay sürecinde iken T-10 ve L1 arasına ulaşmış olur. Ağrı bu evrede gebe tarafından tam lokalize edilemezken ağrı bacaklara yayılan ve belden sırtta yayılım gösteren ağrı şeklindedir (Taşkın, 2012; Şahin, 2006; Özyuvacı, 2007; Özatamer, Alkış N, Batasilam, Küçük, 2002; Küçükgülü, 2000; Erdine, 2007; Erdine, 2005; Kömürcü N, Berkiten AE, 2008).

Evre 2: Servikal efasman ve dilatasyon tamamlanması ile başlayan, bebeğin doğumu ile sonlanan evredir. Bu evrede dilatasyonunu tamamlamış serviksin oluşturduğu nosiseptif uyarı azalır ve mevcut ağrıya fetüsün önde gelen kısmının pelviste ve perinede ilerlerken, ağrıya duyarlı bölgelerde oluşan ağrı da eklenir. Aynı zamanda ağrıya pelvisin ağrıya duyarlı dokularının karşılaştığı basıncın artması ve perinede oluşan distansiyonun da sebep olduğu bilinmektedir. Pudental sinir aracılığı ile perinenin duyuşal ve motor lifleri S2-3-4 seviyesinden santral sisteme ulaşmış olur. Vajinanın terminal dalları duyuşal yollar ile ilioinguinal ve genitofemoral sinirlere bağlanmaktadır. Bu yapıların aracılığı ile arka boynuza, oradan spinal kordun diğer yapılarına ve devamında beyine ilerleyen nosiseptif verinin işlenmesi tıpkı diğer akut ağrılarda da gerçekleşen iletim sistemine benzer şekilde olduğu düşünülmektedir. Serviks ve perinede oluşan gerilme sonrası meydana gelen uyarı da A-delta ve C sinir lifleri iletimi ile arka boynuza taşındığı tahmin edilmektedir. (Taşkın, 2012; Özyuvacı, 2007; Şahin, 2006; Glasten, 2000; Erdine, 2005)

Evre 3: Bebeğin doğumu ile başlar, plasantanın doğumu ile sonlanan evredir. Bu evrede yani plasantanın ve buna eşlik eden birinci saatte yaşanan ağrı, fetüsün aşağı inerken ve plasantanın ayrılışı ile ortaya çıkan ağrılı uyarılardır. Bebek başının çıkımda oluşturduğu santral ve periferik hiperaljenik durum azalırken A beta liflerinin meydana getirdiği epizyotomi uygulaması sonrasında hiperaljezi birkaç gün sürebilir (Taşkın, 2012; Erdine, 2005; Erdine, 2007; Glosten, 2000; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Özyuvacı, 2007; Şahin, 2006).

Doğum ağrısı kendine özgüdür ve çok yönlüdür. Bu ağrının giderilmesi için sağlık ekibi tarafından kadın genital organlarının fizyolojisi ve anatomisi, doğum ağrısı ve onu etkileyen durumlar, ağrının kadın ve fetüse etkileri ve doğum sürecindeki ağrı mekanizmalarının iyi bilinmesi gerekmektedir. Kadınlar doğum ağrısını genellikle hayatlarındaki en şiddetli ağrı olarak ifade etmişlerdir. Travay süreci boyunca uygun zamanda ve uygun ekip tarafından uygulanan anestezi ve analjezinin anne ve bebek üzerinde mortalite ve morbiditeye katkısı olmadığını ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur. Hatta yüksek riskli

gebeliklerde mortalite ve morbidite oranını azalttığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Şahin, 2006; Owen 2006).

2.1.2.3. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğum ağrısı akut olarak başlayıp hızlı ilerler ve duygusal faktörlerden etkilenen bir durum olduğu için değerlendirmesinde de birtakım zorlukları vardır. Bu yüzden birden çok yöntem kullanılmaktadır. Ağrı objektif hale getirmek için ölçekler kullanılır ve bu ölçeklerin meydana getirdiği birçok fayda ortaya konmuştur. Bunlar; anne ile yapılan iş birliği, uygun bakım ve tedavinin planlanması, uygulanan bakım ve planlanan tedavinin etkinliğinin anlaşılması için yol gösterici olmaktadır. (Afşar ve Pınar 2003; Collins ve diğerleri, 1997; Mucuk 2010; Mamuk 2008; Aslan 2002).

Ağrı değerlendirmesinde en kolay yol kişiye ağrısının olup olmadığını sormaktır fakat kişinin bu soruya sadece “var” ya da “yok” olarak cevap vermesi ağrı değerlendirmesi açısından yeterli değildir. Bu yüzden; ağrının tipi, yeri, özelliği, şiddeti, zamanla ilişkisi, ağrının artmasına ve azalmasına neden olan faktörlerin de bilinmesi gereklidir (Eti Aslan 2002).

2.1.2.4. Doğum Ağrısının Kontrolü

Günümüzde artık uygar tıp uygulamalarında doğum eyleminde yaşanan ağrının kabul edilebilir ya da gerekli olduğu fikirleri ortadan kalkmış ve böylece doğumda meydana gelen acı ve ağrının kontrolü obstetride mühim bir yere sahip olmuştur. Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jiinekoloji Derneği (ACOG); doğum ağrısının varlığını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmektedir (Mamuk 2008; Ersanlı 2007).

2.1.3. Doğum Eyleminde Nonfarmakolojik ve Farmakolojik Yöntemler

Kadına eylem sırasında ağrısının hafifletilmesi ve bunun etkisi ile pozitif bir doğum deneyimi oluşturulması kadın sağlığı açısından önemli bir husustur (Uyanık, 2019). Bu

sebeple kadının ağrısını en aza indirmek ve başatme becerilerini ortaya çıkarmak için nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Kömürcü, 2014).

2.1.3.1. Non-farmakolojik yöntemler

Kadının tamamen gevşemesini ve ağrısını en az şekilde algılamasını sağlayan herhangi bir ilaç kullanılmadan uygulanan yöntemlerdir. Bu yöntemlerden başlıcaları;

Psikoprofilaksi (doğal eylem ve doğum), transkütanöz elektriksel sinir stimölasyonu (TENS), hipnoz, akupunktur kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerdir. Bu yöntemler sıklıkla kombine veya modifiye edilmişlerdir (Çakırca, 2009).

- Akupunktur: Gebenin ağrı eşiğı ile değışkenlik gösteren duyu kaybı ya da duyu azalması (hipoaljezi) durumunu meydana getirir ve tam anlamıyla bir gevşeme sağlamaz. Yeterli ve güvenilir olmadığı gibi zaman alır, aynı zamanda hızlı etki etmez. İğneleri yerinde sabit tutmak zordur (Hughes SC ve diğerleri, 1988).
- TENS: ilk olarak T10-L1 seviyesine ikişer elektrod, daha sonra diğer ikişer elektrod S2-4 seviyesine yerleştirilir. Üst iki elektrotdan devamlı olarak düşük yoğunlukta yüksek frekansta (60-80 Hz) uygulanır. Uyaran şiddeti kontraksiyonlar başladığı anda arttırılmaya başlanır. Daha çok doğumun ilk evresinde %40-50 oranında başarı sağlar, 2. ve 3. evresinde yeteri kadar analjezik etki görülmez. Ek olarak bu elektriksel stimölasyonlar fetal monitörizasyonu etkiler (Hughes, 1988).
- Hipnoz: Gebeliğın 20 ve 24.haftasından itibaren başlanır ve anne bir seri eğitim seansı sonucunda pozitif duyguları algılamayı, negatif duyguları pozitive çevirmeyi, trans haline geçmeyi öğrenir. Gebenin bu eğitimleri alırken ortaya çıkan psikolojik tehlikeleri ve alınan eğitim süresinin uzun olması sebebiyle nadir kullanılmaya başlanmıştır (Çakırca, 2009)
- Psikoproflaksi: Son yıllarda psikolojik aneztezinin psikoproflaktik olarak en popüler tekniğı olan Lamaze'dır (Lamaze, F. 1958). Gebe eğitimi ve pozitif düşünce ile bebeğın doğum eylemini gözetmeksizin uygulanan bu teknikte; eylemin başlamasıyla ortaya çıkan veya doğum eyleminin sebep olduğu doğum eyleminin başlaması veya doğumun neden olduğu ağrının serebral kortikal aktivasyonda oluşturulan reorganizasyon ile suprese edilebileceğı inancı üzerine kurulmuştur (Çakırca, 2009).

2.1.3.2. Farmakolojik Yöntemler

Tarihte doğum eyleminde kadınların ağrı şiddetlerinin azaltılması amacıyla ilk kez 1846 yılında eterin kullanılmasıyla başlamıştır. Daha sonra 1853 yılında yine doğum ağrılarının azaltılması amaçlanarak kloroform kullanılmıştır. Son yıllarda rejyonel anestezinin gelişmesiyle gebelerde doğum sancılarının azaltılması amacıyla epidural doğum yaygınlaşmıştır (Öz ve diğerleri, 2019). Epidural analjezi, uygulanmaya başladıktan sonra çoğunlukla epidural kateter aracılığı ile kullanımı tercih edilmiştir. Tarihsel açıdan bu, doktor veya ebe-hemşire tarafından uygulanarak epidural bolusların manuel ve ihtiyaç duydukça tekrarlayan şekilde uygulanırdı. Fakat bu işlem oldukça emek isteyen ve gereksiz ilaç kullanımına sebep olan bir durum ortaya koyar. Bolus tekniği devamlı infüzyon tekniği ile kıyaslanacak olursa lokal analjezik toksisite riski daha fazladır (Leong ve diğerleri, 2017).

Doğum analjezisinde kullanılan farmakolojik yöntemler;

- Nitrous oksit ve oksijen karışımının inhalasyonu,
- Parenteral opioidler,
- Hasta kontrollü analjezi (remifentanil)

Santral epidural analjeziden (sinir bloku için epidural ile uygulanan regional analjezi) oluşmaktadır. Kullanılan yöntemin türü, tıbbi hizmet sunum koşulları, hasta tercihleri, kültürel ve sosyal özelliklere bağlı olarak değişebilir (Hensen M. ve diğerleri (2014); Sng BL. ve diğerleri (2014)).

2.1.3.2.1. Nitrous oksit ve oksijen karışımının inhalasyonu

Doğum analjezisi olarak ilk kullanılan yöntemdir. Entonox adı verilen bir cihaz aracılığı ile N₂O ve O₂ inhalasyon yoluyla otomatik olarak kadına verilmiştir ve etkinliğinin kısıtlı olduğu görülmüştür. Vajinal doğumlarda genel anestezi sık kullanılmadığı için tercih edilmemektedir. Yenidoğanda solunumu deprese etmez ve vücuttan birkaç dakika sonra atılır. (Kömürcü ve Berkiten 2008; Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007; Ulutaş 2011; Çelik ve Apilioğulları 2012).

2.1.3.2.2. Parenteral İlaç Uygulaması

Kullanım kolaylığı açısından doğumda daha çok tercih edilen intramüsküler opioid uygulaması, plasentadan geçişi kolay olduğu için dolayı fetüsü etkiler. Özellikle meperidinin erken dönemde veya duyarlı dönemlerde uygulanması ile fetüste beyin hasarının gelişebileceğine ilişkin bulgular vardır (Kömürcü ve Berkiten 2008; Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007).

2.1.3.2.3. Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)

Oldukça kullanışlı ve etkin bir yöntemdir. Bu yöntemle hasta ağrı esnasında ihtiyaç duydukça, az dozlarla, elindeki butona basarak epidural yolla ya da intravenöz yolla vakit kaybetmeden analjezik ilacı alır ve kendi kendine ağrıyı dindirmesine yardımcı olur (Ulutaş 2011; Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007).

2.1.3.2.4. Lokal Analjezi

Bebek ve anne açısından en güvenli ve en uygun yöntemdir. Lokal infiltrasyon anestezisi; vücudun küçük bir bölümüne uygulanmasıyla o bölgenin küçük bir kısmında hissin yok olması olarak tanımlanır (Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007; Çelik ve Apilioğulları 2012; Ulutaş 2011).

2.1.3.2.5. Regional Analjezi (Bölgesel Analjezi)

Bilinç kaybı olmadan sadece girişim yapılacak alana uygulanan analjezi yöntemidir. Bu yöntem son zamanlarda annenin de doğum aktif olarak katılmasını sağladığından genel anesteziye göre daha çok tercih edilmektedir.

Doğum analjezisinde regional yöntemler şunlardır:

- Epidural blok
- Spinal blok
- Paravertebral blok
- Lomber sempatik blok
- Pudental sinir bloğu
- Perineal infiltrasyon
- Kaudal blok
- Kombine spinal-epidural blok (Kömürcü ve Berkiten 2008; Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007; Ulutaş 2011; Caton ve ark. 2002; Çelik ve Apilioğulları 2012).

2.1.3.2.6. Spinal Analjezi

L2-5 arası Serebrospinal sıvıya intervertebral aralıklardan birinden lokal anesteziğin doğrudan enjeksiyonu ile işlem gerçekleşir. Bu işlem omurilik sinirlerinde iletimi engeller ve uygulama bölgesinden aşağıya doğru tamamen bir his kaybına neden olur. İşlem doğumdan hemen önce uygulanır. Epidural analjeziye göre dezavantajları; derin hipotansiyon ve uteroplasental kan akımındaki düşüşlerin daha fazla yaşanması, yüksek blok oluşturma riski, daha fazla baş ağrısı, doğumun sadece ikinci evresinde uygulanabilmesidir. Avantajı ise; etkisinin daha hızlı başlaması ve daha kolay yapılmasıdır (Şentürk Yazıcı 2009; Ulutaş 2011).

2.1.3.2.7. Kaudal Epidural Blok

Doğum eylemi başladığı anda kaudal analjezi uygulanmaya başlanır. Spinal aralığa yerleştirilen iğne akabinde rektal muayene yapılır ve sonrasında katater yerleştirilir. Lomber epidural Kaudal epidurale göre daha çok tercih edilir çünkü uygulanması daha kolaydır. Daha az ilaç dozu gerekir. Perineal anestezinin ve kas relaksasyonunun daha fazla olması bu uygulamanın avantajlarından (Şentürk Yazıcı 2009).

2.1.3.2.8. Pudental Blok

Doğumun, komplikasyon olmaksızın ikinci evresinde perine anestezisi için uygulanır perineal yol ya da transvajinal yolla uygulanır ancak doğum ağrısı üzerinde bir etkisi yoktur. Retropsoas, vajinal hematoma ve pelvik abse başlıca komplikasyonlardır (Şentürk Yazıcı 2009).

2.1.3.2.9. Epidural Blok

Farmakolojik yöntemler arasında doğum analjezisinde kullanılan en etkili yol olarak gösterilmektedir (Jones ve diğerleri, 2012; Bonouvrie ve diğerleri, 2016). Vajinal doğumda kullanım amacı, düşük konsantrasyonlu, annede ıkınma isteğini kaybettirmeyen ve uterus kontraksiyonlarına izin veren lokal anestezi aracılığı ile yeterli analjezi sağlamaktır. Epidural blokta sadece ağrıya sebep olan segmentler engellenir ve kontraksiyonlar ağrıdan çok gebede basınç olarak hissedilir. (Hessen ve Klimek, 2016). Bu uygulama sonrasında kadın, doğumunun ikinci evresinde rahat edebilecekleri pozisyonları kullanabilirler. (Kemp ve diğerleri, 2013).

Epidural blok uygulamasında annenin bel bölgesinde L2-3 ya da L3-4 seviyelerinden normal özel bir iğne aracılığıyla girilir omurilik zarının dışındaki bölgeye yerleştirilen bir kateter aracılığıyla lokal analjezik madde verilir ve belden aşağısından itibaren ağrıyı hissetmesi engellenir (Eriksen ve diğerleri, 2011; Saric ve diğerleri, 2012). Eylem esnasında uygulanan bu nörooksiller analjezi, lumbal epidural ve kombine spinal epidural analjeziler şeklinde kullanılmaktadır. Epidural solüsyonlar bolus enjeksiyon, devamlı infüzyon veya hasta kontrollü pompalar aracılığı ile uygulanabilir (Hessen ve Klimek, 2016; Anim-Somuah ve diğerleri, 2011).

Epidural doğum analjezisi için önerilen işlemler

1. Nöroaksiyel analjezi hazırlık kontrol listesi tamamlanır.
2. Bir yardımcı aracılığı ile hastaya pozisyon verilir. (Lateral veya Oturur)
3. Annede kan basıncı ile oksijen saturasyonu, fetusta ise FKH monitörizasyonuna başlanır.

4. İntravenöz laktatlı Ringer sıvı infüzyonuna başlanır.
5. Sterilizasyon tekniklerine uyarak epidural analjezi için epidural kateter yerleştirilir.
6. Epidural test dozunu uygulanır
7. Eğer test dozun sonucu negatif ise epidural kateteri tespit edilir ve hasta lateral pozisyonda yatırılır.
8. 10-20 mL epidural LA (veya genellikle lipofilik bir opioid ile kombine edilmiş düşük konsantrasyonlardaki bir LA) 5 mL'lik artışlarla uygulanır.
9. Kan basıncını yaklaşık 15-20 dk süre ile veya anne hemodinamik olarak stabil oluncaya kadar 1-2.5 dk aralıklarla ölçülür.
10. Ağrı skorunu ve duyuşal bloğun genişliğı (hem sefale hem de kaudale) değerdendirilir.
11. Epidural analjezinin idamesine geçilir (TARD, 2017).

Nöraksiyel doğum analjezisi için kontrol listesi

- 1- Obstetrisyen ile anne adayının obstetrik hikâyesinin erken görüşülür.
- 2- Preanestezik değerdendirme yapılır.

Maternal obstetrik, anestetik ve genel sağlık durumu gözden geçirilir.

Kısa fizik muayene (Vital bulgular, havayolu, kalp, akciğer ve bel bölgesi)

- 3- Varsa laboratuvar ve görüntüleme sonuçları değerdendirilir.
- 4- Kan ihtiyacı, kan grubu, kan tetkiki veya cross match hazırlanır.
- 5- Analjezi planı düzenlenir
- 6- Hasta onamını alınır
- 7- Ekipman kontrolü yapılır.

Rutin ilaç ve ekipman kontrol edilir

Acil resüsitasyon ilaçları ve ekipman kontrol edilir.

- 8- Periferik damar yolu açılır.
- 9- Maternal monitörizasyonu yapılır (Kan basıncı, kalp atım hızı, nabız oksimetri)
- 10- Fetal kalp atım hızı monitörize edilir (TARD, 2017).

Epidural analjezi için LA seçenekleri

- i. %0.0625-%0.125 bupivakain
- ii. %0.08-%0.2 ropivakain
- iii. %0.0625- %0.125 levobupivakain
- iv. %0.75-%1.0 lidokain (TARD, 2017).

Nöroaksiyel analjezi için obstetrik ve tıbbi endikasyonlar

- Tıbbi bir engel yok ise annenin isteği üzerine travay-doğumda analjezi için
- Doğumun ağır ilerlemesi ve doğum indüksiyonu uygulanacak olgular
- Çoğul gebelik
- Malprezentasyon bulguları
- İntrauterin büyüme geriliği
- Gebelikle beraber ortaya çıkan hipertansiyon ve preeklampsi
- Geçirilmiş sezeryan olgusunda yeni bir travay ve doğum
- Diabetes mellitus (gestasyonel ya da mevcut diabet)
- Müdahaleli doğum şansını artıran maternal veya fetal komplikasyonlar
- Postpartum hemoraji hikâyesi
- Vücut kitle indeksi (BMI) >40 veya birlikte obstrüktif uyku apne sendromu (TARD, 2017).

Nöroaksiyel analjezi için kontrendikasyonlar

Doğumda nöroaksiyel analjezi kontrendikasyonları çok nadir görülür. Fakat riskleri ve yararları vaka bazında değerlendirilmesi daha uygundur. (D'Arby Toledano R ve diğerleri, 2023). Kesin kontrendikasyonları sayacak olursak; hastanın onam vermemesi, gebenim uyum göstermemesi, işlemin yapılacağı bölgede enfeksiyon, koagülopati, kafa içi basınç artışı, bariz hipovolemi, lokal anesteziye gerçek alerji olarak sıralanabilir (Butterworth ve diğerleri, 2015; Akın ve diğerleri, 2016; Halliday ve diğerleri, 2022; Gilbert ve diğerleri, 2023).

2.1.3.2.9.1. Epidural Analjezinin Fetal Etkileri

Fetal etkiler, analjezinin gebeye veriliş yolu, veriliş doz, veriliş zamanı ve fetüsün organ gelişim durumuna bağlı olarak gelişebilir (Butterworth ve diğerleri, 2015). Uygulanan analjezi plasental aracılığıyla doğrudan veya maternal etkiler aracılığı ile dolaylı olarak fetüse etki edebilir. Analjezinin verilmesi ile uterus tonusu artabilir ya da hipotansiyon gelişebilir. Bunların sonucunda fetal monitörizasyon trasesinde bozulma, fetal oksijenlenmesinde azalma ve FHR anormallikleri görülebilir. Hızlı analjezi uygulaması başlangıcından sonra ilk 15 dk içerisinde fetüste bradikardi görülebilir ve olağan tedavilerle sezaryen doğum ihtiyacı ya da fetal asidemi ortadan kaldırılır. (Gilbert ve diğerleri, 2023). Bu tedaviler;

- Oksitosin uygulaması varsa sonlandırmak,
- Gebeyi sol yan pozisyona getirerek aortokaval basıncı önlemek,
- Ek oksijen uygulamak
- Mümkünse, fetal kafa derisi uyarısı yapmak,
- İnatçı uterin hipertonus veya taşisistol için tolakotik ilaç uygulamak,
- Volüm arttırıcı sıvı tedavisi uygulamak,
- Kan basıncı geri dönmezse fenilefrin veya efedrin verilmek (D'Arby Toledano R ve diğerleri, 2023).

2.1.3.2.9.2. Epidural Analjezinin Neonatal Etkileri

Lokal anezteziler maternal dolaşımdan plasenta aracılığı ile fetal dolaşımda dengeye girer. Doğum sonrasında yenidoğanda solunum depresyonu ve nörodavranışsal değişimlere sebep olabilir. (Duke ve diğerleri, 2017). Neonatal dönemde göbek kordunda ve yenidoğan idrarında görülebilir (Halliday ve diğerleri, 2022). Bunun yanı sıra, son dönemde yapılan çalışmalarla uygulanan analjezi sonrasında FKH anormallikleri, yenidoğan canlandırma ihtiyacı, 5. Dakika APGAR skorları veya neonatal yoğun bakıma yatış oranları üzerinde çok az fark oluştuğu ya da hiç fark oluşturmadığına yönelik kanıtlar vardır (Halliday ve diğerleri,

2022). Doğum öncesi annede hipotansiyon görülmedi ise düşük doz lokal analjezi yenidoğan üzerinde olumsuz etkiler yaratmaz (Duke ve diğerleri, 2017; Gilbert ve diğerleri, 2023).

2.1.4. Kaygı

Kaygı, Türk Dil Kurumu (TDK)'nın ifadesine göre “üzüntü, endişe duyulan düşünce, gam, tasa” olarak ifade edilir. (TDK,2019) Kaygı kelimesi insanın hayatı boyunca önüne çıkan endişe verici, stresli ve olumsuz olaylara uyum sağlayabilmek için oluşturduğu yanıt biçimi olarak ifade edilebilir (Özşahin, 2017). Kaygı huzursuzluk veren, endişeli bir hal oluşturan kompleks bir histir. Kişide oluşan bu duygu durumu belli bir seviyeye kadar kişiyi bulunduğu durum içinde motive ederken, belli bir seviyeden sonra ise hayatına negatif yönde etki etmeye başlar (Kaplan ve diğerleri, 2007; Üst ve Pasinlioğlu, 2015).

2.1.4.1. Kaygı Çeşitleri

Kaygı, sürekli kaygı ve durumluk kaygı olmak üzere iki şekilde ele alınır.

Sürekli kaygı: Bireyin özünde var olan bir savunmadır ve devamlı olarak artarak ilerleyen bir kaygı çeşididir. Durumluk kaygı gibi olayın gerçekleşme zamanında ortaya çıkan bir hal değildir (Tabur 2007; Kılınç Akman, 2015). Ortamda pozitif veya negatif herhangi bir durum olmamasına rağmen bireyin bulunduğu ortamı negatif olarak kavrayıp negatif hislere bürünmesidir (Tabur 2007).

Durumluk Kaygı: Bireyin içinde bulunduğu hal içinde hissetmiş olduğu durumdur. Tüm insanların yaşayabileceği bir durum olup sürekli olmayan kaygılardır. Bu durum farklı olaylar için değişebilir. (Özdemir ve diğerleri, 2017). Stresin yoğun olduğu yaşamda durumluk kaygı seviyesinde artış görülüp, aynı şekilde var olan stresin yok olmasıyla durumluk kaygı seviyesinde azalma görülebilir. Durumluk kaygı bireyin bir durum içinde kendisini tehlikede olduğunu hissettiği durumlarda veya stres verici tehlikeli durumlarla karşılaştığında meydana gelen bir durumdur (Kılınç Akman, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Analitik ve kesitsel tipte olup epidural analjezinin primigravid ve multigravid kadınların kaygı düzeyi ve doğum süreci üzerine etkisi araştırılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi TDL (Travay-Doğum-Lohusa) servisinde yürütülmüştür. TDL servisi iki ayrı servis olarak üçü suda doğum olmak üzere 24 odalı ve tek kişiliktir. Gebenin travay izlemi, doğumu ve doğum sonrası en az iki saat postpartum takibi tek kişilik TDL odalarında yapılmaktadır. Ayrıca uygun olan her kadın için refakatçi kabulü yapılmaktadır. Hastanede bir yılda (2023) ortalama 4162 normal doğum gerçekleşmektedir. TDL servislerinde 2 klinik şefi gözetiminde 5 kadın doğum uzmanı, 20 kadın doğum asistanı ve her gebeye bir ebe olacak şekilde 56 ebe görev yapmaktadır. Hastane 2019 yılında açılmış ve halen hizmet vermeye devam etmektedir. Hastane 2021 yılında anne dostu hastane, 2022 yılında bebek dostu hastane ünvanını almıştır. Hastanede Kadın Doğum Polikliniği, Kronik Pelvik Ağrı ve Endometriozis Polikliniği, Suda Doğum, Gebe Okulu, Tüp Bebek Merkezi, Tekrarlayan Gebelik Kaybı Polikliniği, Polikistik Over Sendromu Polikliniği, Menopoz Polikliniği, İnfertilite Polikliniği, Gençlik Merkezi, Cinsel Sağlık Polikliniği, Aile Planlaması Polikliniği, Jinekoloji Polikliniği, Kadın Doğum Acil Servis, Kadın Doğum Yoğun Bakım Ünitesi, 3.Düzye Neotatoloji Ünitesi, Prematüre Retinopatisi Tanı ve Tedavi Merkezi Bulunmakta ve aktif olarak hizmet vermektedir.

3.3 Araştırmanın Zamanı

Araştırma 30 Ekim 2022- 30 Ekim 2024 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Araştırma ile ilgili basamaklar ve zaman çizelgesi Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Tablo 1 Araştırma zamanına ilişkin bilgiler

İşlemler	Tarih
Araştırma Konusunun Seçimi	Ekim 2022
Tez Önerisinin Hazırlanması	Aralık 2022
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Ön Onayının Alınması	Ocak 2023
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nden Resmi İzin Alınması	Haziran 2023
Araştırma Verilerinin Toplanması	Temmuz 2023- Ocak 2024
Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi	Ağustos-Ekim 2024
Araştırma Sonuç Raporunun Hazırlanması	Ağustos-Ekim 2024
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Son Onayının Alınması	Ekim 2024

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi'nde doğum amaçlı başvuruda bulunan, vajinal yolla doğum yapan ve epidural analjezi uygulanan 2221 kadın arasından araştırmaya alınma kriterlerine uyan kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemine en az alınacak kadın sayısı, daha önceden yapılmış benzer bir çalışmaya ulaşılabilmesi nedeni ile G Power programında orta etki büyüklüğü ($d= 0.50$) kullanılarak hesaplanmış (t testi ile, %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için) ve 128 olarak bulunmuştur. Araştırmada olası kayıplar düşünülerek örneklem sayısına %15 (20 kadın) ekleme yapılmış ve toplam örneklem hacmi 148 kadın olarak belirlenmiştir (primigravid kadın:74 ve multigravid kadın: 74).

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Vajinal yolla doğum yapan kadınlar
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- Okuma yazma bilen
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmanın yürütülmesine engel teşkil edecek ruhsal rahatsızlığı olanlar,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen vajinal yolla doğum yapan kadınlar,
- Kanama profilinde bozulma olanlar,
- Fetal kalp atımında bozulma olanlar,
- Sezaryen doğum yapan kadınlar.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Obstetrik Özellikler Formu, İntrapartum ve Epidural Analjezi Bilgi Formu, Yenidoğan Bilgi Formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ) kullanıldı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Form 12 sorudan oluşmaktadır. Form kadının yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, sağlık güvencesi varlığı, bugüne kadar en uzun süre yaşadığı yer, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, eşinin mesleği, aile tipi, gelir durumunu sorgulamaktadır (Cambaz Ulaş ve diğerleri, 2016, Karaçam ve Gezer 2017). Form öz bildirim yöntemi ile kadın tarafından dolduruldu.

3.6.2. Obstetrik Özellikler Formu (Ek-2)

Form 9 sorudan oluşmaktadır. Form gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, daha önce doğum öncesi eğitim alma durumu ve gebeliğin planlı olma durumunu sorgulamaktadır (Öz ve diğerleri 2019, Cambaz Ulaş ve diğerleri, 2016). Form öz bildirim yöntemi ile kadın tarafından dolduruldu.

3.6.3. İntrapartum ve Epidural Analjezi Bilgi Formu (Ek-3)

Form 11 sorudan oluşmaktadır. Form kadının doğum salonuna geliş tarihi ve saatini, doğum salonuna geldiği saatteki servikal dilatasyon ve efasman düzeyini, ağrısız doğum uygulama (başlama) saatini, ağrısız doğum uygulaması sırasında yan etki görülme durumunu, ağrısız doğum uygulaması sırasında görülen yan etkileri, doğum eyleminde uygulanan müdahaleleri, laserasyon gelişme durumunu, doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evrelerinin sürelerini ve doğum eylemindeki yaşam bulguları, ağrı ve servikal açıklık, servikal efasman, baş seviyesi, serviks kıvamı ve serviks pozisyonuna ilişkin özellikleri sorgulamaktadır (Öz ve diğerleri 2019, Ersoy 2011, Cambaz Ulaş ve diğerleri, 2016, Karaçam ve Gezer 2017). Form araştırmacı tarafından gözlem/ölçüm yoluyla ya da gebe dosyasından elde edilen verilerle dolduruldu.

3.6.4. Yenidoğan Bilgi Formu (Ek -4)

Form 6 sorudan oluşmaktadır. Form yenidoğanın kilosu, boyu, baş çevresi, birinci ve beşinci dakika APGAR skoru, yenidoğana canlandırma uygulanma ve yenidoğanın özel bakıma ihtiyacı olma durumunu sorgulamaktadır (Karaçam ve Gezer 2017). Form araştırmacı tarafından gözlem/ölçüm yoluyla ya da gebe dosyasından elde edilen verilerle dolduruldu.

3.6.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ) (Ek-5)

1964 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından bu ölçek, geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması ve standardizasyonu Öner ve Le Compte tarafından 1974- 1977 yıllarında yapılmıştır (Öner ve Le Compte, 1998). Ölçeklerin her ikisi de dörtlü likert şeklindedir. Durumluk kaygı ölçeği, kişinin belirli bir zamanda ve belirli şartlarda kendisiyle ilgili duygularının betimlenmesi ile ilgilidir ve ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygularının şiddetine göre “1 (Hiç), 2 (Biraz), 3 (Çok), 4 (Tamamiyle)” gibi, dört şıktan birini işaretlemesini gerektirir. Durumluk kaygı ölçeği 20 maddeden oluşmaktadır. Sürekli kaygı ölçeği ise; kişinin kendini genel duygu haliyle nasıl hissettiğini dile getirmesini gerektirir. Sürekli kaygı ölçeğini okurken ölçek maddelerinin her bir seçeneğini “1 (Hemen hemen hiçbir zaman), 2 (Bazen), 3 (Çoğu Zaman), 4 (Her Zaman) ifadelerinden biriyle işaretlemişlerdir. Sürekli kaygı ölçeği de durumluk kaygı ölçeği gibi 20 madde içermektedir. Duruma bağlı kaygı ölçeğinde (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20’inci maddeler); sürekli kaygı ölçeğinde (21,26,27,30,33,36,39’uncu maddeler) olmak üzere 10’ar adet ters yönlü ifade bulunmaktadır. Ölçekte olumsuz duyguları doğrudan ifadeler belirtirken, olumlu duyguları ise tersine dönmüş ifadeler belirtmektedir. Ölçekten elde edilen ifadelerin toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir; yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise alçak kaygı düzeyini göstermektedir (Öner ve Le Compte, 1998). Öner’in ifadesine göre, Spielberger’in duygu durumuna bağlı sürekli kaygı ölçeğinde; 0-19 puan kaygı yok 20-39 puan hafif düzeyde kaygı 40-59 puan orta düzeyde kaygı 60-79 puan yüksek düzeyde kaygı, 80- ve üzeri puan ise paniklik hali olarak değerlendirilmektedir. Türkçeye uyarlanan ölçeğin alfa korelasyonları ile ölçülen güvenilirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.87 arasında olduğu saptanmıştır (Kılınç Akman, 2015).

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma için etik kurul izni ve araştırmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğünden gerekli kurum izni alınmıştır. Araştırma verileri Temmuz 2023- Ocak 2024 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi doğumhane servisine doğum için başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebelerden toplanmıştır. Veri toplama aşamasında ilk olarak gebeler ile tanışılmış ve araştırmanın amacı, süreci, veri toplama formları hakkında sözel olarak bilgi verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Gebelerden çalışmaya gönüllü olarak katılımları konusunda olur alınmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences SPSS 22 (PASW Inc., Chicago. IL. USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunlukları çarpıklık basıklık değerleri ile kontrol edilmiştir. Verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Gruplar arasında sürekli ve durumluk kaygı envanteri skorlarının karşılaştırılması için bağımsız örneklem t-testi, grupların intrapartum özellikleri için tekrarlı ölçümler ANOVA testi ve intrapartum bilgi formu içindeki baş seviyesi değerlerinin karşılaştırılması için ki-kare testi kullanılmıştır.

3.9. Değişkenler

3.9.1. Bağımlı Değişkenler

Bu çalışmanın bağımlı değişkenleri Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖSKÖ)'deki sorulara verilen cevaplara göre alınan puanlar oluşturmaktadır.

3.9.2. Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmanın bağımsız değişkeni epidural analjezidir.

3.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler

Gebeler ile görüşme esnasında, gebelerin travay sürecinde olmaları ve doğum eyleminin aktif fazında olmalarından dolayı buna bağlı olarak ağrı yaşamaları sebebiyle iletişimde bazı sıkıntılar yaşanmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolü için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (No:2023/58) alınmıştır. Daha sonra Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi Başhekimliği'nden araştırmanın doğum servisinde uygulanabilmesi için 22.06.2023 tarih ve 72300690-799/9 sayılı izin belgesi alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelere çalışmanın amacı, veri toplama formlarını doldurma süresi, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı gibi konularda bilgi verilmiştir. Varsa soruları yanıtlanmış ve çalışmaya katılımları konusunda sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulgular beş ana başlık altında verilmiştir.

- Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid gebelerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular
- Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular
- Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid gebelerin intrapartum ve epidural analjezi özelliklerine ilişkin bulgular
- Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid gebelerin yenidoğan özelliklerine ilişkin bulgular
- Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid gebelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine ilişkin bulgular

Yaş (a): Primigravid kadınların yaş ortalaması 26,11 (ss = 4,69) iken, multigravid kadınların yaş ortalaması 30,32 (ss = 5,38) bulunmuştur. Multigravid kadınların yaş ortalaması primigravid kadınlardan anlamlı derecede daha yüksektir ($t = -5,083$, $p = 0,000$).

Eğitim Durumu (b): Eğitim durumu açısından okur-yazar/ilkokul mezunu olanların oranı primigravid grupta %1,4, multigravid grupta ise %13,5'tir. Lise mezunu olanlar primigravid grupta %50,0, multigravid grupta ise %32,4 oranındadır. Üniversite/yüksekokul/lisansüstü eğitimi mezunu olanlar primigravid grupta %37,8, multigravid grupta %31,1 oranında bulunmaktadır. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 13,864$, $p = 0,003$).

Eşin Yaşı (a): Primigravid kadınların eşlerinin yaş ortalaması 29,11 (ss = 4,26) iken, multigravid kadınların eşlerinin yaş ortalaması 33,95 (ss = 5,25) bulunmuştur. Multigravid kadınların eşlerinin yaşı primigravid kadınların eşlerinden anlamlı derecede daha yüksektir ($t = -6,155$, $p = 0,000$).

Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu (b): Primigravid kadınların %58,1'i ev hanımı iken, multigravid kadınların %67,6'sı ev hanımıdır. Bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2 = 1,418$, $p = 0,234$).

Meslek (b): Primigravid kadınların %58,1'i memur, %29,0'u serbest meslek ve %12,9'u diğer mesleklerde çalışmaktadır. Multigravid kadınların %61,5'i memur, %11,5'i serbest meslek ve %26,9'u diğer mesleklerde çalışmaktadır. Meslek değişkeni açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 3,524$, $p = 0,172$).

Sağlık Güvencesi Durumu (b): Tüm katılımcıların sağlık güvencesi bulunmaktadır ve bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

En Uzun Süre Yaşanılan Yer (b): Primigravid kadınların %55,4'ü şehirde, %41,9'u ilçede ve %2,7'si köyde en uzun süre yaşamıştır. Multigravid kadınların %51,4'ü şehirde, %43,2'si ilçede ve %5,4'ü köyde en uzun süre yaşamıştır. Bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 0,796$, $p = 0,672$).

Eşin Eğitim Durumu (b): Primigravid kadınların eşlerinin %12,2'si ortaokul ve altı mezunu, %45,9'u lise mezunu, %41,9'u ise üniversite mezunudur. Multigravid kadınların eşlerinin %21,6'sı ortaokul ve altı mezunu, %43,2'si lise mezunu ve %35,1'i üniversite mezunudur. Bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 2,459$, $p = 0,292$).

Eşin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu (b): Tüm katılımcıların eşleri gelir getiren bir işte çalışmaktadır ve bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Eşin Mesleği (b): Primigravid kadınların eşlerinin %32,4'ü memur, %37,8'i serbest meslek ve %29,7'si diğer mesleklerde çalışmaktadır. Multigravid kadınların eşlerinin %27,0'si memur, %36,5'i serbest meslek ve %36,5'i diğer mesleklerde çalışmaktadır. Bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 0,892$, $p = 0,640$).

Aile Tipi (b): Primigravid kadınların %85,1'i çekirdek ailede, %14,9'u geniş ailede yaşamaktadır. Multigravid kadınların da aynı şekilde %85,1'i çekirdek ailede, %14,9'u geniş ailede yaşamaktadır. Bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 0,000$, $p = 1,000$).

Ailenin Aylık Gelir Durumu (b): Primigravid kadınların %17,6'sı gelir giderden az, %63,5'i gelir gidere denk ve %18,9'u gelir giderden fazla olduğunu belirtmiştir. Multigravid

kadınların %9,5'i gelir giderden az, %75,7'si gelir gidere denk ve %14,9'u gelir giderden fazla olduğunu belirtmiştir. Bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 2,946$, $p = 0,229$).

Sonuç olarak, primigravid ve multigravid kadınlar arasında yaş, eğitim durumu ve eşlerin yaşı değişkenlerinde anlamlı farklar bulunmuş olup, diğer demografik değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 2 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Grup								Test	p
		Primigravid				Multigravid					
		Ort.	ss	n	%	Ort.	ss	n	%		
Yaş (a)		26,11	4,69			30,32	5,38			-5,083	0,000*
Eğitim durumu (b)	Okur-yazar/ilkokul mezunu			1	1,4			10	13,5		
	Ortaokul mezunu			8	10,8			17	23,0		
	Lise/ dengi okulu mezunu			37	50,0			24	32,4	13,864	0,003*
	Üniversite/yüksekokul/lisansüstü eğitimi mezunu			28	37,8			23	31,1		
Medeni durum (b)	Evli			74	100,0			74	100,0		
	Bekar			0	0,0			0	0,0		
Gelir getiren bir işte çalışma durumu (b)	Hayır(ev hanımı)			43	58,1			50	67,6		
	Evet			31	41,9			24	32,4	1,418	0,234
Meslek (b)	Memur			18	58,1			16	61,5		
	Serbest meslek			9	29,0			3	11,5	3,524	0,172
	Diğer			4	12,9			7	26,9		
Sağlık güvencesi (b)	Hayır			0	0,0			0	0,0		
	Evet			74	100,0			74	100,0		
Bugüne kadar en uzun süre yaşadığı yer? (b)	Şehir			41	55,4			38	51,4		
	İlçe			31	41,9			32	43,2	0,796	0,672
	Köy			2	2,7			4	5,4		
Eşin yaşı(a)		29,11	4,26			33,95	5,25			-6,155	0,000*
Eşin eğitim durumu (b)	Ortaokul ve alt okul mezunu			9	12,2			16	21,6		
	Lise/dengi okulu mezunu			34	45,9			32	43,2	2,459	0,292
	Üniversite/yüksekokul/lisansüstü eğitim mezunu			31	41,9			26	35,1		
Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu (b)	Hayır (işsiz)			0	0,0			0	0,0		
	Evet			74	100,0			74	100,0		
Eşin mesleği (b)	Memur			24	32,4			20	27,0		
	Serbest meslek			28	37,8			27	36,5	0,892	0,640
	Diğer			22	29,7			27	36,5		
Aile tipi (b)	Hayır(çekirdek aile)			63	85,1			63	85,1	0,000	1,000
	Evet (geniş aile)			11	14,9			11	14,9		
Ailenin aylık gelir durumu (b)	Gelir giderden az			13	17,6			7	9,5		
	Gelir gidere denk			47	63,5			56	75,7	2,946	0,229
	Gelir giderden fazla			14	18,9			11	14,9		

* $p < 0,05$; t testi (a); Ki kare testi (b) (a; b = hangi testlerin yapıldığı belirtmektedir.)

Primigravid ve multigravid kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular incelenmiştir. Çalışmanın amacı, iki grup arasındaki obstetrik farklılıkları ortaya koymaktır. Çapraz tablo ve yüzdelik değerlerin analizi yapılmıştır.

Gebelik Haftası: Primigravid ve multigravid kadınların ortalama gebelik haftaları benzer bulunmuştur. Primigravid kadınların gebelik haftası ortalaması 38,93 hafta (ss = 0,88), multigravid kadınların gebelik haftası ortalaması ise 38,81 hafta (ss = 0,95) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç, gebelik haftası açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Kaçıncı Gebelik: Primigravid kadınların tamamı (%100) ilk gebeliklerini yaşamaktadır. Multigravid kadınların %55,41'i ikinci gebeliğini, %21,62'si üçüncü gebeliğini, %22,97'si ise dördüncü veya daha fazla gebeliğini yaşamaktadır. Bu bulgu, primigravid kadınların tümünün ilk gebelik deneyiminde olduğunu, multigravid kadınların ise daha önce bir veya daha fazla gebelik deneyimi olduğunu ortaya koymaktadır.

Kaçıncı Doğum: Primigravid kadınların tamamı (%100) ilk doğumunu gerçekleştirmektedir. Multigravid kadınların %64,86'sı ikinci doğumunu, %16,22'si üçüncü doğumunu ve %10,81'i dördüncü veya beşinci doğumunu gerçekleştirmiştir. Bu bulgu, multigravid kadınların doğum tecrübesi bakımından daha deneyimli olduğunu göstermektedir.

Yaşayan Çocuk Sayısı: Primigravid kadınların tamamının (%100) yaşayan çocuğu yoktur. Multigravid kadınların ise %74,32'sinin bir, %16,22'sinin iki ve %9,46'sının üç veya dört yaşayan çocuğu bulunmaktadır. Bu bulgu, multigravid kadınların daha önce çocuk sahibi olduklarını, primigravid kadınların ise henüz çocuk sahibi olmadığını ortaya koymaktadır.

Düşük Sayısı: Primigravid kadınların hiçbirinde düşük geçmişi bulunmamaktadır. Buna karşın, multigravid kadınların %61,11'i bir düşük, %38,89'u ise iki veya üç düşük yapmıştır. Bu sonuç, multigravid kadınların düşük tecrübesi yaşadığını, primigravid kadınların ise düşük geçmişine sahip olmadığını göstermektedir.

Küretaj Olma Durumu: Primigravid kadınların %87,84'ü küretaj olmamış, %12,16'sı ise küretaj olmuştur. Multigravid kadınların ise %82,43'ü küretaj olmamış, %17,57'si küretaj olmuştur. Bu bulgu, primigravid kadınların çoğunlukla küretaj geçirmemiş olduğunu, multigravid kadınların ise belirli bir kısmının küretaj geçmişi olduğunu göstermektedir.

Küretaj Sayısı: Primigravid kadınların %55,56'sı iki veya üç kez küretaj olurken, %44,44'ü bir kez küretaj olmuştur. Multigravid kadınların %71,43'ü bir kez, %28,57'si ise iki

veya üç kez küretaj olmuştur. Bu bulgu, küretaj olan kadınların çoğunlukla birden fazla kez küretaj deneyimi yaşadığını ortaya koymaktadır.

Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumu (b): Primigravid kadınların %81,1'i doğum öncesi eğitim almadığını belirtirken, multigravid kadınların %75,7'si doğum öncesi eğitim almadığını ifade etmiştir. Gruplar arasında doğum öncesi eğitim alma durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 0,638$, $p = 0,424$).

Gebelik Planlı Mı? (b): Primigravid kadınların %18,9'u planlı olarak gebe kalmadığını, %81,1'i planlı olarak gebe kaldığını belirtmiştir. Multigravid kadınların %54,1'i planlı olarak gebe kalmadığını, %45,9'u planlı olarak gebe kaldığını belirtmiştir. Gruplar arasında planlı gebelik durumu açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($\chi^2 = 19,710$, $p = 0,000$).

Sonuç olarak, primigravid ve multigravid kadınlar arasında gebelik sayısı, doğum tecrübesi, yaşayan çocuk sayısı ve düşük/küretaj geçmişi ve planlı gebelik durumu gibi obstetrik özelliklerde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Gebelik haftası ve doğum öncesi eğitim alma durumu açısından anlamlı farklar bulunmamıştır.

Tablo 3 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Grup								Test	p
		Primigravid				Multigravid					
		Ort.	ss	n	%	Ort.	ss	n	%		
Gebelik haftası		38,93	0,88			38,81	0,95				
Kaçınıcı gebelik	1			63,0	85,14			0,0	0,00		
	2			5,0	6,76			41,0	55,41		
	3			5,0	6,76			16,0	21,62		
	4 ve üstü			1,0	1,35			17,0	22,97		
Kaçınıcı doğum	1			73,0	98,65			6,0	8,11		
	2			0,0	0,00			48,0	64,86		
	3			1,0	1,35			12,0	16,22		
	4-5			0,0	0,00			8,0	10,81		
Yaşayan çocuk sayısı	0			74,0	100,00			0,0	0,00		
	1			0,0	0,00			55,0	74,32		
	2			0,0	0,00			12,0	16,22		
	3-4			0,0	0,00			7,0	9,46		
Düşük sayısı	1			5,0	45a45			11,0	61,11		
	2-3			6,0	54,55			7,0	38,89		
Küretaj olma durumu	Hayır			65,0	87,84			61,0	82,43		
	Evet			9,0	12,16			13,0	17,57		
Küretaj sayısı	1			4,0	44,44			10,0	71,43		
	2-3			5,0	55,56			4,0	28,57	0,638	0,424
Doğum öncesi eğitim alma durumu (b)	Hayır			60	81,1			56	75,7		
	Evet			14	18,9			18	24,3		
Gebelik Planlı Mı? (b)	Hayır			14	18,9			40	54,1	19,710	0,000*
	Evet			60	81,1			34	45,9		

Doğum Salonuna Geldiği Saate Göre Servikal Efasman (b): Primigravid kadınların %23,0'ü cüzzi efasman sahipken, multigravid kadınların %0,0'ı cüzzi efasman sahiptir. Primigravid kadınların %33,8'i %70 efasmana sahipken, multigravid kadınların %27,0'si %70 efasmana sahiptir. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 37,017$, $p = 0,000$).

Doğum Salonuna Geldiği Saate Göre Dilatasyon (b): Primigravid kadınların %16,2'si 1p dilatasyona sahipken, multigravid kadınların %0,0'ı 1p dilatasyona sahiptir. Primigravid kadınların %39,2'si 3 cm dilatasyona sahipken, multigravid kadınların %47,5'i 3 cm dilatasyona sahiptir. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 24,932$, $p = 0,001$).

Ağrısız Doğum Uygulama (Başlama) Saati (b): Primigravid kadınların %25,7'si ağrısız doğuma 8-10 saat aralığında başlarken, multigravid kadınların %37,8'i aynı saat aralığında başlamıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 3,826$, $p = 0,148$).

Ağrısız Doğum Uygulaması Sırasında Yan Etki Görülme Durumu (b): Primigravid kadınların %29,7'si yan etki bildirirken, multigravid kadınların %27,0'si yan etki bildirmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2 = 0,133$, $p = 0,715$).

Ağrısız Doğum Uygulaması Sırasında Görülen Yan Etkiler (b): Hipotansiyon ve kusma yan etkileri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ancak, solunum sıkıntısı yan etkisi primigravid grupta %0,0 iken, multigravid grupta %9,1 oranında görülmüştür, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0,148$).

Doğum Eyleminde Uygulanan Müdahaleler (b): Primigravid kadınların %91,4'üne epizyotomi uygulanırken, multigravid kadınların %51,0'ine epizyotomi uygulanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 24,961$, $p = 0,000$). Vakum ve forseps kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Laserasyon Gelişme Durumu (b): Primigravid kadınların %27,0'sinde laserasyon gelişmişken, multigravid kadınların %66,2'sinde laserasyon gelişmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 22,384$, $p = 0,000$).

Doğumun Birinci Evresinin Süresi (Saat) (a): Primigravid kadınların doğumun birinci evresinin süresi ortalama 11,28 saat ($ss = 4,12$) iken, multigravid kadınların doğumun birinci evresinin süresi ortalama 8,00 saat ($ss = 4,36$) olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($t = 4,710$, $p = 0,000$).

Doğumun İkinci Evresinin Süresi (Dakika) (a): Primigravid kadınların doğumun ikinci evresinin süresi ortalama 42,88 dakika ($ss = 14,05$) iken, multigravid kadınların doğumun

ikinci evresinin süresi ortalama 31,03 dakika (ss = 12,32) bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (t = 5,455, p = 0,000).

Doğumun Üçüncü Evresinin Süresi (Dakika) (a): Primigravid kadınların doğumun üçüncü evresinin süresi ortalama 13,39 dakika (ss = 4,76) iken, multigravid kadınların doğumun üçüncü evresinin süresi ortalama 10,31 dakika (ss = 5,19) olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (t = 3,763, p = 0,000).

Sonuç olarak, primigravid ve multigravid kadınlar arasında servikal dilatasyon, efasman, epizyotomi uygulaması, laserasyon gelişme durumu ve doğum evrelerinin süreleri değişkenlerinde anlamlı farklar bulunmuş olup, ağrısız doğum uygulama saati ve yan etki görülme durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin İntrapartum ve Epidural Analjezi Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Grup								Test	p
		Primigravid				Multigravid					
		n	%	Ort.	ss	n	%	Ort.	ss		
Doğum salonuna geldiği saatteki servikal efasman(b)	Cüzzü	17	23,0			0	0,0			37,017	0,000*
	Mv	0	0,0			13	17,6				
	50,00	7	9,5			19	25,7				
	60,00	11	14,9			7	9,5				
	70,00	25	33,8			20	27,0				
	80,00	14	18,9			15	20,3				
Doğum salonuna geldiği saatteki dilatasyon(b)	1p	12	16,2			0	0,0			24,932	0,001*
	2p	9	12,2			0	0,0				
	3 cm	29	39,2			29	47,5				
	4 cm	10	13,5			8	13,1				
	5 cm	4	5,4			3	4,9				
	6 cm	5	6,8			10	16,4				
	7 cm	3	4,1			4	6,6				
	8 cm	2	2,7			7	11,5				
Ağrısız doğum uygulama (başlama) saati(b)	8-10 aras	19	25,7			28	37,8			3,826	0,148
	10-12 arası	29	39,2			19	25,7				
	12 sonrası	26	35,1			27	36,5				
Ağrısız doğum uygulaması sırasında yan etki görülme durumu(b)	Evet	22	29,7			20	27,0			0,133	0,715
	Hayır	52	70,3			54	73,0				
5. Ağrısız doğum uygulamasın sırasında görülen yan etkiler? (b)	Hipotansiyon	4	18,2			4	18,2			0,000	1,000
	Bulantı	15	68,2			13	59,1			0,393	0,531
	Kusma	10	45,5			10	45,5			0,000	1,000
	Solunum sıkıntısı	0	0,0			2	9,1			2,095	0,148
6. Doğum eyleminde uygulanan herhangi bir müdahale var mı? (b)	Epizyotomi	64	91,4			25	51,0			24,961	0,000*
	Vakum	0	0,0			1	2,0			1,441	0,230
	Forseps	0	0,0			1	2,0			1,441	0,230
	Amniyotomi	1	1,4			1	2,0			0,065	0,798
	Diğer	36	51,4			32	65,3			2,267	0,132
Laserasyon gelişme durumu?(b)	Evet	20	27,0			49	66,2			22,384	0,000*
	Hayır	54	73,0			25	33,8				
Doğumun birinci evresinin süresi (saat)(a)				11,28	4,12			8,00	4,36	4,710	0,000*
Doğumun ikinci evresinin süresi (dakika)(a)				42,88	14,05			31,03	12,32	5,455	0,000*
Doğumun üçüncü evresinin süresi (dakika)(a)				13,39	4,76			10,31	5,19	3,763	0,000*

*p<0,05;t testi (a);Ki kare testi (b) (a;b = hangi testlerin yapıldığı belirtmektedir.)

Yenidoğan Kilosu (a): Primigravid kadınların yenidoğan bebeklerinin ortalama kilosu 3281,59 gram (ss = 339,43) iken, multigravid kadınların yenidoğan bebeklerinin ortalama kilosu 3360,49 gram (ss = 358,05) bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t = -1,376$, $p = 0,171$).

Yenidoğan Boyu (a): Primigravid kadınların yenidoğan bebeklerinin ortalama boyu 50,45 cm (ss = 0,81) iken, multigravid kadınların yenidoğan bebeklerinin ortalama boyu 50,47 cm (ss = 0,81) bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t = -0,202$, $p = 0,840$).

Yenidoğan Baş Çevresi (a): Primigravid kadınların yenidoğan bebeklerinin ortalama baş çevresi 34,43 cm (ss = 0,62) iken, multigravid kadınların yenidoğan bebeklerinin ortalama baş çevresi 34,38 cm (ss = 0,81) bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t = 0,457$, $p = 0,648$).

Yenidoğan Apgar 1. Dakika Skoru (b): Primigravid kadınların %59,5'inin yenidoğanları Apgar 1. dakika skorunda 8 alırken, multigravid kadınların %64,9'u bu skoru almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 2,100$, $p = 0,552$).

Yenidoğan Apgar 5. Dakika Skoru (b): Primigravid kadınların %63,5'inin yenidoğanları Apgar 5. dakika skorunda 10 alırken, multigravid kadınların %60,8'i bu skoru almıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2 = 0,118$, $p = 0,943$).

Yenidoğana Canlandırma Uygulanma Durumu (b): Tüm yenidoğanlara canlandırma uygulanmamıştır ve gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Yenidoğanın Özel Bakım İhtiyaç Durumu (b): Tüm yenidoğanların özel bakıma ihtiyacı bulunmamaktadır ve gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Sonuç olarak, primigravid ve multigravid kadınlar arasında yenidoğan kilosu, boyu, baş çevresi ve Apgar skorları açısından anlamlı farklar bulunmamıştır.

Tablo 5 Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Gebelerin Yenidoğan Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Grup								Test	p
		Primigravid				Multigravid					
		Ort.	ss	n	%	Ort.	ss	n	%		
Yenidoğan kilosu(a)		3.281,59	339,43			3.360,49	358,05			-1,376	0,171
Yenidoğan boyu(a)		50,45	0,81			50,47	0,81			-0,202	0,840
Yenidoğan baş çevresi(a)		34,43	0,62			34,38	0,81			0,457	0,648
Yenidoğan apgar 1.dakika skoru(b)	7,00			14	18,9			14	18,9	2,100	0,552
	8,00			44	59,5			48	64,9		
	9,00			16	21,6			11	14,9		
	10,00			0	0,0			1	1,4		
Yenidoğan apgar 5.dakika skoru(b)	8,00			1	1,4			1	1,4	0,118	0,943
	9,00			26	35,1			28	37,8		
	10,00			47	63,5			45	60,8		
Yenidoğana canlandırma uygulanma durumu (b)	Evet			0	0,0			0	0,0		
	Hayır			74	100,0			74	100,0		
Yenidoğanın özel bakıma ihtiyaç durumu (b)	Evet			0	0,0			0	0,0		
	Hayır			74	100,0			74	100,0		

* $p < 0,05$; *t* testi (a); *Ki kare testi* (b) (a; b = hangi testlerin yapıldığı belirtmektedir.)

Sürekli Kaygı Envanteri:

Sürekli Kaygı Envanteri'nde katılımcıların puanları 33 ile 71 arasında değişmektedir. Ortalama puan 45,72 (ss = 5,67) olarak bulunmuştur. Çarpıklık değeri 1,017 ve basıklık değeri 2,651'dir. Bu değerler, verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla hesaplanmıştır. Hopkins ve Weeks'e (1990) göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması, verilerin normal dağılım için uygun olduğunu göstermektedir (Hopkins ve Weeks, 1990).

Durumluk Kaygı Envanteri:

Durumluk Kaygı Envanteri'nde katılımcıların puanları 31 ile 64 arasında değişmektedir. Ortalama puan 43,98 (ss = 5,36) olarak tespit edilmiştir. Çarpıklık değeri 0,894 ve basıklık değeri 1,536 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler de normal dağılıma uygunluğu değerlendirmek için hesaplanmış olup, çarpıklık ve basıklık değerlerinin yine normal dağılım sınırları içerisinde olduğu görülmektedir +3 ile -3 arasında (Hopkins ve Weeks, 1990).

Tablo 6 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Sürekli ve Durumluk Kaygı Envanteri Karşılaştırması

	Grup				t	p
	Primigravid		Multigravid			
	ort.	ss	ort.	ss		
Sürekli Kaygı Envanteri	45,43	5,34	46,00	6,02	-0,607	0,545
Durumluk Kaygı Envanteri	43,39	5,04	44,57	5,63	-1,338	0,183

Sürekli Kaygı Envanteri:

Primigravid grubun ortalama puanı 45,43 (ss = 5,34) iken, multigravid grubun ortalaması 46,00 (ss = 6,02) olarak tespit edilmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = -0,607$, $p = 0,545$). Bu sonuç, primigravid ve multigravid kadınlar arasında Sürekli Kaygı Envanteri skorları açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Durumluk Kaygı Envanteri:

Primigravid grubun ortalama puanı 43,39 (ss = 5,04), multigravid grubun ortalaması ise 44,57 (ss = 5,63) olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = -1,338$, $p = 0,183$). Bu sonuç, primigravid ve multigravid kadınlar arasında Durumluk Kaygı Envanteri skorları açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Sonuç olarak, her iki kaygı envanteri açısından primigravid ve multigravid kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Başlangıç Sistolik Değerleri:

Primigravid grubun ortalama sistolik değeri 127,49 mmHg (ss = 16,88) iken, multigravid grubun ortalaması 124,27 mmHg (ss = 17,43) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

2. Dakika Sistolik Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 123,69 mmHg (ss = 15,10), multigravid grubun ortalaması ise 121,92 mmHg (ss = 15,22) olarak bulunmuştur. Bu fark da anlamlı değildir.

4. Dakika Sistolik Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 120,84 mmHg (ss = 15,77), multigravid grubun ortalaması ise 119,91 mmHg (ss = 14,60) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

6. Dakika Sistolik Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 117,50 mmHg (ss = 15,37), multigravid grubun ortalaması ise 117,20 mmHg (ss = 13,25) olarak ölçülmüştür. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir.

8. Dakika Sistolik Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 116,19 mmHg (ss = 14,15), multigravid grubun ortalaması ise 117,28 mmHg (ss = 12,54) olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark yine anlamlı değildir.

10. Dakika Sistolik Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 115,74 mmHg (ss = 13,52), multigravid grubun ortalaması ise 116,53 mmHg (ss = 12,08) olarak tespit edilmiştir. Fark anlamlı değildir.

30. Dakika Sistolik Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 116,01 mmHg (ss = 12,16), multigravid grubun ortalaması ise 117,63 mmHg (ss = 12,63) olarak bulunmuştur. Bu zaman diliminde de gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç olarak, primigravid ve multigravid gruplar arasında sistolik değerleri zaman dilimlerine göre genel olarak benzer bulunmuştur. Zamanla grupların sistolik değerlerinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Bu bulgular, doğum sırasında primigravid ve multigravid grupların kan basıncı seviyelerinin büyük ölçüde benzer olduğunu göstermektedir.

Tablo 7 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Sistolik Kan Basıncı Değerleri Karşılaştırması

		Başlangıç sistolik		2.dakika sistolik		4.dakika sistolik		6.dakika sistolik		8.dakika sistolik		10.dakika sistolik		30.dakika sistolik		F	p
		ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss		
Grup	Primigravid	127,49	16,88	123,69	15,10	120,84	15,77	117,50	15,37	116,19	14,15	115,74	13,52	116,01	12,16	1,31	0,27
	Multigravid	124,27	17,43	121,92	15,22	119,91	14,60	117,20	13,25	117,28	12,54	116,53	12,08	117,63	12,63	1	0

Başlangıç Diyastolik: Primigravid grubun ortalaması 73,03 mmHg (ss = 10,68), multigravid grubun ortalaması 72,68 mmHg (ss = 11,65) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

2. Dakika Diyastolik: Primigravid grubun ortalaması 70,32 mmHg (ss = 9,16) iken, multigravid grubun ortalaması 71,57 mmHg (ss = 9,51) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

4. Dakika Diyastolik: Primigravid grubun ortalaması 68,18 mmHg (ss = 10,64), multigravid grubun ortalaması ise 70,30 mmHg (ss = 9,94) olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6. Dakika Diyastolik: Primigravid grubun ortalaması 67,19 mmHg (ss = 10,14), multigravid grubun ortalaması 70,50 mmHg (ss = 9,48) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

8. Dakika Diyastolik: Primigravid grubun ortalaması 66,41 mmHg (ss = 8,89), multigravid grubun ortalaması ise 70,14 mmHg (ss = 9,76) olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

10. Dakika Diyastolik: Primigravid grubun ortalaması 66,58 mmHg (ss = 9,70) iken, multigravid grubun ortalaması 68,58 mmHg (ss = 9,32) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

30. Dakika Diyastolik: Primigravid grubun ortalaması 68,07 mmHg (ss = 7,79), multigravid grubun ortalaması ise 69,86 mmHg (ss = 9,82) olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sonuç olarak, primigravid ve multigravid gruplar arasında diyastolik değerlerinde, belirlenen zaman dilimlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, her iki grubun diyastolik değerlerinin genel olarak benzer olduğunu göstermektedir.

Tablo 8 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Diyastolik Kan Basıncı Değerleri Karşılaştırması

		Başlangıç diyastolik		2.dakika diyastolik		4.dakika diyastolik		6.dakika diyastolik		8.dakika diyastolik		10.dakika diyastolik		30.dakika diyastolik		F	p
		ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss		
Grup	Primigravid	73,0	10,6	70,3	9,1	68,1	10,6	67,1	10,1	66,4	8,8	66,5	9,7	68,0	7,7	1,356	0,249
	Multigravid	72,6	11,6	71,5	9,5	70,3	9,94	70,5	9,48	70,1	9,7	68,5	9,3	69,8	9,8		
		8	5	7	1	0		0		4	6	8	2	6	2		

Başlangıç Nabız Değerleri: Primigravid grubun ortalama nabız değeri 89,59 (ss = 12,60) iken, multigravid grubun ortalama nabız değeri 90,93 (ss = 11,30) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

2. Dakika Nabız Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 88,24 (ss = 11,37), multigravid grubun ortalaması ise 89,81 (ss = 11,77) olarak tespit edilmiştir. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

4. Dakika Nabız Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 88,49 (ss = 12,63), multigravid grubun ortalaması 88,42 (ss = 10,71) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

6. Dakika Nabız Değerleri: Primigravid grubun ortalama nabız değeri 87,28 (ss = 12,38), multigravid grubun ortalaması ise 87,91 (ss = 12,30) olarak tespit edilmiştir. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

8. Dakika Nabız Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 88,11 (ss = 12,81) iken, multigravid grubun ortalaması 88,09 (ss = 11,81) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

10. Dakika Nabız Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 87,91 (ss = 12,24) iken, multigravid grubun ortalaması 86,54 (ss = 11,10) olarak tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

30. Dakika Nabız Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 88,22 (ss = 12,62), multigravid grubun ortalaması ise 86,54 (ss = 10,95) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

Sonuç olarak, primigravid ve multigravid gruplar arasında nabız değerlerinde zaman dilimlerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, her iki grubun nabız değerlerinin genel olarak benzer olduğunu ve doğum süreci boyunca nabız değişikliklerinin iki grup arasında önemli farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 9 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Nabız Değerleri Karşılaştırması

		Başlangıçta nabız		2.dakika nabız		4.dakika nabız		6.dakika nabız		8.dakika nabız		10.dakika nabız		30.dakika nabız		F	p
		ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss		
Grup	Primigrav id	89,5	12,6	88,2	11,3	88,4	12,6	87,2	12,3	88,1	12,8	87,9	12,2	88,2	12,6	1,01	0,40
	Multigrav id	90,9	11,3	89,8	11,7	88,4	10,7	87,9	12,3	88,0	11,8	86,5	11,1	86,5	10,9		
		9	0	4	7	9	3	8	8	1	1	1	4	2	2		
		3	0	1	7	2	1	1	0	9	1	4	0	4	5		

Başlangıç VAS Değerleri: Primigravid grubun ortalama VAS değeri 8,88 (ss = 1,55) iken, multigravid grubun ortalama VAS değeri 8,96 (ss = 1,44) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

2. Dakika VAS Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 7,18 (ss = 2,86), multigravid grubun ortalaması ise 6,97 (ss = 3,01) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

4. Dakika VAS Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 5,43 (ss = 2,93), multigravid grubun ortalaması ise 5,38 (ss = 3,31) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

6. Dakika VAS Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 4,18 (ss = 2,94) iken, multigravid grubun ortalaması 3,85 (ss = 3,17) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

8. Dakika VAS Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 2,85 (ss = 2,72), multigravid grubun ortalaması ise 3,05 (ss = 2,97) olarak bulunmuştur. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir.

10. Dakika VAS Değerleri: Primigravid grubun ortalama VAS değeri 2,24 (ss = 2,37), multigravid grubun ortalaması ise 2,27 (ss = 2,68) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

30. Dakika VAS Değerleri: Primigravid grubun ortalaması 1,92 (ss = 2,44), multigravid grubun ortalaması ise 2,11 (ss = 2,54) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

Sonuç olarak, primigravid ve multigravid gruplar arasında VAS değerlerinde zaman dilimlerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, her iki grubun VAS değerlerinin genel olarak benzer olduğunu ve ağrı seviyelerinin doğum sürecinde zaman içinde anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 10 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Vizuel Analog Skala Değerleri Karşılaştırması

		Başlangıçta VAS		2.dakika VAS		4.dakika VAS		6.dakika VAS		8.dakika VAS		10.dakika VAS		30.dakika VAS			
Grup		ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	F	p
	Primigravid	8,88	1,55	7,18	2,86	5,43	2,93	4,18	2,94	2,85	2,72	2,24	2,37	1,92	2,44	0,541	0,699
	Multigravid	8,96	1,44	6,97	3,01	5,38	3,31	3,85	3,17	3,05	2,97	2,27	2,68	2,11	2,54		

Başlangıç Servikal Açıklık Değerleri:

Primigravid grubun ortalama servikal açıklık değeri 5,47 cm (ss = 1,52), multigravid grubun ortalaması ise 5,72 cm (ss = 1,63) olarak tespit edilmiştir. Bu fark, primigravid grubun başlangıç servikal açıklık değerlerinin multigravid gruba göre biraz daha düşük olduğunu göstermektedir.

2. Dakika Servikal Açıklık Değerleri:

Primigravid grubun ortalama servikal açıklık değeri 5,49 cm (ss = 1,52) iken, multigravid grubun ortalaması 5,74 cm (ss = 1,63) olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark yine multigravid grubun lehine olmakla birlikte, anlamlıdır.

4. Dakika Servikal Açıklık Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 5,50 cm (ss = 1,54), multigravid grubun ortalaması ise 5,81 cm (ss = 1,67) olarak bulunmuştur. Multigravid grubun servikal açıklık değeri biraz daha yüksektir.

6. Dakika Servikal Açıklık Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 5,53 cm (ss = 1,58), multigravid grubun ortalaması ise 5,96 cm (ss = 1,66) olarak bulunmuştur. Multigravid grubun servikal açıklık değeri burada da daha yüksektir.

8. Dakika Servikal Açıklık Değerleri:

Primigravid grubun ortalama servikal açıklık değeri 5,61 cm (ss = 1,61), multigravid grubun ortalaması ise 6,09 cm (ss = 1,66) olarak bulunmuştur. Bu fark yine multigravid grubun lehine biraz daha yüksektir.

10. Dakika Servikal Açıklık Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 5,78 cm (ss = 1,64) iken, multigravid grubun ortalaması 6,53 cm (ss = 1,78) olarak tespit edilmiştir. Bu fark anlamlı olup, multigravid grubun servikal açıklık değerlerinin primigravid gruba göre belirgin şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

30. Dakika Servikal Açıklık Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 6,01 cm (ss = 1,82), multigravid grubun ortalaması ise 6,86 cm (ss = 1,88) olarak bulunmuştur. Yine, multigravid grubun servikal açıklık değeri primigravid gruba göre daha yüksek seviyededir. Sonuç olarak, primigravid ve multigravid gruplar arasında servikal açıklık değerlerinde zaman dilimlerine göre anlamlı farklar bulunmuştur. Multigravid grubun servikal açıklık değerleri genel olarak primigravid gruba göre daha yüksektir. Bu bulgular, multigravid kadınların doğum sürecinde servikal açıklığın daha hızlı ilerlediğini göstermektedir.

Tablo 11 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Servikal Açıklık Değerleri Karşılaştırması

	Grup					
	Primigravid		Multigravid		t	p
	ort	ss	ort	ss		
Başlangıçta servikal açıklık	5,47	1,52	5,72	1,63	-0,938	0,350
2.dakika servikal açıklık	5,49	1,52	5,74	1,63	-0,991	0,323
4.dakika servikal açıklık	5,50	1,54	5,81	1,67	-1,178	0,241
6.dakika servikal açıklık	5,53	1,58	5,96	1,66	-1,623	0,107
8.dakika servikal açıklık	5,61	1,61	6,09	1,66	-1,811	0,072
10.dakika servikal açıklık	5,78	1,64	6,53	1,78	-2,637	0,009*
30.dakika servikal açıklık	6,01	1,82	6,86	1,88	-2,757	0,007*

Başlangıç Servikal Efasman Değerleri:

Primigravid grubun ortalama servikal efasman değeri 73,24 (ss = 7,60), multigravid grubun ortalaması ise 70,27 (ss = 9,36) olarak bulunmuştur. Primigravid grubun efasman değerleri multigravid gruba göre daha yüksektir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

2. Dakika Servikal Efasman Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 73,38 (ss = 7,45), multigravid grubun ortalaması ise 70,27 (ss = 9,36) olarak bulunmuştur. Primigravid grubun efasman değeri multigravid gruba göre daha yüksek olmakla birlikte, fark anlamlı değildir.

4. Dakika Servikal Efasman Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 73,24 (ss = 7,42), multigravid grubun ortalaması ise 70,81 (ss = 8,88) olarak bulunmuştur. Primigravid grubun efasman değeri multigravid gruba göre daha yüksektir, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6. Dakika Servikal Efasman Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 73,65 (ss = 7,51), multigravid grubun ortalaması ise 71,22 (ss = 8,59) olarak bulunmuştur. Yine primigravid grubun efasman değeri daha yüksek olmasına rağmen fark anlamlı değildir.

8. Dakika Servikal Efasman Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 74,32 (ss = 7,60), multigravid grubun ortalaması ise 72,16 (ss = 8,32) olarak bulunmuştur. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir.

10. Dakika Servikal Efasman Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 74,73 (ss = 7,07), multigravid grubun ortalaması ise 74,59 (ss = 10,49) olarak tespit edilmiştir. İki grup arasındaki fark bu noktada anlamlı değildir.

30. Dakika Servikal Efasman Değerleri:

Primigravid grubun ortalaması 75,14 (ss = 6,87), multigravid grubun ortalaması ise 75,77 (ss = 11,42) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, tekrarlı ölçümler ANOVA testi sonucunda primigravid ve multigravid gruplar arasında servikal efasman değerleri genel olarak benzer bulunmuştur. Ancak, tüm zaman dilimlerinde primigravid grubun ortalama efasman değerleri multigravid gruba göre biraz daha yüksektir. Bu farklılık, özellikle zaman ilerledikçe belirgin hale gelmiş ve test sonuçlarına göre genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 12 Primigravid ve Multigravid Gruplar Arasında Servikal Efasman Değerleri Karşılaştırması

		Başlangıçta Servikal efasman		2.dakika Servikal efasman		4.dakika Servikal efasman		6.dakika Servikal efasman		8.dakika Servikal efasman		10.dakika Servikal efasman		30.dakika Servikal efasman		F	p
		ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss		
Grup	Primigravid	73,2	7,6	73,3	7,4	73,2	7,4	73,6	7,5	74,3	7,6	74,7	7,07	75,1	6,87	5,66	0,00
		4	0	8	5	4	2	5	1	2	0	3		4			
	Multigravid	70,2	9,3	70,2	9,3	70,8	8,8	71,2	8,5	72,1	8,3	74,5	10,4	75,7	11,4	5	6
		7	6	7	6	1	8	2	9	6	2	9	9	7	2		

Başlangıç Baş Seviyesi:

Primigravid grubun %1,35'i 0 seviyesinde, %13,51'i -1 seviyesinde, %43,24'ü -2 seviyesinde ve %41,89'u -3 seviyesinde ölçülmüştür. Multigravid grubun ise %0'ı 0 seviyesinde, %44,59'u -1 seviyesinde, %51,35'i -2 seviyesinde ve %4,05'i -3 seviyesinde ölçülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Kikare = 36,875, p = 0,000). Sonuçlar, primigravid grubunda baş seviyesinin -3 seviyesinde yoğunlaştığını, multigravid grubunda ise -2 seviyesinde yoğunlaştığını göstermektedir.

2. Dakika Baş Seviyesi:

Primigravid grubun %1,35'i 0 seviyesinde, %13,51'i -1 seviyesinde, %43,24'ü -2 seviyesinde ve %41,89'u -3 seviyesinde ölçülmüştür. Multigravid grubun %0'ı 0 seviyesinde,

%44,59'u -1 seviyesinde, %52,70'i -2 seviyesinde ve %2,70'i -3 seviyesinde ölçülmüştür. Bu fark da anlamlıdır (Kikare = 39,477, p = 0,000).

4. Dakika Baş Seviyesi:

Primigravid grubun %1,35'i 0 seviyesinde, %14,86'sı -1 seviyesinde, %43,24'ü -2 seviyesinde ve %40,54'ü -3 seviyesinde ölçülmüştür. Multigravid grubun %0'ı 0 seviyesinde, %48,65'i -1 seviyesinde, %48,65'i -2 seviyesinde ve %2,70'i -3 seviyesinde ölçülmüştür. Bu fark anlamlıdır (Kikare = 39,033, p = 0,000).

6. Dakika Baş Seviyesi:

Primigravid grubun %1,35'i 0 seviyesinde, %14,86'sı -1 seviyesinde, %44,59'u -2 seviyesinde ve %39,19'u -3 seviyesinde ölçülmüştür. Multigravid grubun %0'ı 0 seviyesinde, %50,00'sı -1 seviyesinde, %47,30'u -2 seviyesinde ve %2,70'i -3 seviyesinde ölçülmüştür. Bu fark da anlamlıdır (Kikare = 38,658, p = 0,000).

8. Dakika Baş Seviyesi:

Primigravid grubun %2,70'i 0 seviyesinde, %14,86'sı -1 seviyesinde, %43,24'ü -2 seviyesinde ve %39,19'u -3 seviyesinde ölçülmüştür. Multigravid grubun %1,35'i 0 seviyesinde, %48,65'i -1 seviyesinde, %47,30'u -2 seviyesinde ve %2,70'i -3 seviyesinde ölçülmüştür. Bu fark anlamlıdır (Kikare = 37,282, p = 0,000).

10. Dakika Baş Seviyesi:

Primigravid grubun %2,70'i 0 seviyesinde, %20,27'si -1 seviyesinde, %40,54'ü -2 seviyesinde ve %36,49'u -3 seviyesinde ölçülmüştür. Multigravid grubun %12,16'sı 0 seviyesinde, %44,59'u -1 seviyesinde, %40,54'ü -2 seviyesinde ve %2,70'i -3 seviyesinde ölçülmüştür. Bu fark da anlamlıdır (Kikare = 32,756, p = 0,000).

30. Dakika Baş Seviyesi:

Primigravid grubun %5,41'i 0 seviyesinde, %17,57'si -1 seviyesinde, %43,24'ü -2 seviyesinde ve %33,78'i -3 seviyesinde ölçülmüştür. Multigravid grubun %19,72'si 0 seviyesinde, %39,44'ü -1 seviyesinde, %39,44'ü -2 seviyesinde ve %1,41'i -3 seviyesinde ölçülmüştür. Bu fark da anlamlıdır (Kikare = 33,416, p = 0,000).

Sonuç olarak, primigravid grubunda baş seviyesi daha çok -3 seviyesinde yoğunlaşırken, multigravid grubunda ise -2 seviyesinde yoğunlaşma görülmektedir. Tüm

zaman dilimlerinde primigravid ve multigravid gruplar arasında baş seviyesi dağılımında anlamlı farklar bulunmuştur.

Tablo 13 Baş Seviyesi Değerlendirmelerinde Primigravid ve Multigravid Gruplarının Karşılaştırılması

		Grup				Kikare	p
		Primigravid		Multigravid			
		n	%	n	%		
Başlangıçta baş seviyesi	0	1,00	1,35	0,00	0,00	36,875	0,000*
	-1	10,00	13,51	33,00	44,59		
	-2	32,00	43,24	38,00	51,35		
	-3	31,00	41,89	3,00	4,05		
2.dakika baş seviyesi	0	1,00	1,35	0,00	0,00	39,477	0,000*
	-1	10,00	13,51	33,00	44,59		
	-2	32,00	43,24	39,00	52,70		
	-3	31,00	41,89	2,00	2,70		
4.dakika baş seviyesi	0	1,00	1,35	0,00	0,00	39,033	0,000*
	-1	11,00	14,86	36,00	48,65		
	-2	32,00	43,24	36,00	48,65		
	-3	30,00	40,54	2,00	2,70		
6.dakika baş seviyesi	0	1,00	1,35	0,00	0,00	38,658	0,000*
	-1	11,00	14,86	37,00	50,00		
	-2	33,00	44,59	35,00	47,30		
	-3	29,00	39,19	2,00	2,70		
8.dakika baş seviyesi	0	2,00	2,70	1,00	1,35	37,282	0,000*
	-1	11,00	14,86	36,00	48,65		
	-2	32,00	43,24	35,00	47,30		
	-3	29,00	39,19	2,00	2,70		
10.dakika baş seviyesi	0	2,00	2,70	9,00	12,16	32,756	0,000*
	-1	15,00	20,27	33,00	44,59		
	-2	30,00	40,54	30,00	40,54		
	-3	27,00	36,49	2,00	2,70		
30.dakika baş seviyesi	0	4,00	5,41	14,00	19,72	33,416	0,000*
	-1	13,00	17,57	28,00	39,44		
	-2	32,00	43,24	28,00	39,44		
	-3	25,00	33,78	1,00	1,41		

* $p < 0,05$; Ki Kare Testi

5. TARTIŞMA

Son yıllarda ülkemizde vajinal yolla doğum oranını arttırmak amacıyla; özel hastaneler ile beraber artık birçok devlet hastanesi ve üniversite hastanesinin doğumhane servislerinde, anestezi ekibi aracılığı ile kadın doğum hekimleri tarafından uygun görülen gebelere epidural analjezi uygulaması yapılmaktadır. Epidural analjezi uygulaması ilk doğumunu gerçekleştiren annelerin yanı sıra, ilk doğumu zor geçen multipar annelerin de tercih ettiği ve son zamanlarda revaçta olan bir uygulamadır. Çalışmamızda kişisel bilgi formu, obstetrik özellikler formu, intrapartum ve epidural analjezi özellikleri formu, yenidoğan özellikleri formu, durumluk-sürekli kaygı ölçeği ve vizüel analog skala kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan primigravid ve multigravid kadınlar arasında yalnızca yaş, eğitim durumu ve eşlerin yaşı değişkenlerinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuş, diğer demografik değişkenler açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır. 2018 yılında yapılan TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) verilerine göre ülkemizde doğurganlık hızı 25-29 yaşları arasında tespit edilmiştir. Analiz verilerimiz de bunu destekler nitelikte olup primigravid kadınlarda yaş ortalaması 26,11 multigravid kadınlarda ise yaş ortalaması 30,32 olarak bulunmuştur.

Vajinal doğumda uygulanan epidural analjezi için anne adayından aydınlatılmış onam alınarak hekim tarafından işleme başlanmaktadır. Köken ve arkadaşlarının 2016 yılında yapmış oldukları çalışma sonucunda anne adayının eğitim durumu arttıkça vajinal doğumda epidural analjezi ile doğum yapma kararlarında oldukça etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bununla beraber çalışmamızda epidural analjeziyi tercih eden kadınların eğitim seviyesi oranlarına bakacak olursak; primigravid kadınların %1,4'ü okur-yazar ve ilkokul mezunu, %10,8'i ortaokul mezunu, %50'si lise ve dengi okul mezunu, %37,8'i üniversite mezunu, multigravid kadınların %13,5'i okuryazar-ilkokul mezunu, %23'ü ortaokul mezunu, %32,4'ü lise mezunu, %31,1'i üniversite mezunudur.

Köken ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada kadının şehir merkezinde yaşıyor olması epidural analjezi hakkında bilgi sahibi olma ve epidural analjeziye ulaşmada epidural analjezi ile vajinal doğum yapma tercihlerini olumlu yönde etkilemekte olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim analiz sonuçlarımız da bunu destekler özellikte olup çalışmaya katılan kadınların en uzun süre yaşadıkları yer olarak primigravid grubun %55,4'ü şehir, %41,9'u ilçe, %2,7'si köyde yaşadıklarını, multigravid grupta ise %51,4'ü şehir, %43,2'si

ilçe, %5,4'ü köyde yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ancak Yıldız (2012)'in yapmış olduğu çalışmada kırsal kesimin epidural analjezi ile ilgili daha az bilgiye ulaşmaları sonucunda doğumda kullanılacak analjezi tercihinde istatistiksel bir fark olacağı düşünülerek başlanan analiz sonucunda kırsal bölgede yaşayan kadınların %27'si, kentsel bölgede yaşayan kadınların ise %32'si epidural analjezi ile doğumu tercih etmiştir.

Analiz sonucu iki grup arasında gebelik haftaları benzer bulunmuş ve anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı açısından anlamlı farklar bulunmuş olup bunun sebebinin de grupların primigravid ve multigravid gebeler olarak ayrılmış ve bu grupların karşılaştırılmış olmasından kaynaklanmaktadır ve düşük/küretaj geçmişi gibi bazı demografik ve obstetrik özelliklerde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Araştırmaya dahil kadınların gebeliğinin planlı olup olmadığı sorgulandığında primigravidlerin %81,1'inin planlı olduğu yanıtını, %18,9'unun ise planlı olmadığı yanıtını verdiği, multigravidlerin %45,9'unun planlı olduğu yanıtını verirken %54,1'inin planlı olmadığı yanıtını vermiştir. Primigravid kadınların planlı gebeliklerinin karşısında multigravid kadınların neredeyse yarısından fazlasının planlı gebelik olmadığını ve bu durumun doğum sonrası aile planlaması eğitimlerinin yetersiz olması, çiftlerin aile planlaması yöntemlerine ulaşmada zorluk yaşaması olduğu düşünülebilir. Burada birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerinin bu konuda kendilerini geliştirmesi ve ilgili kurumların, hizmet veren profesyonellerin bilgilerini revize etmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızı sürdürdüğümüz hastanede 2019 senesinden itibaren gebe okulu hizmeti verilmektedir. Aynı zamanda pandemi ile birlikte zoom aracılığı ile eğitimler hibrit olarak halen devam etmektedir. Analizimiz sonucunda primigravid kadınların %81,1'i doğum öncesi eğitim almadığını, %18,9'u doğum öncesi eğitim aldığını belirtirken multigravid kadınların %75,5'i doğum öncesi eğitim almadığını, %24,3'ü de doğum öncesi eğitim aldığını ifade etmiştir. Bu durumun araştırma yapılan hastaneye ulaşımın kadınlar tarafından zor olması ve aynı zamanda zoom üzerinden verilen eğitimin hekim ve ebe/hemşire aracılığı ile yeterince gebe kadınlara ulaştırılamamış olması olarak yorumlanabilir. Leeman ve arkadaşları (2003) gebelerin bilinçli olarak epidural analjezi seçiminin intrapartum dönemde değil de prenatal dönemde analjezi ile ilgili bilgilendirilip yararları ve riskleri hakkında aydınlatılması gerektiğini söylemişlerdir. Literatür taramalarının sonucunda epidural analjezi ile ilgili bilgiye ulaşma en fazla medya aracılığı ile olduğu görülmüştür. Bu sebeple gebe okullarının epidural

analjezi ile ilgili daha fazla bilgilendirme yapılması epidural analjezinin yaygınlaşması açısından en etkili yöntemdir.

Araştırmamızda epidural analjezi uygulaması başlangıç servikal açıklık seviyesi ortalama 5-5,9 cm olarak bulunmuştur. Ülker (2023)'in yaptığı çalışmada epidural analjezi başlangıç servikal açıklık ortalama 4-5 cm olarak bulunmuştur. Benfield ve arkadaşları (2021) yapmış oldukları çalışma sonucunda epidural analjezi için başlangıç servikal açıklık 4 cm olarak bulmuşlardır. Bu eldeki verilere göre uzman ekip tarafından epidural analjezi uygulama doğumun ikinci evresinde ve aktif faz olarak tercih edilmektedir. Oysa ki Dünya Sağlık Örgütü'nün Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Modeli 'ne göre "Epidural analjezi, kadının tercihine bağlı olarak, doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için önerilmektedir".

Geçmişte ortaya konmuş bazı çalışmalarda epidural analjezi uygulama zamanı incelenmiş ve servikal dilatasyona göre dilatasyon 1-2 cm iken ve dilatasyon 4-5 cm iken uygulanan epidural analjeziye bağlı müdahaleli doğum oranı olarak bir fark bulamamışlar (Parameswara, 2012; ASA, 2016). Çalışmamızın analiz sonuçlarına göre doğumun aktif evresinde uygulanan epidural analjezi sonrasında müdahaleli doğum oranında anlamlı istatistiksel fark bulunmuştur. Primigravid grupta %91,4 epizyotomi, %51,4 oksitosin indüksiyonu; multigravid grupta ise %51 epizyotomi, %65,3 oksitosin indüksiyonu uygulandığı görülmüştür. Bu oranların yüksek olmasının eğitim ve araştırma hastanesi olması, asistan doktorların varlığı ve ebelerin aktif rol almamasından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Epidural analjezi uygulamasının doğum evreleri üzerine etkisi şimdiye kadar birçok araştırmacı tarafından araştırılmış ve birçok sonuç ortaya konmuştur. Owen ve arkadaşları (1998) yapmış oldukları araştırmanın analiz verilerine göre epidural analjezinin doğum süresine etkisi açısından anlamlı bir fark bulamamışlar. Sargın ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışma sonucunda da epidural analjezinin doğum süresini uzattığını bulmuşlar. Sügür ve arkadaşları 2017'de yapmış olduğu araştırma sonucunda doğum sürelerine epidural analjezinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Biz de çalışmamızda epidural analjezinin doğumun evreleri üzerine etkisine baktık ve primigravid kadınların multigravid kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha uzun olduğu sonucuna vardık.

Çalışmamıza dahil olan primigravid kadınların %29,7'si yan etki bildirirken, multigravid kadınların %27,0'si yan etki bildirmiştir Yapılan literatür taraması sonucunda

epidural analjezinin yan etkileri arasında en fazla görülen yan etkiler hipotansiyon, bulantı ve kusma olarak bulunmuştur (Chestnut ve ark. 2014:798-805) Çalışmamız da bunu destekler nitelikte olup, istatistiksel raporuna göre primigravid gebelerde %68,2 bulantı, %45,5 kusma, %18,2 hipotansiyon, multigravid gebelerde ise %59,1 bulantı, %45,5 kusma, %18,2 hipotansiyon sıralamasıyla yan etkilerde ortaya çıkmıştır. Hipotansiyonun en az yan etki olarak görülmesinin sebebini epidural analjezi uygulamasına başlamadan önce gebeyi laktatlı ringer ile hidrasyon sağlamamızdan kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Kamilçebe ve arkadaşlarının çalışmalarının sonucunda epidural analjezi uygulanan gebelerin hiçbirinde bu yan etkiler ortaya çıkmamış ve bu durumun, doğru gebe seçimi, doğru epidural analjezi uygulama zamanı ve gebeye uygun teknik seçimine dikkat edildiği takdirde literatür taramasında karşımıza çıkan yan etkilerin ortaya çıkmayacağı kanaatinde olduklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda servikal açıklığa ilişkin özellikler içinde; servikal dilatasyon, servikal efasman yanı sıra baş seviyesi, serviks kıvamı ve serviks pozisyonu da yer almaktadır. Literatürde epidural analjezi ve bishop skorlaması arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Araştırmamız süresince kadın doğum hekimi bishop değerlendirmesi yaptıktan sonra epidural analjezi için uygunluk kararını anestezi hekimi ve ekibine bildirmiş ve epidural analjezi uygulamasına başlanmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya dahil edilen tüm gebelerin tüm zamanlar boyunca serviks kıvamı yumuşak, serviks pozisyonu anterior olarak bulunmuştur ve anlamlı olarak istatistiksel bir fark bulunamamıştır. Baş seviyesi primigravid grupta -3 seviyesinde yoğunlaşırken multigravid grupta ise -2 seviyesinde yoğunlaşma görülmüş ve bununla beraber tüm zaman dilimlerinde iki grup arasında baş seviyesi dağılımında anlamlı farklar bulunmuştur. Bu yoğunlaşmanın sebebini epidural analjezinin başlangıç zamanından itibaren 2, 4, 6, 8, 10 ve 30.dakikalarda takip süresi içerdiği ve uzun bir takip süresi olmaması olarak düşünmekteyiz.

Araştırmamızda yer verdiğimiz hemodinamik parametrelere bakacak olursak; nabız değerleri tüm zamanlara bakıldığında primigravid ve multigravid gebeler arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır. Primigravid gebelerin ortalama nabız değeri 89,59 iken multigravid gebelerin ortalama nabız değeri 90,93 olarak bulunmuştur. Kan basıncı değerlerini incelediğimizde sistolik ve diyastolik değerleri yine tüm zaman dilimlerine bakıldığında primigravid ve multigravid gebeler arasında anlamlı istatistiksel bir fark bulunmayıp büyük ölçüde benzer olduğu görülmektedir. Literatür tarandığında da birçok çalışmanın bizim verilerimiz ile doğru orantılı olduğunu elde ettik. Arslantaş ve

arkadaşlarının (2012) sundukları araştırma sonucunda da hemodinamik parametrelerde istatistiksel anlamlı fark bulamamışlardır. Yine aynı şekilde Scott (1982) çalışmasının sonucu doğrultusunda hemodinamik parametrelerde anlamlı istatistiksel bir fark bulamadığını ifade etmiştir. Demirok (2006)'da Epidural analjezinin normal doğum üzerine etkilerini araştırmış, epidural analjezi alan ve almayan kadınları karşılaştırmıştır. Bunun sonucunda da sistolik kan basıncı değerlerinde 15,30,45 ve 60. dakikalarda istatistiksel anlamlı fark bulurken başlangıç ve 5. Dakikalardaki basınçları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulamamışlar. Diyastolik basınç da aynı şekilde sadece 45. dakikada istatistiksel anlamlı bir fark bulamamışlardır.

Epidural analjezi alan ve almayan gebelerin sistolik arter basınçları incelendiğinde 15. dakika, 30. dakika, 45. dakika ve 60. dakikalarda anlamlı bir fark saptanırken, başlangıç ve 5. dakikalardaki sistolik arter basınçları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Diastolik arter basınçları yönünden ise, sadece 45. dakikada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Literatür taramasına göre primigravidlerin multigravidlere göre doğum ağrısının daha yüksek olduğu görülmüştür (Lowe 1996). Çalışmamızda eylem esnasında epidural analjezi uygulandıktan sonra değerlendirmeye aldığımız VAS ölçeği sonucunda gruplar arasında VAS değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Arslantaş ve arkadaşları (2012) yapmış oldukları çalışmada VAS değerleri açısından anlamlı istatistiksel bir fark bulamamışlar. Çalışmamızın sonuçları da literatürü destekler niteliktedir.

Primigravid ve multigravid kadınlar arasında yenidoğan kilosu, boyu, baş çevresi, APGAR skorları açısından anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Literatürde APGAR skorlaması dışında diğer parametreleri etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmamaktadır ancak APGAR skorlamasını etkileyeceği düşünülüp birçok araştırmacılar tarafından birçok çalışma yapılmış parametrelerine eklemişlerdir.

Analiz sonucumuzda yenidoğan APGAR skorlamasında 1.dakika ve 5.dakika APGAR değerleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Özkan ve arkadaşlarının (1999) yapmış oldukları çalışmada da aynı sonuçlar bulunmuş APGAR skorlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Demirok (2006) 'un epidural analjezi alan ve epidural analjezi almayan gruplar karşılaştırılmış ve bu iki grup arasında da 1.dakika APGAR ve 5.dakika APGAR skorlarında anlamlı bir fark bulamamışlardır. Yine bir diğer Kamilçebe ve arkadaşlarının 2019 yılında yapmış oldukları retrospektif bir çalışma sonucunda epidural analjezi tercih eden kadınların doğum sonrası yenidoğan APGAR skorlarının 1.dakikası ve 5.dakikası sonuçlarında anlamlı bir fark bulamamışlardır. Öte yandan Hasegawa, Wang H ve Bodner. ise

yaptıkları çalışmalar sonucunda epidural analjezi alan kadınların yenidoğanlarında daha düşük APGAR skorları saptamışlardır.

Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların kaygı düzeyi ve doğum süreci açısından karşılaştırılması amacıyla analitik ve kesitsel tipte yaptığımız bu çalışmada, epidural uygulamasının kadınların doğum sayısına bakılmaksızın durumluk-sürekli kaygı düzeyleri açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızdaki her iki gruptaki gebelerin kendi aralarında demografik ve obstetrik özelliklerinin benzer olduğu görülmüştür. Bu veriler iki grubun eşit özellikte olduğunu ve gruplarının kaygı düzeyleri açısından değerlendirilmesi durumunda olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Yapılan literatür taramasında doğumda durumluk-sürekli kaygı durumunu inceleyen herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Ancak kullandığımız veri toplama formunda yer verdiğimiz bazı parametrelerin araştırıldığı araştırmalara ulaşılmıştır.

Araştırmamız sonucuna göre primigravid ve multigravid kadınların durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin uygulanması sonucunda her iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak herhangi bir fark bulunamamıştır. Jepsen ve Daver Keller (2014)'ın yapmış oldukları çalışma esnasında araştırmaya katılan gebenin ifadesine göre epidural analjezi uygulandıktan sonra mutluluk ve kaygıyı aynı anda yaşadığını belirtmiştir. Buna dayanarak yalnızca ağrısız doğumun kaygı üzerinde etkisi olmayıp aynı zamanda doğumda ebe-hemşire-doktor desteği de kaygıyı azaltmada yardımcı olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada;

- Primigravid ve multigravid gebelerin durumluk kaygı seviyelerinin aynı olduğu
- Primigravid ve multigravid gebelerin sürekli kaygı seviyelerinin aynı olduğu,
- Primigravid ve multigravid gebelerin doğum süreci açısından yalnızca primigravid kadınların epidural uygulama sonrası erken zamanda yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır

6.2. Öneriler

Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların kaygı düzeyi ve doğum süreci açısından karşılaştırılması amacıyla 148 (74 primigravid 74 multigravid) gebe ile yürütülen araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Gebe okullarında ağrısız doğum, ağrısız doğum çeşitleri, avantaj ve dezavantajları anlatılarak anneyi travay sürecine hazırlamalı. Cole ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları bir çalışma sonucunda ebenin antenatal süreçte gebe ile olan iletişimi, vermiş olduğu eğitimler sonucu kadının ağrısız doğum için kendisi için uygun olan yöntemi seçmesinde önemli olduğunu, kadının doğum deneyimini olumlu yönde etkileyebileceğini bulmuşlardır.
- Kaygıyı azaltmak için doğum servislerinde ve gebe polikliniğinde çalışan sağlık çalışanlarına epidural analjezi ile doğum hakkında bilgi birikimine sahip olması ve hizmet içi eğitimler sağlanmalı,
- Epidural analjezi ile doğum için özel hastanelerin yanı sıra devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinde de uygun ekip ve ekipmanlar oluşturulmalı.
- Ebeler ağrıyı gidermek için kullanılan farmakolojik yöntemlerin yanı sıra fizyolojik olarak da doğum eyleminde kadını nonfarmakolojik yöntemlerle de kadını

desteklenmelidir. Farmakolojik yöntemler içinde yer alan epidural analjezi ile birlikte ebe ve hemşire tarafından anne uygun nonfarmakolojik yöntemler ile de desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

- Abdel-Halim, A., Anwar, M., Aouad, R., Baluch, A., Barker, A., Bartels, K. ve ark. (2015). *Ağrı Cep Kitabı Özet Bilgiler ve Güncel Notlar* (ss. 1-25). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Afşar, F., & Pınar, R. (2003). Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6, 19-28.
- Akın, Ş., Akıncı, S. B., Akkaya, Ö. T., Alkaya, F., Alkış, N., Aşık, İ. ve ark. (2016). *Temel Anestezi El Kitabı* (2. Baskı, ss. 365-564). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi.
- Anand, K. L., & Sarna, R. (2016). A comparison of 0.1% ropivacaine and 0.1% bupivacaine with patient-controlled epidural analgesia for labor: A double-blind study. *Anaesth Pain & Intensive Care*, 20(3), 278-284.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(12), Art. No.: CD000331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub3>
- Arslantaş, R., Arslantaş, M. K., & Özyuvacı, E. (2012). Epidural yöntem ile yapılan doğum analjezisinde bupivakain ve levobupivakainin karşılaştırılması. *Ağrı Dergisi*, 24(1), 23-31.
- Aslan, F. E. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-16.
- Aydın, R., Bostan, F. S., & Kukulu, K. (2021). The factor structure of the childbirth self-efficacy inventory in a sample of Turkish pregnant women. *Balıkesir Medical Journal*, 5(3), 131-139.
- Bailey, B., Bergeron, S., Gravel, J., & Daoust, R. (2007). Comparison of four pain scales in children with acute abdominal pain in a pediatric emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 50, 379-383.

- Benfield, R., Song, H., Salstrom, J., Edge, M., Brigham, D., & Newton, E. R. (2021). Intrauterine contraction parameters at baseline and following epidural and combined spinal-epidural analgesia: A repeated measures comparison. *Midwifery*, 95, 102943.
- Bonouvrie, K., van den Bosch, A., Roumen, F. J. M. E., van Kuijk, S. M., Nijhuis, J. G., Evers, S. M. A. A., & Wassen, M. M. L. H. (2016). Epidural analgesia during labour, routinely or on request: A cost-effectiveness analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 207, 23-31.
- Butterworth, J. F., Mackey, D. C., & Wasnick, J. D. (2015). *Morgan & Mikhail Anesteziyoloji* (5. Baskı, ss. 825-875). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Zhao, B., Li, B., Wang, Q., & Song, X. (2022). The relationship between epidural analgesia and intrapartum maternal fever and the consequences for maternal and neonatal outcomes: A prospective observational study. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(25), 5354-5362. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1879042>
- Caton, D., ve ark. (2002). The nature and management of labor pain: Executive summary. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 1-15.
- Chestnut, D., Wong, C., Tsen, L., Kee, W. D. N., Beilin, Y., & Mhyre, J. (2014). *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice* (5th ed., pp. 798-805). Philadelphia: Saunders.
- Çelik, J. B., & Apilioğulları, S. (2012). Obstetrik analjezi, anestezi ve ilaçların fetüs üzerine etkisi. İçinde M. N. Çiçek ve ark. (Ed.), *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (3. Baskı, ss. 115-125). Ankara: Atlas Kitapçılık.
- Cole, L., Turnbull, D., & Dahlen, H. (2020). How are decisions made to access a planned epidural in labour? Midwife-woman interactions in antenatal consultations. *Midwifery*, 82, 102618. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102618>
- Collins, S. L., Moore, R. A., & McQuary, H. J. (1997). The visual analogue pain intensity scale: What is moderate pain in millimeters? *Pain*, 72(1-2), 95-97.
- Çakırca, M., Bektas, M., Özcan, A., & Dogulu, F. (2013). Comparison of two different bupivacaine doses with sufentanil for epidural obstetric analgesia/Epidural doğum

analjezisinde sufentanil eklenen iki farklı bupivakain dozunun karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 33(2), 516.

D'Arby Toledano, R., & Leffert, L. (2023). Neuraxial analgesia for labor and delivery (including instrumented delivery). *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/neuraxial-analgesia-for-labor-and-deliveryincluding-instrumented-delivery?topicRef=4468&source=see_link

Demirok, H. (2006). *Epidural anestezinin normal doğum üzerine etkileri* (Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi).

Duke, J. C., & Keech, B. M. (2017). *Duke Anestezi Sırları* (5. Baskı, ss. 368-403). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.

Erdine, S. (2007). Ağrı mekanizmaları. *Klinik Gelişim*, 20(3), 7-1.

Erdine, S. (2005). Obstetrik anestezi ve analjezi uygulamaları. İçinde *Rejyonal Anestezi* (ss. 253-270). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Eriksen, L. M., Nohr, E. A., & Kjærgaard, H. (2011). Mode of delivery after epidural analgesia in a cohort of low-risk nulliparas. *Birth*, 38, 317-326.

Ertem, G., & Sevil, Ü. (2005). Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 117-123.

Eti Aslan, F. (1998). Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. *Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı* (s. 35-36). Ankara.

Grant, G. J. (2023). Adverse effects of neuraxial analgesia and anesthesia for obstetrics. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/adverse-effects-ofneuraxial-analgesia-and-anesthesia-for-obstetrics>

Glosten, B. (2000). Anesthesia for obstetrics. İçinde R. D. Miller (Ed.), *Anesthesia* (s. 68). San Francisco: Churchill Livingstone.

- Hamlacı, Y. (2013). *LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Heesen, M., & Klimek, M. (2016). Obstetric analgesia – Update 2016. *Journal of Perinatal Medicine*. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0118>
- Heesen, M., Van de Velde, M., Klöhr, S., Lehberger, J., Rossaint, R., & Straube, S. (2014). Meta-analysis of the success of block following combined spinal-epidural vs. epidural analgesia during labour. *Anaesthesia*, 69, 64-71.
- Hughes, S. C., Dailey, P. A., & Partridge, C. (1988). Transcutaneous electrical nerve stimulation for labor analgesia. *Anesthesia & Analgesia*, 67, 99.
- Hasegawa, J., Farina, A., Turchi, G., Hasegawa, Y., Zanello, M., & Baroncini, S. (2013). Effects of epidural analgesia on labor length, instrumental delivery, and neonatal short-term outcome. *Journal of Anesthesia*, 27(1), 43-47. <https://doi.org/10.1007/s00540-012-1480-9>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(3), Art. No.: CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
- Kamilçelebi, N., Şahin, A. S., Sargın, A., Karaman, S., Salihoğlu, Z., & Derbent, A. (2019). Doğumhanede son bir yılda uygulanmış olan ağrısız doğum uygulamalarının retrospektif olarak incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 58(2), 131-135.
- Karabulutlu, Ö. (2014). Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Caucasian Journal of Science*, 1(1), 43-50.
- Karaçam, Z., & Gezer, N. (2017). Vajinal doğumda epidural analjezi kullanımı ve anne-bebek sağlığına etkisi. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(3), 137-147.
- Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 113-121.

- Kemp, E., Kingswood, C. J., Kibuka, M., & Thornton, J. G. (2013). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(1), Art. No.: CD008070. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub2>
- Kılınç Akman, E. (2015). *Kadın hastalıklarından ameliyat olacak hastalara preoperatif dönemde yapılan tanıtıcı eğitimin kaygı üzerindeki etkisinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul).
- Kızılırmak, A., & Calpbinici, P. (2021). Doğum ağrısı ve yaklaşımlar. *750. Yıl Hünkâr Hacı Bektaş Veli Anma ve Armağan Kitabı* (s. 278-285). Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Yayınları.
- Küçükgülü, S. (2000). Doğumda ağrı kontrolü, obstetrik analjezi & anestezi “güncel yaklaşımlar” *Sempozyum Kitabı*, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. & Ege Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği IV. Sempozyumu (s. 7-25).
- Köksal, Ö., & Duran, E. T. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım.
- Kuru İyidir, Z. (2022). *Non-stress teste yönelik verilen eğitimin gebelerin kaygı düzeyine etkisi* (Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın).
- Kömürcü, N., & Berkiten, A. E. (2008). Doğum ağrısı ve yönetimi. İçinde N. Kömürcü, & B. A. Ergin (Eds.), *Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.* (s. 57-120). İstanbul.
- Kömürcü, N. (2014). *Doğum ağrısı ve yönetimi* (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd. Şti.
- Lamaze, F. (1958). *Painless childbirth: Psychoprophylactic method*. London: Burke.
- Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2003). The nature and management of labor pain: Part II. Pharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 68, 1115-1122.

- Halliday, L., Shaw, M., Kyzayeva, A., Lawlor, D. A., Nelson, S. M., & Kearns, R. J. (2024). Socio-economic disadvantage and utilisation of labour epidural analgesia in Scotland: A population-based study. *Anaesthesia*, 79, 473-485. <https://doi.org/10.1111/anae.16236>
- Mamuk, R. (2008). *Vajinal doğumun ikinci aşamasında perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisi* (Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul).
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). Pain. *Clinical manual*, 2.
- Mucuk, S., & Başer, M. (2009). Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 61-66.
- Owen, M. D. (2006). Doğumda rejyonal analjezi. İçinde Ş. Şahin & M. D. Owen (Eds.), *Ağrısız doğum ve sezaryende anestezi* (s. 48-67). İstanbul: Nobel & Güneş Tıp Kitabevi.
- Owen, M. D., D'Angelo, R., Gerancher, J. C., Thompson, J. M., Foss, M. L., Babb, J. D., & Eisenach, J. C. (1998). 0.125% ropivacaine is similar to 0.125% bupivacaine for labor analgesia using patient-controlled epidural infusion. *Anesthesia & Analgesia*, 86(3), 527-531.
- Özatamer, O., Alkış, N., Batasilam, Y., & Küçük, D. (2002). Obstetrik anestezi. İçinde *Anestezide güncel konular* (s. 159-177). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Öz, İ. Ş. (2019). Epidural doğum ve normal doğumda müdahale oranları ve müdahaleye bağlı gelişen komplikasyonların karşılaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 23-28. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.458491>
- Özşahin, Z. (2017). *Anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisi* (Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi, Ebelik Ana Bilim Dalı, Malatya).
- Özyuvacı, E. (2007). Doğum ağrısı mekanizma ve kontrolünde güncel yaklaşımlar. *Klinik Gelişim*, 20(3), 46-52.
- Parameswara, G., Kshama, K., Murthy, H. K., Jalaja, K., & Venkat, S. (2012). Early epidural labour analgesia: Does it increase the chances of operative delivery? *British Journal of Anaesthesia*, 108(suppl 2), 213-214.

- American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. (2016). Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report. *Anesthesiology*, 124(2), 270–300.
- Sargın, M. A., Yassa, M., Ar, A. Y., Ergun, E., Orhan, E., & Tuğ, N. (2017). Epidural analjezinin nullipar gebelerde doğumun aktif fazı ve yenidoğan üzerine etkilerinin araştırılması.
- Sarid, J. P., Mikulandra, S., Gustin, D., Matasid, H., Tomulid, K., & Dokoza, K. P. (2012). Spinal anesthesia at the L2-3 and L3-4 levels: Comparison of analgesia and hemodynamic response. *Collegium Antropologicum*, 36(1), 151-156.
- Sng, B. L., Leong, W. L., Zeng, Y., Siddiqui, F. J., Assam, P. N., Lim, Y., Chan, E. S. Y., & Sia, A. T. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(10), Art. No.: CD007238. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>
- Sng, B. L., & Sia, A. T. H. (2017). Maintenance of epidural labour analgesia: The old, the new and the future. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 31(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2017.01.002>
- Süğür, T., Kızılateş, E., Kızılateş, A., İnanoğlu, K., & Karşı, B. (2020). Doğum analjezisi: Epidural hasta kontrollü analjezi ile intravenöz hasta kontrollü analjezinin karşılaştırılması. *Agri: Journal of the Turkish Society of Algology*, 32(1).
- Şahin, Ş. (2006). Doğum ağrısının mekanizması. İçinde Ş. Şahin & M. D. Owen (Eds.), *Ağrısız doğum ve sezaryende anestezi* (s. 13-27). İstanbul: Nobel & Güneş Tıp Kitabevi.
- Şentürk Yazıcı, F. (2009). *Epidural analjezi ile doğumun travay ve fetüs üzerine etkileri* (Uzmanlık tezi, Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul).
- Tabur, F. (2007). *Düşük riski olan kadınlardaki kaygı düzeyleri* (Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar).

- Taşçı, E., & Sevil, Ü. (2007). Doğum ağrısında nonfarmakolojik uygulamalar. *Genel Tıp Dergisi*, 17(3).
- Taşkın, L. (2012). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Türk Algoloji Ağrı Derneği. (2020). *Ağrı Sınıflandırması ve Ağrı Tipleri 2020*. <https://algoloji.org.tr/> adresinden erişildi.
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD). (2006). *Anestezi uygulama kılavuzu, postoperatif ağrı tedavisi*. <https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/7.pdf>
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2022). *Türk Dil Kurumu sözlükleri 1932*. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Ulas, S. C., Köken, S., Çalım, S. İ., & Demirci, H. (2016). Gebelerin epidural normal doğum hakkındaki bilgi düzeyleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4).
- Ulutaş, N. (2011). *Ebelerin doğum eyleminde nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin uygulamaları ve uygulamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas).
- Uyanık, A. (2019). Doğum ağrısında nonfarmakolojik yöntemler ve hemşirelik. İçinde A. S. Saracaloğlu, G. Hergüner & A. Saçan (Eds.), *Anne çocuk sağlığı ve eğitimi* (ss. 30-45). İstanbul: Güven Plus Grup Danışmanlık A.Ş. Yayınları.
- Ünlügenç, H. Obstetrik anestezi. <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/dogum.htm>
- Üst, Z. D., & Pasinlioğlu, T. (2015). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *HSP*, 2(3), 306-317.
- Varassi, G., Marinangeli, F., & Beltrutti, D. (2007). Doğum ağrısı ve analjezisi. İçinde S. Erdine (Ed.), *Ağrı* (3. Baskı, ss. 142-148). İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Wang, H., Li, B., & Zhao, B. (2023). Perinatal outcomes and risk factors for epidural analgesia-associated intrapartum maternal fever: A retrospective study. *Journal of*

- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423.
- Yeşilçiçek Çalık, K. (2010). *Doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi* (Doktora tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul).
- Yıldırım, G. (2001). *Doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Yıldırım, G., & Şahin, N. H. (2003). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 14-19.
- Yıldız, B. Z. (2012). *Doğumda epidural analjezi/anestezi tercihini belirleyen faktörler* (Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Yıldız, H. (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 98-105.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a. Okur-yazar
- b. İlkokul mezunu
- c. Ortaokul mezunu
- d. Lise/dengi okulu mezunu
- e. Üniversite / yüksekokul / lisansüstü eğitim mezunu

3. Medeni durumunuz nedir?

- a. Evli
- b. Bekar
- c. Diğer (Belirtiniz.....)

4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- a. Hayır (Ev hanımı) (6. Sorudan devam ediniz)
- b. Evet

5. Mesleğiniz nedir?

- a. Memur
- b. Serbest meslek
- c. Diğer (Belirtiniz:.....)

6. Sağlık güvenceniz var mı?

- a. Hayır
- b. Evet

7. Bugüne kadar en uzun sürede nerede yaşadınız?

- a. Şehir
- b. İlçe
- c. Köy

8. Eşiniz kaç yaşında?.....

9. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a. Okur-yazar
- b. İlkokul mezunu
- c. Ortaokul mezunu
- d. Lise/dengi okulu mezunu
- e. Üniversite / yüksekokul / lisansüstü eğitim mezunu

10. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- a. Hayır (İşsiz) (12. Sorudan devam ediniz)
- b. Evet

11. Eşinizin mesleği nedir?

- a. Memur
- b. Serbest meslek
- c. Diğer (Belirtiniz:.....)

12. Siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında ailenizde yaşayan başka kişi ya da kişiler var mı?

- a. Hayır (Çekirdek aile)
- b. Evet (Geniş aile)

13. Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?

- a. Gelir giderden az
- b. Gelir gidere denk
- c. Gelir giderden fazla

Ek 2. Obstetrik Özellikler Formu

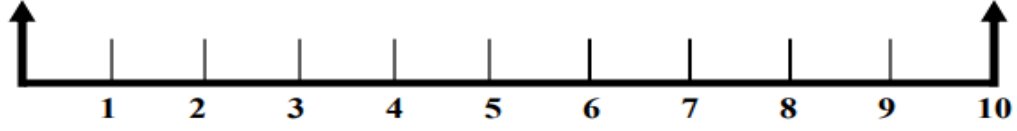
1. Kaçınıcı gebelik haftasındasınız? Yazınız.....
2. Kaçınıcı gebeliğiniz? Yazınız.....
3. Kaçınıcı doğumunuz? Yazınız.....
4. Kaç yaşayan çocuğunuz var? Yazınız.....
5. Ölü doğumunuz var mı?
 - a. Hayır
 - b. Evet (Sayısı nedir? Yazınız.....)
6. Düşük yaptınız mı?
 - a. Hayır
 - b. Evet (Sayısı nedir? Yazınız.....)
7. Küretaj oldunuz mu?
 - a. Hayır
 - b. Evet (Sayısı nedir? Yazınız.....)
8. Doğum öncesi eğitim aldınız mı?
 - a. Hayır
 - b. Evet
9. Planlı olarak mı gebe kaldınız?
 - a. Hayır
 - b. Evet

Ek 3. İntrapartum ve Epidural Analjezi Bilgi Formu

(Bu form araştırmacı tarafından gözlem/ölçüm yoluyla ya da gebe dosyasından elde edilen verilerle doldurulacaktır)

1. Doğum salonuna geliş tarihi ve saati:
2. Doğum salonuna geldiği saatteki servikal dilatasyon ve efasman:
3. Ağrısız doğum uygulama (başlama) saati:
4. Ağrısız doğum uygulaması sırasında yan etki görülme durumu
a.Evet b. Hayır
5. Ağrısız doğum uygulamasın sırasında görülen yan etkiler? (Birden fazla olabilir)
a.Hipotansiyon
b.Bulantı
c.Kusma
d.Solunum sıkıntısı
e. Motor blok
f. Diğer.....
5. Doğum eyleminde uygulanan herhangi bir müdahale var mı? (Birden fazla olabilir)
a.Epizyotomi
b. Vakum
c. Forseps
d. Amniyotomi
e. Diğer.....
6. Laserasyon gelişme durumu?
a.Evet b. Hayır
7. Doğumun birinci evresinin süresi:
8. Doğumun ikinci evresinin süresi:
9. Doğumun üçüncü evresinin süresi:

10. Doğum eyleminde analjezi uygulama sürecindeki; gebenin yaşam bulguları, ağrı ve servikal açıklığına ilişkin özellikler aşağıdaki formda belirtilmelidir..



VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

	Kan basıncı	Nabız	VAS	Servikal açıklık	Servikal efasman	Baş seviyesi	Serviks kıvamı	Serviks pozisyonu
Başlangıç								
2.dk								
4.dk								
6.dk								
8.dk								
10.dk								
30.dk								

Ek 4. Yenidoğan Bilgi Formu

(Bu form araştırmacı tarafından gözlem/ölçüm yoluyla ya da gebe dosyasından elde edilen verilerle doldurulacaktır)

- 1. Yenidoğan kilosu:.....**
- 2. Yenidoğan boyu:.....**
- 3. Yenidoğan baş çevresi:.....**
- 4. Yenidoğan apgar skoru** **1.dk:..... 5.dk:.....**
- 5. Yenidoğana canlandırma uygulandı mı?**
 A. Evet (Evet ise;)
 B. Hayır
- 6. Yenidoğanın özel bakıma ihtiyacı var mı?**
 A. Evet (Evet ise;)
 B. Hayır

Ek 5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafında verilen derecelendirmelerden uygun olanını karalamak veya işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir.				
2	Genellikle çabuk yorulurum.				
3	Genellikle kolay ağlarım.				
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.				
6	Kendimi dinlenmiş hissedirim.				
7	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.				
8	Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.				
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
10	Genellikle mutluyum.				
11	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
12	Genellikle kendime güvenim yok.				
13	Genellikle kendimi emniyette hissedirim.				
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
15	Genellikle kendimi huzurlu hissedirim.				
16	Genellikle hayatımdan memnunum.				
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.				
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım.				
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.				

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ (Devam)

YÖNERGE: Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafında verilen derecelendirmelerden uygun olanını karalamak veya işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
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 duyuyorum.				
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 rahatlatmış 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 6. İzin Yazıları

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 03.01.2023-293167



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-15189967-050.01.04-293167
Konu : Kararlar

03.01.2023

Sayın Doç. Dr. Keziban AMANAK
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.12.2022 tarihinde Google Meet üzerinden yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2 nolu karar ekte sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR 2:

Protokol No

: 2022/050

Sorumlu Yürütücü

: Doç.Dr. Keziban AMANAK
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Keziban AMANAK'ın "**Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Kadınların Kaygı Düzeyi ve Doğum Süreci Açısından Karşılaştırılması**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde ile gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; **Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Dide KILIÇALP KILINÇ
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSDNL8CCBL

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSDNL8CCBL&eS=293167>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Telefon:02562132717 Faks:02562124219

e-Posta:sagbilfakultesi@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/

Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nazife UZUN SELEK

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-15189967-050.02.04-334139
Konu : Karar 2022/050 (Doç.Dr. Keziban
AMANAK)

31.03.2023

Sayın Doç. Dr. Keziban AMANAK
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.03.2023 tarihinde Google Meet üzerinden yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 10 nolu karar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

KARAR 9:

Protokol No : 2022/050
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Keziban AMANAK
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 21/12/2022 tarihinde onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Keziban AMANAK'ın "**Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Kadınların Kaygı Düzeyi ve Doğum Süreci Açısından Karşılaştırılması**" konulu araştırmasının değişiklik raporu hakkındaki 17/03/2023 tarihli dilekçesi görüşüldü. Çalışmada Yardımcı araştırmacı olarak Prof.Dr. Ayşe Filiz YAVUZ'un eklenmesine ve Formlarda yer alan değişikliklerin kabulüne oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Dide KILIÇALP KILINÇ
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSR行为32CML

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSR行为32CML&eS=334139>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Telefon:02562132717 Faks:02562124219

e-Posta:sagbilfakultesi@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/

Keş Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Sibel KARATEKİN

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Tel No: 02562203012



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-15189967-050.04-636132
Konu :Kararlar

01.11.2024

Sayın Doç. Dr. Keziban AMANAK
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.10.2024 tarihinde Google Meet üzerinden yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 5 nolu karar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

KARAR 5:

Protokol No : 2023/58
Sorumlu Yürütücü : Doç. Dr. Keziban AMANAK
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 28.12.2022 tarihinde onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Keziban AMANAK in "Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Kadınların Kaygı Düzeyi ve Doğum Süreci Açısından Karşılaştırılması" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 30.10.2024 tarihli dilekçesi görüşüldü. Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayı almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Dide KILIÇALP
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BS4ZZZ5S1

Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BS4ZZZ5S1&eS=636132>

ADÜ Merkez Kampüsü Aytepe Merkez 09100 Efeler/AYDIN

Telefon: 0(256) 220 30 00 Faks: 0(256) 220 30 99

e-Posta: sagbilfakultesi@adu.edu.tr İnternet Adresi: akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/

KEP Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Beyhan Çarın ŞENALP

Öğretim Elemanı

Telefon: 3004



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 72300690-799-9
Konu : Ebe Dilan ÇINAR'ın Proje Çalışması Hk.

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ ETİK KURULUNA

Kliniğimiz eğitim görevlisi Prof. Dr. Ayşe Filiz YAVUZ danışmanlığında kliniğimiz Kliniğimiz Ebelerinden Dilan ÇINAR'ın "Epidural analjezi uygulanan primigravid ve multigravid kadınların kaygı düzeyi ve doğum süreci açısından karşılaştırılması" konulu proje çalışmasının , Etik Kurul tarafından değerlendirilmesi hususunda,

Gereğinin yapılmasını arz ederim. 22.06.2023

PROF.DR. HACER CAVİDAN GÜLERMAN
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Eğitim Sorumlusu

ASLI GIBİDİR

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA VALİLİĞİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ
EĞİTİM SORUMLUSU
Prof. Dr. Hacer Cavidan Gülerman
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA VALİLİĞİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ
EĞİTİM SORUMLUSU

03.04.2024

İlgili Kuruma,

Prof. Dr. Necla Öner, "Sınav Kaygısı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi'nde tez çalışması yapan Dilan Çınar'ın, Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Kadınların Kaygı Düzeyi ve Doğum Süreci Açısından Karşılaştırılması konulu tezinde Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Epidural Analjezi Uygulanan Primigravid ve Multigravid Kadınların Kaygı Düzeyi ve Doğum Süreci Açısından Karşılaştırılması” başlıklı Yüksek Lisans/Doktora tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

.....
Öğrencinin adı ve soyadı

... / ... / ...

ÖZ GEÇMİŞ

Dilan Çınar 1992 yılında İzmir’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı. Aybers Hikmet Karabacak Lisesi’nden mezun olduktan sonra 2011 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü’ne girdi; 2015’te mezun olduktan sonra İzmir Özel Tınaztepe Hastanesi yenidoğan yoğun bakım servisinde göreve başladı. 2016 yılında Aydın Özel Medinova Hastanesi’nde devam ettiği sırada 2018 yılında Ankara Zekai Tahir Burak Hastanesi’ne atandı. Aile sağlığı merkezinde göreve devam etmekte. Halen; 2016 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda başlamış olduğu yüksek lisans programını, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı altında sürdürmektedir.

ADRES BİLGİLERİ

Adres: 5 Nolu Dr. Necip Doğu Aile Sağlığı Merkezi Polatlı/Ankara

Tel: 0555 022 51 19

E-posta: dlngokce@gmail.com