

YASEMİN ŞANLI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2018



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

(DOKTORA TEZİ)

**TRAVAYDA GEBEYE UYGULANAN AYAK MASAJININ
DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ**

YASEMİN ŞANLI

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. İLKAY GÜNGÖR**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi Yasemin Şanlı tarafından Doç.Dr.İlkay Güngör danışmanlığında hazırlanan "Travayda Gebeye Uygulanan Ayak Masajının Doğum Sürecine Etkisi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 19 / 02 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof.Dr.Nezih Kızılkaya Beji
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Jüri

Prof.Dr.Nuran Kömürcü
İstanbul Aydın Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Jüri

Prof.Dr.Nevin Şahin
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.Ergül Aslan
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

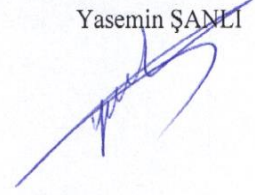
Jüri-Danışman

Doç.Dr.İlkay Güngör
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Yasemin ŞANLI



İTHAF

Bu çalışmayı rahmetli babam Nevzat SEZER'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince yardım ve desteğini esirgemeyen, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR'e,

Doktora eğitimim boyunca akademik ve bireysel gelişimime sağladıkları katkılardan dolayı kıymetli hocalarım; Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye, Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e, Prof. Dr. Ümran OSKAY'a, Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ'ye ve Doç. Dr. Ergül ASLAN'a,

Araştırmanın yürütüldüğü Karaman Devlet Hastanesi Başhekimliği'ne, Doğum Salonu'nda görevli başta sorumlu ebe Sevim SÜTÇÜ olmak üzere tüm ebe arkadaşlarıma ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları; Op. Dr. Fatmagül ŞENCAN'a, Op. Dr. Mustafa TUTUMLU'ya, Op. Dr. Fatma KILIÇ'a ve Op. Dr. Alev AKALTUN'a, çalışmaya katılma nezaketini ve güvenini gösteren tüm gebelere,

Gerek doktora eğitimim gerekse tez çalışmam sırasında her zaman yanımda olan, beni motive eden ve destekleyen değerli arkadaşım Öğr. Gör. Yeliz DİNÇER'e,

Öğrenim hayatım boyunca başarılarımın ardındaki büyük güç olan sevgili aileme, bana sonsuz sabır ve anlayış gösteren ve her zaman destekleyen sevgili eşim Op. Dr. Ahmet ŞANLI'ya ve canım kızım Alya ŞANLI'ya çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	XI
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XII
ÖZET	XIII
ABSTRACT.....	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. AĞRI.....	4
2.1.1. Ağrının Fizyolojisi	4
2.1.2. Ağrı Teorileri	5
2.2. DOĞUM EYLEMİ	6
2.2.1. Doğum Eyleminin Evreleri ve Süresi	7
2.2.2. Doğum Eyleminde Ağrı	10
2.2.2.1. Doğum Eylemindeki Ağrının Fizyolojisi.....	11
2.2.2.2. Doğum Eylemindeki Ağrının Anne ve Fetüs Üzerine Etkileri	12
2.2.2.3. Doğum Eylemindeki Ağrının Yönetilmesi	13
2.3. MASAJ	17
2.3.1. Ayak Masajı	19
2.3.1.1. Ayak Masajı Uygulama Tekniği	20
2.3.1.2. Ayak Masajının Doğum Eylemi Sürecine Etkisi	23
2.4. DOĞUM EYLEMİNDE ANNENİN AĞRI ŞİDDETİ ALGISININ AZALTILMASINDA HEMŞİRENİN ROLÜ	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Amacı.....	29
3.2. Araştırmanın Tipi.....	29

3.3. Araştırmanın Hipotezleri	29
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.7. Araştırmaya Alınma ve Çıkarılma Kriterleri	33
3.8. Veri Toplama Araçları	33
3.8.1. Gebe Tanıtım Formu (EK-I)	33
3.8.2. Doğum Eylemi Değerlendirme Formu (EK-II)	34
3.8.3. Görsel Analog Skala (Visual Analog Skala-VAS) (EK-III)	34
3.8.4. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu (EK IV).....	34
3.8.5. Doğum Duygulanım Ölçeği (DDÖ) (EK V).....	34
3.8.6. Ayak Masajı Uygulamasına İlişkin Soru Formu (EK VI)	35
3.9. Uygulama	35
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
3.13. Çalışma Takvimi.....	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Deney ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	42
4.2. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulgular ...	47
4.3. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Sürecinde Eylemin Süresi, Girişimler, Postpartum Kanama ve Yenidoğanın Sağlık Durumuna Etkisi İle İlgili Bulgular	50
4.4. Ölçme Araçlarının Güvenirliğine İlişkin Bulgular	55
4.5. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Duygu Durumu ve Duygusal Davranışlarına Etkisi İle İlgili Bulgular.....	55
4.6. Deney Grubunun Ayak Masajının Etkinliğine İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulgular (N: 80).....	59
5. TARTIŞMA	60
5.1. Demografik ve Obstetrik Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması	61
5.2. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması	63

5.3. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Sürecinde Eyleminin Süresi, Girişimler, Postpartum Kanama ve Yenidoğanın Sağlık Durumuna Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması	65
5.4. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Duygu Durumu ve Duygusal Davranışlarına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması	71
5.5. Deney Grubunun Ayak Masajının Etkinliğine İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulguların Tartışılması	73
KAYNAKLAR	78
FORMLAR	89
EK-I: GEBE TANITIM FORMU	89
EK-II: DOĞUM EYLEMİ DEĞERLENDİRME FORMU	91
EK-III: VİSUAL ANALOG SKALA (VAS)	92
EK-IV: DOĞUM EYLEMİNDE DUYGUSAL DAVRANIŞ FORMU	93
EK-V: DOĞUM DUYGULANIM ÖLÇEĞİ.....	94
EK-VI: AYAK MASAJI UYGULAMASINA İLİŞKİN SORU FORMU.....	95
EK-VII: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	96
EK-VIII: ARAŞTIRMACININ KURS KATILIM BELGESİ	97
EK-IX: ETİK KURUL KARARI	98
EK-X: KURUM İZİNİ	100
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	102
ÖZGEÇMİŞ	103

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4-1: Demografik özellikler (N:80).....	42
Tablo 4-2: Obstetrik özellikler (N:80)	43
Tablo 4-3: Doğum öncesi bilgi alma ve kaynağı ile ilgili özellikler (N:80).....	44
Tablo 4-4: Önceki gevşeme, ağrı giderme yöntemi ve dismenore deneyimleri (N: 80)	45
Tablo 4-5: Gebelerin normal doğuma bakışı ve korkularına ilişkin özellikler (N: 80) ..	46
Tablo 4-6: Gebelerin bebeği ve cinsiyetini isteme durumları (N:80).....	47
Tablo 4-7: Deney ve Kontrol grubundaki gebelerde doğum ağrısı şiddeti ile ilgili Visual Analog Skala (VAS) puanlarının karşılaştırılması (N: 80).....	48
Tablo 4-8: Doğum eylemi süresinin deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılması (N: 80).....	50
Tablo 4-9: Doğum eylemindeki girişimlerin deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılması (N: 80)	51
Tablo 4-10: Doğum sonu kanama izleminde ped ağırlıklarının deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılması (N: 80).....	52
Tablo 4-11: Yenidoğanailişkin özelliklerin karşılaştırılması (N:80).....	54
Tablo 4-12: Ölçme araçlarının güvenilirliğine ilişkin özellikler (N: 80).....	55
Tablo 4-13: Deney ve Kontrol grubundaki gebelerin Doğum Eyleminde Duygusal Davranışlarının karşılaştırılması (N: 80)	56
Tablo 4-14: Deney ve Kontrol grubundaki gebelerin Doğum Duygulanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N: 80).....	58
Tablo 4-15: Deney grubundaki gebelerin ayak masajının etkinliğine ilişkin puan ortalamaları	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Ayak masajı uygulama adımları.....	23
---	----



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
VAS	Visüel Analog Scala
TENS	Transkutaz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
WHO	World Health Organization
FIGO	The International Federation of Gynecology and Obstetrics
CIMS	The Coalition for Improving Maternity Services
MEGEP	Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
NST	Non Stres Test
IUGG	İntrauterin Gelişim Geriliği
DDÖ	Doğum Duygulanım Ölçeği
APGAR	Activity and muscle tone, Pulse, Grimace response, Appearance, Respiration
SCOG	Kanada Jinekologlar ve Obstetrisyenler Birliği

ÖZET

Şanlı, Y. (2018). Travayda Gebeye Uygulanan Ayak Masajının Doğum Sürecine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma travayda gebeye uygulanan ayak masajının doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapıldı.

Araştırmanın örnekleme Aralık 2016 - Mayıs 2017 tarihleri arasında Karaman Devlet Hastanesi'ne başvuranve araştırma koşullarını sağlayan primipar gebelerden randomize olarak seçilen 40 deney ve 40 kontrol grubu toplam 80 gebe alındı. Gebelere eylemin latent fazında bilgilendirme yapıp onay alındıktan sonra her iki gruba doğum eyleminde rutindeki hemşirelik bakımı verildi ancak deney grubuna farklı olarak doğumun birinci evresinde servikal dilatasyon 4-5 cm, 6-7 cm ve 8-9 cm iken her ayağa 10'ar dakika olmak üzere toplam 20'şer dakika ayak masajı uygulandı. Araştırmanın verilerinin toplanmasında; demografik ve obstetrik özellikler ile ilgili Gebe Tanıtım Formu, doğum ile ilgili kayıtları içeren Doğum Eylemi Değerlendirme Formu, doğum ağrısı şiddetini değerlendiren Visual Analog Skala (VAS), gözleme dayalı Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu ve annelerin duygusal durumunu değerlendiren Doğum Duygulanım Ölçeği kullanıldı.

Deney ve kontrol gruplarında yapılan karşılaştırmalar sonucunda, deney grubundaki kadınların VAS'a göre ağrılarının şiddetinin uygulama öncesine göre uygulama sonrasında azaldığı, postpartum evrede daha az ağrılarının olduğu bulundu. Ayrıca, ayak masajı yapılan grupta doğumun ikinci ve üçüncü evrelerinin daha kısa sürdüğü, amniyotomi ve fundal basınç müdahalelerinin daha az olduğu, doğum sonu kanamadaki ped ağırlığının ve ikinci derece laserasyon oranının daha az olduğu, yenidoğan ile ilk temas ve emzirmenin daha erken olduğu, Doğum Duygulanım Ölçeği'nden daha yüksek puanlar aldıkları, doğumda olumsuz davranışsal tepkilerin daha az gözlemlendiği ve ayak masajı uygulanan gebelerin masajdan memnun kaldıkları bulundu.

Sonuç olarak ayak masajının doğum ağrısı yönetiminde etkili ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılabileceği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ayak masajı; doğum ağrısı, doğum ağrısı yönetimi, hemşirelik.

ABSTRACT

Sanli, Y. (2018). The Effects of Foot Massage Practice for Pregnant Women During Labor and Delivery. Istanbul University, Health Sciences Institute, Department Of Women's Health And Diseases Nursing. Doctoral Thesis. Istanbul.

The research has been conducted as an experimental randomized controlled study to determine the effects of foot massage practice for pregnant women during labor and delivery.

The sample of the study has consisted of randomly selected 80 primiparous pregnant women including 40 women in the experimental group and 40 women in the control group, who have been recruited from pregnant women who applied to Karaman State Hospital between December 2016 and May 2017 and have met the inclusion criteria for the research. After pregnant women have been informed about the study and their approval has been obtained during the latent phase of labor, both groups have received routine nursing care during labor except for the foot massage which has been applied for a total of 20 minutes, 10 minutes on each foot, when the cervical dilatation was 4-5 cm, 6-7 cm and 8-9 cm during the first stage of labor in the experimental group. The data of the study have been obtained using an Information Form related to demographic and obstetric characteristics, the Labor Assessment Form containing records about labor and birth, Visual Analog Scale (VAS) evaluating labor pain severity, an observation-based Form for Emotional Behaviors During Labor and the Labor Agency Scale evaluating the emotional state of the mothers.

As a result of the comparisons between the experimental and control groups, it has been found that the severity of the pain of the women in the experimental group according to VAS decreased after application and they have less pain in the postpartum stage. Moreover, in the group with foot massages, it has been found that the second and third stages of delivery are shorter, the amniotomy and fundal pressure interventions are less, the pad weight of the postpartum hemorrhage and the rate of second degree lacerations are less, and the first contact with the newborn and the breastfeeding are earlier. They have higher scores on the Labor Agency Scale, have demonstrated less adverse behavioral responses during labor and they are satisfied with the foot massages.

In conclusion, it was determined that foot massage could be used as an effective and reliable method in the management of labor pain.

Keywords: Foot massage, labor pain, labor pain management, nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum hem kadın hem de ailesi için hayatlarında yaşayabilecekleri en önemli deneyimlerinden biridir. Doğum ağrısı ise; bilinen ve tanımlanan en şiddetli akut ağrı kaynaklarından olup özellikle primigravidalar için doğum ve uterin kontraksiyonlar karşılaştıkları en şiddetli ağrı deneyimidir (Şahin 2006; Kömürcü 2014).

Doğum ağrısından korkan bazı kadınlar sezaryenle doğumu tercih etmeye yönelebilmektedir. Bu durum ise ülkemizdeki sezaryenle doğum oranlarının artmasına yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranlarının %15'i aşmamasını uygun görürken ülkemizdeki sezaryenle doğum oranları (%51,1) gittikçe yükselmektedir (Serçekuş 2011; TNSA 2014).

Doğum ağrısı ile başa çıkmada giderek yaygınlaşan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin uygulama kolaylığı, düşük maliyeti, olumsuz etkilerinin az ya da hiç olmaması avantajlarıdır. Kadının aktif olarak eyleme katılabilmesi ve çevresindeki destek kişilerin de bu sürece katılmasına olanak sağlaması bu yöntemlerin uygulanabilirliğini daha da kolaylaştırmaktadır (Arslan ve ark. 2008; Avcıbay ve Alan 2011).

Bir insana dokunmak; bakım, ilgi, rahatlatma, güven verme gibi pozitif mesajların paylaşılmasını sağlayabilmektedir. Masaj da doğu kültüründen doğmuş olan dokunma yöntemlerinin en eskilerinden biridir. Masaj iyileşme ve sağlık değerini arttıran, vücut dokularına yumuşak olarak elle yapılan amaçlı ve sistematik bir işlemdir (Taşçı ve Sevil 2007). Masaj doğum ağrısını rahatlatmak için kullanılabilen tensel bir uyarılma yöntemidir. Masaj doğum sırasında ağrının şiddetini azaltmakta, kas spazmını gevşetmekte ve genel bir rahatlama sağlamaktadır (Gönenç ve Terzioğlu 2012).

Doğum eylemi sırasında bacaklar çok gerilmiş olduğundan özellikle öfloraj tarzında yapılan masajlar oluşan rahatsızlığı azaltabilmektedir. Travay sırasında ayaklardan başlayıp kalçalara doğru bacakların ön ve arka taraflarına okşama tarzında masajların yapılması gevşemeyi sağlamaktadır. Ayak masajı birçok refleks noktayı uyarmakta, doğum eyleminin daha kolay ve müdahalesiz ya da daha az müdahaleli geçmesine yardımcı olmaktadır (Yıldırım ve Şahin 2003).

Sık ve şiddetli ağrıyla annede meydana gelen fizyolojik ve psikolojik etkiler doğum eyleminin uzamasına ve hem anne hem de fetüs sağlığının olumsuz etkilemesine neden olmaktadır. Annenin zor bir doğum eylemi tecrübesi yaşaması ya da doğum

ağrısının hafifletilmesinde başarısız olunması ise; annenin doğum eyleminden duyacağı memnuniyeti azaltmakta ve tükenmişlik yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu durum anne bebek etkileşimini zorlaştırarak diğer doğumlara yönelik düşüncelerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Taşçı ve Sevil 2007; Serçekuş 2011; Avcıbay ve Alan 2011; Gönenç ve Terzioğlu 2012; Kömürcü 2014). Bu olumsuz etkilerin giderilmesinde ise ayak masajı doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakımının bir parçası olarak kullanılabilir. Masaj ile annede ağrı ve anksiyete azalınca eylem süresinde, analjezi kullanımında, müdahaleli vajinal doğum hızında, oksitosin kullanımında, ağrı algısında, sezaryen hızında, anne memnuniyetinde, fetal ve neonatal iyilik halinde olumlu etkiler göstermektedir (Field ve ark. 1997; Nesheim ve ark. 2003; Moyer ve ark. 2004; Khodakarami ve ark. 2005; Chang ve ark. 2006; Smith ve ark. 2006; Karami ve ark. 2007; Çoban ve Şirin 2009; Elhaleem ve ark. 2013).

Çoban ve Şirin'in (2009) alt ekstremitelerde fizyolojik ödemi olan gebelere, tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olan ayak masajının ödem derecesi, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada; gebelikte fizyolojik olarak görülen alt ekstremitte ödemine bağlı ağrı, yorgunluk ve uykusuzluğu gidermede ayak masajının etkili olduğunu saptamışlardır.

Gönenç ve Terzioğlu (2012) çalışmalarında doğumun birinci evresinde gebelerin anksiyetisini azaltmada, masaj ve akupressür uygulamalarının her ikisinin de etkili olduğu fakat masaj uygulamasının daha etkin olduğunu belirlemişlerdir.

Field ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları bir çalışmada, masajın doğum ağrısını, annenin anksiyetesini ve depresif modunu azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur. Doğumun birinci evresinde masaj uygulanan kadınların doğum süresi ve hastanede kalış süresi kısaltmakta ve doğum sonu depresyon oranlarının daha az olduğu görülmektedir (Moyer ve ark. 2004; Chang ve ark. 2006). Ayrıca masaj, doğum ağrısını ve annenin anksiyetesini azaltmakta, anne ve bebek sağlığına hiçbir olumsuz etkisi bulunmamaktadır (Moyer ve ark. 2004; Khodakarami ve ark. 2005; Smith ve ark. 2012).

Nesheim ve arkadaşlarının (2003) yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada doğum sırasında normal ağrı bakımı yaklaşımı ve masaj karşılaştırılmıştır. Doğum sırasında 5 saat boyunca, kadınlara her 20 dakikada bir eşleri tarafından ayak, sırt, el ve baş masajı yapılmıştır. Sık masajın kadınların ağrısını ve anksiyetesini azaltıp duygusal durumunu daha da iyileştirdiği belirlenmiştir (Nesheim ve ark. 2003). Karami ve

arkadaşlarının (2007) çalışmasında masaj terapisinin, kontrol grubu ve masaj grubundaki primipar gebelerin doğum eyleminin ilk evresindeki VAS (Visual Analog Scale) puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir (Karami ve ark. 2007).

Güvenli, etkili ve kanıta dayalı olan ağrı giderme stratejilerini belirlemek için kadının yaşamı boyunca en çok hatırlayabileceği ve en zor tecrübelerinden birisi olan doğum eylemi süresince hasta memnuniyetini yükseltmek için sürekli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yurt dışında ve ülkemizde doğum ağrısının kontrolü için nonfarmakolojik uygulamalardan masajın araştırıldığı çok sayıda çalışma (Field ve ark. 1997; Nesheim ve ark. 2003; Moyer ve ark. 2004; Khodakarami ve ark. 2005; Chang ve ark. 2006; Karami ve ark. 2007; Çoban ve Şirin 2009; Gönenç ve Terzioğlu 2012; Smith ve ark. 2012; Elhaleem ve ark. 2013; Çalık ve Kömürcü 2014) olmasına karşın, doğum eyleminde ayak masajının annenin ağrı algısı, duyu durumu ve maternal fetal sonuçlara etkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma travayda gebeye uygulanan ayak masajının doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AĞRI

Ağrı, insanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kişisel ve karmaşık bir durumdur. Bu nedenle bireylerde panik duygusu yaratarak ağrıyı durdurmayı amaçlayan tepkilere yol açar. Kişinin önceki deneyimleri ile etkilenerek hoş olmayan bir algılama şekli yaratmaktadır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP) Taksonomi Komitesi'ne göre ağrı; 'gerçek veya potansiyel bir doku harabiyeti ile birlikte gelişen, hoş olmayan emosyonel ve algısal bir deneyim' olarak tanımlanmıştır. Ağrı bir korunma mekanizmasıdır ve dikkate alınması gereken bir durumdur (Yılmaz Sezer 2012; Korkan ve Uyar 2014).

Ağrının birçok tanımı olmasına karşın, klinik olarak en yararlı tanımı McCaffery tarafından yapılmıştır. Tanıma göre; "Ağrı hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır". Bu tanım; ağrının subjektif ve çok boyutlu doğasını, bireyin sözlü ve sözsüz ağrı ifadesini yeterince yansıtmakla birlikte ağrı kontrolünde çok önemli olan güven ilişkisini geliştirmek için hastaya inanılması gerektiğini de belirtmektedir (Ayhan 2015).

2.1.1. Ağrının Fizyolojisi

Ağrı algılanması periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar. Ağrıyı algılayan reseptörlere 'nosiseptör' denilir. Nosiseptörler vücut içinde, deride, kan damarlarında, derialtı dokusunda, kaslarda, fasiyada, periostta, vissera ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçları olup mekanik, termal ve kimyasal uyarılara yanıt verirler (Tercan 2015).

Aktif doku hasarı ve ağrı algılaması arasında oluşan karmaşık bir dizi elektrokimyasal olayın tümüne birden 'nosisepsiyon' adı verilir. Ağrı, nosisepsiyon içinde bir algılanma olayıdır ve diğer algılar gibi nörosensoryal aktivite ve organik, psikolojik faktörler arasındaki etkileşim tarafından belirlenir (Dikmen 2013; Ayhan 2015).

Ağrının algılanması, periferde bulunan ağrıya hassas nosiseptörlerin aktivasyonu veya hasar görmüş dokulardan salınan mediyatörler tarafından medulla spinalise afferent iletimi ve dorsal boynuz üzerinden yüksek merkezlere ileti aşamaları ile

gerçekleşir (Aydın 2002). Ağrılı uyarın üst merkezlere doğru dört aşamalı bir yol izleyerek iletilmektedir (Tercan 2015).

1. Ağrının hissedilmesi (Transdüksiyon): Sinirlerin sensoriyal uçlarında, stimulusun elektiriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır. Bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesi olayıdır. Periferde ve nosiseptörlerin aktive olduğu zaman gerçekleşir (Mete 2008; Ayhan 2015).
2. Ağrının iletilmesi (Transmisyon): Nosiseptörler tarafından algılanan ağrı bilgisinin santral sinir sistemine iletilmesidir. Bu iletimde miyelinli A delta lifleri ve miyelinsiz C lifleri rol oynamaktadır. Bu olay da periferde gerçekleşir (Mete 2008; Kömürcü 2014).
3. Ağrının düzenlenmesi (Modülasyon): Omirilik seviyesinde meydana gelen bir olaydır. Transmisyon iletisi sonucu oluşan ağrılı uyarının spinal kord düzeyinde bir değişime uğraması ve daha üst merkezlere iletilmesidir (Kömürcü 2014; Tercan 2015).
4. Ağrının algılanması (Persepsiyon): Omurilikten geçen uyarının çeşitli çıkan yollar aracılığı ile üst merkezlere doğru iletilip ağrının algılandığı son aşamadır (Mete 2008). İletilen ağrı bilgisi ile sosyal, psikolojik ve humoral faktörlerin etkileşiminin sentez edilip algılanır ve ağrı üst merkezlerde anlamlandırılır. Periferdeki reseptörlerden alınan ağrı bilgisi, medulla spinalisin arka boynuzu ve talamus aracılığı ile korteksdeki nöronlara iletilir. Bu nöronlarda ağrı değerlendirilir ve ağrının şiddeti ile orantılı yanıtlar verilir. Ağrının algılanması bireyin fiziksel ve duygusal deneyimlerinden etkilenir (Tütüner ve ark. 2010).

2.1.2. Ağrı Teorileri

Ağrıda altta yatan temel sebepleri ve ağrı kavramını açıklayabilmek için çeşitli teoriler geliştirilmiştir Geçerliliğini koruyan teoriler Kapı Kontrol Teorisi ve Endorfin Teorisi'dir.

Kapı Kontrol Teorisi: 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından ileri sürülmüştür. Kapı kontrol teorisine göre ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır. Ağrı geçişini sinir sistemindeki kapı mekanizmaları kontrol eder. Kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır ve ağrı hissedilir.

Kapı kapalı ise, uyarılar bilinç ulaşamaz ve ağrı hissedilmez (Mcguire 2006). Bu teoriye göre; vücudun periferinden gelen ağrı uyarılarını ileten A ve C lifleri, dorsal spinal kordun substantia gelatinosa kısmında ilerler. A ve C lifleri, substantia gelatinosaya geçmişte yaşanan ağrı deneyimlerini anımsatır. Geçmişte yaşanan ağrı deneyimleri olumlu ise, korteks substantia gelatinosaya sinyaller göndererek ağrı kapısını kapatır ve ağrı uyarısının üst merkezlere geçişini engeller. Ancak geçmiş ağrı deneyimleri olumsuz ise, korteks substantia gelatinosaya kapıyı kapat sinyallerini gönderemez ve kapı açılarak yoğun ağrı yaşanır (Aslan 2006, Mcguire 2006). Kapı kontrol teorisinin çalıştırılmasında ve bu yolla ağrının azaltılmasında ağrının olduğu bölgeye masaj yapmak, sıcak-soğuk uygulama, akupunktur, tedavi edici dokunma gibi özel deri uyarıları etkili olabilir (Ayhan 2015; Tercan 2015).

Endorfin Teorisi: Teori 1970'lerin ortalarında ortaya atılmıştır. Bu teoriye göre, vücudun kendisinin salgıladığı, narkotiklere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlar "endorfin" olarak adlandırılmıştır. Endorfinler ağrı uyarısının geçişini bloke etmek ve uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal korddaki narkotik reseptörlere tutunurlar. Kan ve spinal sıvıya da geçen endorfinler, ağrı liflerini uyarı histamin, bradikinin gibi kimyasal maddelerin salınımını baskırlar ve böylece ağrı algılanmasını azaltırlar (Aslan 2006, Ayhan 2015). TENS (Transkutaz Elektriksel Sinir Stimülasyonu) uygulamaları, fiziksel aktivite ve akupunktur endorfin düzeyini artırdığı için ilaç dışı ağrı giderme yöntemleri olarak kullanılabilir (Tercan 2015).

2.2. DOĞUM EYLEMİ

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olup birçok kadın için doğum eylemi normal olarak değerlendirilerek kabul edilir (Cunningham ve ark. 2016). Fetüsün dış ortamda yaşama yeteneği kazanmasından sonra, uterus kontraksiyonları ve diğer yardımcı güçlerin etkisi ile gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı sürece 'doğum eylemi' denir (Hamlacı 2013). Doğum eyleminin normal sürecinde gitmesi için, gebeliğin 37-42. haftalar arasında olması, kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetüsün varlığı, verteks pozisyonunda, baş pelvis uyumsuzluğu olmadan sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığının olması gerekmektedir (Yıldırım 2014).

Doğum eyleminin başlamasında ve ilerlemesinde; doğum kanalı (kemik pelvis, pelvisin tipleri, serviksin özellikleri, vajinanın özellikleri), doğum objesi (fetüs), doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan birincil ve ikincil güçler (motor kuvvet veya uterin

kontraksiyonlar), annenin psikososyal durumu ve maternal pozisyon olmak üzere toplam beş faktör rol oynamaktadır (Yıldırım, 2014).

Vajinal doğum spontan ya da müdahaleli olabilir. Spontan vajinal doğum ‘fizyolojik’, ‘normal’ ya da ‘doğal’ doğum olarak isimlendirilir ve doğum eyleminin ve doğumun tıbbi müdahale yapılmaksızın gerçekleşmesidir. Doğum eylemi ve vajinal doğum sırasında tıbbi müdahale yapılması doğumun müdahaleli doğum olarak adlandırılmasına neden olur (Anne Dostu Hastane 2017).

2.2.1. Doğum Eyleminin Evreleri ve Süresi

Doğum eylemi her birinin kendine özgü özelliği olan ve birbirini izleyen dört evrede gerçekleşmektedir (Cunningham 2016). Birinci evre; gerçek doğum ağrıları ile başlayıp, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanmaktadır. İkinci evre; servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanmaktadır. Üçüncü evre; bebeğin doğumu ile başlayıp, plasentanın doğumu ile sonlanmaktadır. Dördüncü evre ise; plasentanın doğumundan sonraki 4 saatlik süreyi içermektedir (Taşkın 2012; Cunningham 2016).

Doğum eyleminin toplam süresi, multiparlar ile nulliparlar arasında farklılık göstermekle beraber 24 saati geçmemesi gerekir. Dört evreye ayrılan doğum eyleminin, her bir evresinin süresi de birbirinden farklılık göstermektedir. Birinci evre doğumun en uzun evresidir ve nulliparlarda ortalama 8-12 saat, multiparlarda ise ortalama 6-8 saat sürer. Birinci evre 1 saatten daha kısa ya da 24 saatten daha uzun sürmemelidir. Doğum eyleminin ikinci evresinin ortalama süresi; nulliparlarda 30 dakika ile 3 saat arasında, multiparlarda ise 5-30 dakika arasındadır. Üçüncü evrenin nullipar ve multiparlar arasında ortalama süresi farklı olmayıp, yaklaşık 5-30 dakika sürer. Eylemin en son evresi olan doğum eyleminin dördüncü evresi ise plasentanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saatlik süreyi kapsar (Yıldırım 2006; Çiçek ve Mungan 2007; Lowdermilk ve ark. 2007; Şirin ve Kavlak 2008).

Doğum Eyleminin Birinci Evresi: Doğumdan birkaç hafta öncesinde artmış uterus kontraksiyonları oluşur ve bu kontraksiyonlar serviksin yumuşama, silinme ve açılma sürecinin öncülüdür (Anne Dostu Hastane 2017). Doğum eyleminin birinci evresi uterus kontraksiyonları yeterli sıklık, şiddet ve aralığa ulaştıkça başlar ve sürekli hale gelen servikal silinme ve açılma ile devam eder. Servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile bu evre sona ermektedir. Kişisel farklılıklara göre birinci evrenin

ortalama süresi değişkenlik gösterse de doğum eyleminin en uzun aşamasını oluşturur. Bu evre nulliplarlarda ortalama 8-12 saat, multiparlarda ise 6-8 saat sürmektedir. Birinci evre diğer evrelerden farklı olarak kendi içinde; latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olmak üzere üç faza ayrılmaktadır (WHO 1996; FIGO 2012).

Latent Faz: Düzenli kontraksiyonlar ile başlar ve dilatasyon 4 cm olduğunda latent faz tamamlanır. Efasman, bu dönemde nulliplarlarda %70-80, multiparlarda %30-40'dır. Kontraksiyonlar 15-30 dakikada bir gelip ortalama 20 saniye sürer. Kontraksiyonların şiddeti bu fazda hafiftir. Süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5-7 dakikaya düşer, kontraksiyon süreleri de 30-40 saniyeye çıkar ve kontraksiyonların sıklıkları da artar. Latent fazın toplam süresi nulliplarlarda ortalama 6 saat, multiparlarda 4 saattir. Latent faz nulliplarlarda 20 saatin, multiparlarda 14 saatin üzerine çıkması durumunda 'uzamış latent faz' olarak tanımlanır. Membranlar, erken membran rüptürü gelişmediği sürece kapalıdır. Bu fazda kadınlar genellikle rahattır ve gebelerin odak noktaları ağrı ve bebektir (Lowdermilk ve ark. 2007; FIGO 2012; Erenoğlu 2013; Yılar 2014).

Aktif Faz: Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelir, ortalama 30-60 saniye sürer ve orta şiddettedir. Dilatasyon 4 cm. olduğunda başlar ve 8 cm. olduğunda tamamlanır. Efasman nulliplarlarda %80-100, multiparlarda %30-80'dir. Aktif fazın ortalama süresi nulliplarlarda 3 saat, multiparlarda 2 saattir. Bu fazda fetüs başı düzenli olarak aşağı doğru iner (CIMS 2017). Membranlar kapalı veya açılmıştır. Kontraksiyon şiddetinde yaşanan artış annede yorgunluk, anksiyete ve endişe yaratır (Erenoğlu 2013).

Geçiş Fazı: Dilatasyon 8 cm olduğunda başlar, 10 cm olduğunda tamamlanır. Efasman nullipar ve multiparlarda %100'dür. Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelir ve ortalama 40-90 saniye sürer. Kontraksiyonlar şiddetlidir. Geçiş fazı ortalama nulliplarlarda 3 saat, multiparlarda ise 1 saat sürer. Gebe için doğum eyleminin en zor dönemidir. Gebenin rahatsızlığı artmıştır, yorgun ve sinirlidir, yalnız kalmaktan korkmaktadır (FIGO 2012; Cunningham 2016).

Doğum Eyleminin İkinci Evresi: Doğum eyleminin ikinci evresi, servikal silinme ve dilatasyonun tam olmasıyla başlar, bebeğin doğumu ile sonlanır. Bu evrede, kontraksiyonlar şiddetlidir ve 1.5-2 dakika sıklıkla gelip 60-90 saniye sürer. Ortalama süresi nullipar kadınlarda 30 dakika ile 3 saat arasında, multiparlarda 5-30 dakika arasında değişmektedir. Doğumun ikinci evresinin süresi paritenin yanında, epizyotomi,

fundal basınç, oksitosin indikasyonu, amniyotomi, kullanılan doğum pozisyonu, ıkınma tekniği, farmakolojik anestezi vb. girişimlerden etkilenecek değişkenlik gösterebilmektedir. Bu evrenin iki saatten uzun sürmesi fetal mortalite ve morbidite riskini arttırmaktadır (Çiçek ve Mungan 2007; Lowdermilk ve ark. 2007; Şirin ve Kavlak 2008).

Aniden alt dudakta ter görünümü, bulantı, kusma, kanama miktarında artış, ekstremitelerde titreme, hareket azalması, kendiliğinden ıkınma hissi servikal dilatasyonun tamamlandığını gösteren belirtilerdir (Kömürcü 2014). Tam servikal açılmayla birlikte, gelen kısmın inişine bağlı olarak gebe ıkınmaya başlar (Cunningham 2016). Bu evredeki kontraksiyonlar güçlüdür, bebeğin dışarı çıkmasına yardım eder niteliktedir ve ıkınma hissine neden olur. ıkınma çoğu zaman refleks olarak başlayarak devam eder. Bu nedenle gebe kontraksiyonla gelişen bu ıkınma hissini nasıl kullanacağı konusunda cesaretlendirilmeli, kontraksiyon aralarında ise gebenin tam gevşemesi ve dinlenmesi sağlanmalıdır. Kontraksiyonlar ve ağrısı çok yoğun olmasına karşın gebe olayların kontrolünde olduğunu hisseder (Kömürcü 2014).

Uterusun güçlü ve uzun kontraksiyonları, uterus kontraksiyonlarına eşlik eden karın ve diyafragma kaslarının itici gücü, fetüs başının baskısı ve gebelik süresince vajen ve perinenin progesteronun etkisi ile doğuma hazırlanması fetüsün vajenden geçişini sağlayan güçlerdir. Büyük çaba harcayarak ıkınan anne bebeğin doğması ile rahatlar (Yıldırım 2006; Coşar 2012).

Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi: Bebeğin doğumundan plasantanın doğumuna kadar olan dönemi kapsayan bu evre ortalama 5-30 dakika sürer (Çiçek ve Mungan 2007). Placenta ve eklerinin tam olarak ayrılıp atılması söz konusudur. Uterus kontraksiyonları üst segmenti küçülterek bebeğin doğumundan sonra da devam eder ve sıkıştırılmayan plasantanın yapışık olduğu uterus yüzeyini daraltarak plasantanın ayrılmasını sağlar. Uterusun iç hacminin küçülmesi plasantayı, gevşeyen aşağı segmente doğru gitmeye zorlar ve böylece ayrılma sürecine yardımcı olur (Şirin ve Kavlak 2008). Dördüncü evrenin 30 dakikadan uzun sürmesi placenta yerleşim anomalilerinin, placenta retansiyonunun ve bunlara paralel gelişen enfeksiyon ve kanamaların bir belirtisi olabilir. Bu evrenin sonunda plasantanın bütünlüğü kontrol edilerek içeride bir parçasının kalmadığından emin olunmalıdır (Lowdermilk ve ark. 2007; CIMS 2017).

Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi: Erken postpartum dönem olarak da adlandırılan doğumun dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saatlik süreyi kapsar. Bu evrede anne ve bebek için çeşitli tehlikeler meydana gelebileceğinden yakın gözlem gerekmektedir. Plasenta ve ekleri ayrıldıktan sonra da uterus kasılmaya devam eder ve karının orta bölgesinde yer alır (Şirin ve Kavlak 2008; Taşkın 2012). Fundus genellikle simfisis pubis ile umblikus arasındadır. Kasılma sonucunda plasentanın ayrılma bölgesindeki damar uçları kapanır. Doğumdan hemen sonra serviks yaygın bir görünüm alır ve kalınlaşır. Annenin vital bulguları stabilleşmeye başlar, bebekle ilk temas bu evrede kurulur, anne fiziksel ve psikolojik olarak kendini toparlamaya çalıştığı bir döneme girer (WHO 1996; Çiçek ve Mungan 2007; Lowdermilk ve ark. 2007).

2.2.2. Doğum Eyleminde Ağrı

Doğum eylemi ve doğum sırasında her kadın tarafından farklı algılanıp yorumlanan değişik uyarıların kişisel bir yansıması olan doğum ağrısı, duylara karşı verilen çok boyutlu ve karmaşık bir cevaptır (Kömürcü 2014; Cunningham 2016). Doğum ağrısını diğer ağrılardan ayıran en büyük özelliği; patolojik değil normal bir ağrı olması ve fizyolojik bir olay olmasına karşın ağırlı olmasıdır. Ayrıca doğum ağrısı doğuran kadınların yaşantılarının önemli bir parçası olduğu kadar toplumsal ve kültürel olarak da anlam yüklü bir kavramdır (Anne Dostu Hastane 2017).

Doğum sırasında yaşanan ağrının algılanması bireyden bireye farklılık gösterse de çoğu kadın için hayatında deneyimlediği en şiddetli ağrıdır (Wong 2009; Dağlar ve Aydemir 2011; Kömürcü 2014). Ağrının hissedilmesinde fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler büyük rol oynamaktadır. Bu faktörler aynı zamanda ağrıya karşı verilecek cevabı ve ağrıyla başetmeyi de etkilemektedir. Ağrının hissedilmeye başlaması, doğum olayına karşı yaklaşan bir tehlike hissi uyandırır ve kadında korku, anksiyete, davranış değişikliğine neden olur (Şirin ve Kavlak 2008; Dağlar ve Aydemir, 2011). Meydana gelen davranış değişikliği ise doğum süresini olumsuz etkiler ve komplikasyon riskini artırır. Annedeki doğum ağrısını etkileyen etmenlerin tanınması bireye uygulanacak yöntemlerin seçimi ve annedeki değişikliklerin takip edilmesi açısından önemlidir (Kömürcü, 2014; Öztürk Can ve Saruhan 2015; Erdoğan, Yanikkerem ve Göker 2017).

Doğum ağrısını, kendine has özellikleri olan çok yönlü bir ağrı olması diğer ağrılardan ayırır. Doğum ağrısı normal bir sürecin parçasıdır. Ağrı doğum sırasında kadını farklı pozisyonlar almaya zorlayarak fetüsün pelvise girip aşağı doğru inişini kolaylaştırır (Ertem ve Sevil 2005). Beklenen bir ağrı olması baş etmek için bilgilenme ve hazırlanma ile ağrıyı yönetme becerileri kazanma zamanı sağlar (Kömürcü 2014). Ne zaman başlayacağı ve ne zaman biteceği belli olduğu için öngörülebilir bir süresi vardır. Sürekli bir ağrı olmayıp dinlenme dönemleri vardır. Her bir kontraksiyon arasında kadına dinlenme ve rahatlama süresi kazandırır. Ağrı kontrolüne katılım ve işbirliği daha fazladır. Doğum ağrısı çekerken annenin bebeğine verdiği önem onu motive eder ve ağrıyı daha kolay tolere etmesini sağlar (Ertem ve Sevil 2005; Kömürcü 2014; Yılar 2014).

2.2.2.1. Doğum Eylemindeki Ağrının Fizyolojisi

Pelvik organlar hem sinirsel hem de hormonal kontrol altındadır. Ağrı algılaması, periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar. Bu uyarılar spinal korda iletilir. Doğum ağrısının nörofizyolojisinde; periferik sistem, spinal kord, çıkan yollar, lateral ve medial sistemler ile korteks rol oynamaktadır (Kömürcü 2014). Uterus ve perinede bulunan reseptörler, uterus, serviks, pelvis ve perineden gelen ağrılı uyarıları spinal kord segmentlerine iletip, doğum ağrısının başlamasına neden olurlar (Wong 2009). Ağrı ortadan kaldırılmadığında uyarılar santral sensitizasyonu ve komşu segmentleri de aktive eder. Bu durum yaygın ve kötü lokalize edilen, genellikle göbek ve pubis arasında hissedilen, sırta yayılabilen viseral karakterde ağrıya neden olur (Wong 2009; Moralar ve ark. 2011).

Doğumun birinci evresindeki ağrı; uterusu oluşturan hipoksi, uterusun alt segmentinde gerilme, komşu dokulara olan bası ve servikal dilatasyonun başladığında ortaya çıkan ağrıdır (Cunningham 2016). İlk başlayan ağrı, sempatik sinir lifleri ile T10-11-12 ve L1 spinal segmentlerden santral sinir sistemine iletilir. Başın inişi ile lumbosakral plexusa bası nedeniyle sırtta, bacaklarda ve kalçalarda ağrı hissedilir (Wong 2009, Dağlar ve Aydemir 2011; Moralar ve ark. 2011).

Doğumun ikinci evresindeki ağrı; distansiyon ile vajina, üretra, mesane, pelvik kavite kasları, periton ve uterin ligamentlerin, fasya ve subkutan dokuların gerilmesi ve yırtılması sonucu somatik ağrı hissedilerek ortaya çıkar. Somatik ağrı daha keskin ve lokalizedir. Fetüsün doğum kanalında ilerlemesi sonucunda ortaya çıkan ağrı somatik

afferentler aracılığı ile pudental sinire ve bununla da medulla spinalis S2-4 arka boynuzuna taşınır (Özyuvacı 2007; Wong 2009). Pelvik peritonun çekilmesi, pelvik kavitedeki mesane, üretra, rektum gibi organlara ve lumbosakral pleksus köklerine bası sonucu uyluk ve bacaklarda yanıcı, sızlayıcı ve kramp tarzı ağrıya neden olur. Doğum sırasında oluşan akut doku zedelenmesi, primer ve sekonder hiperaljezi oluşturur (Sever 2011; Hamlacı 2013).

Fiziksel ve psikolojik faktörler doğum ağrısının oluşumunu ve şiddetini etkilemektedir. Fiziksel faktörler duyuşal reseptörlerle algılanarak santral sinir sistemine iletilir (Wong 2009). Fiziksel faktörler; uterin hipoksi, servikal gerginlik ve serviksin sinir ganglionlarına basısı, kontraksiyonların sürekliliği, servikal dilatasyonun derecesi ve kontraksiyonların dilatasyona etkisi, perineal gerginlik, anne yaşı, doğum sayısı ve annenin durumu, fetüsün büyüklüğü ve pozisyonu, yapılan uygulamalar ve hormonlardır. Psikolojik faktörler ise reaksiyon ve tepki sürecini içerir. Doğum sürecinde kadını en çok etkileyen psikolojik faktörler; annedeki anksiyete, korku ve annenin memnuniyetidir (Wong 2009; Ertem ve Sevil 2005).

2.2.2.2. Doğum Eylemindeki Ağrının Anne ve Fetüs Üzerine Etkileri

Doğum ağrısı doku hasarının yanısıra anne ve fetüs üzerinde doğrudan ve dolaylı etkilere neden olur (Wong 2009). Ağrıya bağlı solunumun ve dolaşımın belirgin uyarılması, hem hipotalamik otonomik nöroendokrin fonksiyon merkezleri, hem de limbik yapılar ve anksiyete ve endişe gibi psikodinamik davranışlar, annede ve fetüste zararlı sonuçlar doğurabilir. Hipovertilasyon periyodları solunum depresyonuna neden olan analjezik tekniklerle daha da kötüleşebilir. Bu yanıtların birçoğu ağrının hafifletilmesi veya kesilmesi ile azaltılabilir (Rooks 2012).

Doğum ağrısı güçlü bir solunum uyarandır ve sonuç olarak kontraksiyonlar sırasında dakikadaki solunum ve oksijen tüketiminde gözle görülür bir artış olur (Wong 2009). Kontraksiyonlar arasında olan hipovertilasyon geçici maternal hipoksiye ve potansiyel olarak fetal hipoksemiye neden olabilir. Hipovertilasyon şiddetli solunum yolu alkalozuna ve maternal oksihemoglobin ayrışma eğrisinin sola kaymasına, sonuçta fetüse oksijen transferinin azalmasına neden olur (Wong 2009; Rooks 2012).

Doğum ağrısı ve stres sempatik sinir sistemini aktive eder, bu da katekolamin konsantrasyon plazmasında, kardiyak outputta ve kan basıncında bir artışa neden olur. Dolaşımdaki epinefrin ve norepinefrin düzeyleri, ağrılı doğum sırasında % 200 ila %

600 oranında artmakta ve katekolaminlerdeki bu artış uterusu giden kan akımında bir azalmaya yol açmaktadır (Wong 2009). Şiddetli ağrı, kaygı ve artmış katekolamin seviyeleri, uzamış veya disfonksiyonel doğuma yol açar. Sonunda, sürekli şiddetli ağrı, etkisiz anne-bebek bağlanmasına, geleceğe yönelik cinsel ilişkilerin etkilenmesine, postpartum depresyona ve nadiren travma sonrası stres bozukluğuna neden olan ciddi psikolojik sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Wong 2009; Rooks 2012).

Doğum ve doğum ağrısı, ağrıdan bağımsız olarak kardiorespiratuar sistemin belirgin uyarımı ile ilgilidir. Uterus kontraksiyonları merkezi dolaşımında uterustan kan akımının yerini alır, sonuçta kardiyak yük artar (Rooks 2012).

Doğum sırasında aşırı ağrı korku ve endişeye yol açar. Bu durum, sempatik sinir sisteminde katekolamin salgısını arttırarak epinefrin gibi hormon düzeylerinin artmasına yol açar (Rooks 2012). Bunlar ağrıyı daha da yoğunlaştırarak ve potansiyel olarak doğumun birinci ve ikinci aşamalarını uzatır, böylece doğumun çok tatsız bir deneyime dönüşmesine neden olur. Ayrıca, doğumun ilk evresinin uzaması, kafa basıncı artışına, bozulmuş oksijenlenmeye, düşük Apgar skoru ve sonuçta fetal ölüm gibi fetal komplikasyonlara yol açabilir (Dolation ve ark. 2011).

Doğum sırasında zararlı uyarılara verilen yanıtlar çoklu nörohormonal sistemlerin karmaşık etkileşimlerinin ağrı, modüle edici etkiler ve psikolojik faktörlerdir (Wong 2009). Bu etkileşimler doğum ağrısı ve analjezi tepkisini karakterize eden kompleks fizyolojik, davranışsal ve duygusal yanıtlardan sorumludur. Ağrı yolları, nörotransmitterler ve reseptörlerin daha iyi anlaşılması doğum ağrısının etkin tedavisi için önemlidir (Wong 2009; Rooks 2012).

2.2.2.3. Doğum Eylemindeki Ağrının Yönetilmesi

Ağrı bireysel bir algı olmasından dolayı doğum eylemi süresince her kadının ağrı deneyimi birbirinden farklıdır. Ayrıca primipar olmak, oksitosin infüzyonu, genç anne yaşı, daha önce dismenoresi olmak, iri bebek gibi faktörler potansiyel olarak kadının travayda ve doğumda daha fazla ağrı duymasına neden olan faktörlerdir (Ertem ve Sevil 2005). Doğum eylemi sırasında uterus kontraksiyonlarına bağlı olarak vücudun farklı bölgelerinde hissedilen ağrılar doğumun ilerlemesi için gerekli olmakla birlikte ağrının yönetilmesi ve azaltılması doğum sürecinin zorlu geçmesini engellemektedir (Rooks 2012; Anne Dostu Hastane 2017).

Doğum, çoğu kadının hayatında karşılaşmış olduğu en şiddetli ağrı kaynağıdır, ancak her kadının doğum eylemindeki ağrı tecrübesi, hem duyuların doğasına ve yoğunluğuna hem de baş etme becerisine göre oldukça bireyseldir (Gayeski ve ark. 2015). Bazı kadınlar bundan çok rahatsız olmaksızın yüksek düzeyde fiziksel ağrı yaşarlar; bazıları da bakım vericilerin daha az olduğunu düşündüğü ağrıdan daha çok ağrı çekmektedirler (Rooks 2012). Kadınların üstesinden gelemeyeceği ağrı, kontraksiyonların etkinliğini azaltır ve distosiye, maternal yorgunluğa ve fetal distrese neden olabilecek yüksek oranda maternal katekolaminlerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu olumsuz etkiler, duygusal destek sağlayan ve kadının kendini kontrol hissini arttıran bakımla ve kadının panik, öfke, baskı hissi veya vazgeçme duygularından kaçınmasına yardımcı olunarak azaltılabilir. Böylece doğumun ilerlemesi ve sonuçları daha olumlu olmakta, kalitesi artmaktadır (Wong 2009; Rooks 2012; Gayeski ve ark. 2015).

İdeal bir doğum ağrısı rahatlatma yöntemi; anne ve fetus için kalıcı etkiye sahip en az yan etkisi olan, uterus kontraksiyonlarına müdahale etmeden uygun sedatif etki ile kolayca uygulanabilir özelliklerde olmalıdır (Karami, Safarzadeh, Fathizadeh 2007). Doğum ağrısı korkusu, kadınların sezaryen için istekli olmalarının en yaygın nedenidir. Bu nedenle ağrı kontrolü modern doğum bakımının önemli parçalarından biridir. Doğum sırasında bakımın ana amacı; farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle yapılan doğum ağrısının yönetimidir. Farmakolojik yöntemler, fiziksel ağrı hissini gidermede etkiliyken, nonfarmakolojik yöntemler ağrıyı daha etkin bir şekilde yönetmekte etkilidir (Sehhatie, Mirgafourvand, Niri 2015).

Farmakolojik yöntemlerin belli sonuçları olmasına karşın, anne ve fetus veya yenidoğanda yan etkilere sebep olabilirler. Bu olasılık birçok kadının diğer alternatifler mevcut olması durumunda farmasötikten kaçınmayı tercih etmesini sağlar. Farmakolojik ağrı kesilmesiyle ilişkili en önemli kısıtlamalardan biri, annede doğum analjezisi için kullanılan hemen hemen her ilacın plasentayı geçebilmesidir. Bu hem annede hem de fetüste zararlı etkilere sahiptir (Dolation ve ark. 2011; Rooks 2012). Fetusün solunum sistemini zayıflatır ve doğumun ikinci evresinde anne uzun doğum tecrübesi ve refleks bozukluğu yaşar (Sehhatie, Mirgafourvand, Niri 2015). Ağrıyı gidermek için gerekli olan üç prensip; basitlik, güvenlik ve fetal homeostazı muhafaza etmeyi içerir ve nonfarmakolojik yöntemler bunların üçünü de karşılar. Bunların doğum üzerine hiç bir yan etkileri olmadığı gibi fetal ve maternal yan etkileri de yoktur. Ayrıca

nonfarmakolojik yöntemler obstetrik müdahaleleri azaltmada da etkili olabilmektedir. Nonfarmakolojik yöntemlerin, farmakolojik seçenekler belirtilmeden önce doğumun başlangıç aşamasında kadına sunulması daha yararlıdır (Karami, Safarzadeh, Fathizadeh 2007; Dolation ve ark. 2011; Gayeski ve ark. 2015).

Doğumda farmakolojik yöntemlerle etkili ağrı kontrolü sağlansa bile doğum eylemi çoğu kadın için stres yaratan bir süreçtir ve bu nedenle kadının kendisi tarafından seçilen nonfarmakolojik yöntem ağrıyla başetmesinde daha etkili olabilmektedir (Arendt, Tessmer-Tuck 2013).

Nonfarmakolojik yöntemler, doğum eyleminde kadının duygusal deneyimini artırmak ve ağrıyla başa çıkma yeteneğine güvenmek, kadına kendini nasıl rahatlatacağını öğretmek, aktif bir rol ve kontrol hissi vermek için idealdir (Wong 2009; Rooks 2012). Nonfarmakolojik yöntemlere güvenen kadınlar genellikle doğum ağrısının normal olduğunu ve farmakolojik yöntemlerin risk ve yan etkilerinden kaçınmak istediklerinin bilincindedirler (Karami, Safarzadeh, Fathizadeh 2007; Arendt, Tessmer-Tuck 2013). Bazıları ilaç tabanlı yöntemlerin kullanımını ertelemek için veya ilaç tabanlı yöntemlere erişimleri olmadığı veya onları etkisiz buldukları için bu yöntemleri kullanmaktadırlar. Doğumda sağlık profesyonelleri, kadınları ilk önce en az invaziv ağrı giderici yöntemleri kullanmaya teşvik ederek yalnızca gerektiğinde diğer yöntemleri kullanmalılar. Kadınların çoğu, doğum ağrısını hafife alarak, ağrıyla baş etmeye yeterince hazır değildirler (Rooks 2012; Gayeski ve ark. 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1996 yılında normal doğum sırasında kadınlara nasıl yardımcı olunması gerektiğine dair pratik bir rehber yayınlamıştır (WHO 1996). Rehberde öneriler arasında, ağrıyı hafifletecek nonfarmakolojik yöntemler de vardır ve bunlar kadın doğum profesyonelleri tarafından tanımlanmıştır. Bu rehber ile birlikte, nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması görünür olmaya başlamış ve uygulamada normal doğum sırasında kadınlara nasıl yardımcı olunacağı konusunda yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Gayeski ve ark. 2015). Rehber, nonfarmakolojik yöntemleri uygulamada dikkatle kullanılacak yaklaşımlar olarak sınıflandırmıştır. Bu yeni kılavuzun yayımı, bu konudaki bilgi üretimini teşvik ederek bu tür uygulamalara zemin sağlamayı amaçlayan çeşitli araştırma çalışmalarının geliştirilmesine yol açmıştır (WHO 1996; Gayeski ve ark. 2015).

Ağrının hafifletilmesi için nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, gereksiz müdahaleleri azaltmak ve kadın ve refakatçisi için eksiksiz ve doyurucu bir deneyim kazandırmaya yönelik bir yöntem izlemek için ortaya çıkmıştır. Bilimsel kanıta dayalı olanları dahi olsa, obstetrik girişimlerin uygulanması, kadının bakış açısından değerlendirilmelidir (Gayeski ve ark. 2015).

Nonfarmakolojik yöntemler kapı kontrol ve endorfin teorisine göre etki etmektedir. Dokunma, masaj, sıcak ve soğuk uygulama, düşünme, dikkati başka yöne çekme gibi duygusal uyarılar ve bireyin ağrıyla baş edebileceği konusundaki destek mekanizmalarıyla oluşan mesajlar, doğum ağrısına oranla daha hızlı taşınır ve beynin doğum ağrısını algılamasına engel olur (Rathfisch 2012; Yazgan 2014). Doğum eylemi esnasında vücudun yaşadığı fiziksel stres, analjezikler ile azaltılmazsa doğum eylemi gerçekleşinceye kadar endorfin seviyesindeki artış da devam eder (Yazgan 2014). Bu süreçte uygulanan nonfarmakolojik yöntemler endorfin seviyesindeki artışı sağlayarak, taravayda kadının ağrıyla baş etmesini kolaylaştırır (Rathfisch 2012; Kömürcü 2014).

Doğum eyleminde ağrıyı gidermek için kullanılan nonfarmakolojik yöntemler; gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleri olmak üzere dört ayrı ana gurup altında toplanmaktadır. Gevşeme yöntemleri; biofeedback, hareket/pozisyon, hipnoz, akupunktur, akupress, müzik ve yogadır (Ertem ve Sevil 2005; Dağlar ve Aydemir 2011; Gönenç 2013). Tensel uyarılma yöntemleri; masaj, intradermal su enjeksiyonu, aromaterapi, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), yüzeysel soğuk sıcak uygulama ve hidroterapidir. Mental uyarılma yöntemleri; odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurmadır. Solunum yöntemleri; Lamaze ve Dick Read'dir (Rathfisch 2012; Arendt, Tessmer-Tuck 2013; Gönenç 2013; Kömürcü 2014; Yazgan 2014).

Masaj ağrı azaltılmasında kullanılan en eski ve etkili nonfarmakolojik tensel uyarılma yöntemlerinden biridir. Masaj, aynı zamanda doğum ağrısının azaltılmasında da tercih edilen bir yöntemdir. Masajın literatürde bilinen rahatlatma ve ağrı giderme etkisidir ancak intrapartum etkisi üzerine çok az çalışma yapılmıştır (Karami, Safarzadeh, Fathizadeh 2007).

2.3. MASAJ

Masaj, geleneksel bir tedavi yöntemi olup birçok rahatsızlığın giderilmesi ve hafifletilmesi için çok eski çağlardan beri çeşitli kültürler tarafından tedavi amaçlı kullanılmaktadır (Gül ve Eti Aslan 2012; Janssen ve ark. 2012).

Masaj terapisi, yumuşak doku, kaslar, tendonlar, bağlar ve fasya üzerinde sistematik el tekniklerini uygulayan bilimsel bir sanattır ve el, ayak, diz ve önkol teknikleri kullanılır (Karami ve ark. 2007; Taghinejad ve ark. 2010). Masajda, uygulanan basıncın dereceleri değiştirilerek dokuların uyarılması, gevşeme ve dolaşımın hızlandırılması sağlanır, eklem hareketliliği artar ve kas gerginliği azalır (Kahve 2008; Yüksel 2013). Masaj terapisi yan etkisi olmadığı, kolay uygulanabildiği ve araç-gereç gerektirmeyen bir yöntem olduğu için nonfarmakolojik yöntemler arasında öncelikli tercih edilen bir girişimdir (Degirmen ve ark. 2010). Masaj, vücudun yumuşak dokularını manipüle etmeyi içerir. Sıklıkla gergin kasları rahatlatmaya ve kişiyi yatıştırmaya yardımcı olmak için kullanılır (Jones ve ark. 2012).

Masajla kortizol ve norepinefrin düzeylerinde bir azalma, serotonin düzeyinde ise bir artış sağlanarak, endorfin salınımının ve dolaşımın uyarılması, dolayısıyla dokular için oksijen salınımının artması ve lenfatik sistem yoluyla toksin atılımının kolaylaştırılması sağlanarak ağrının azaltılması sağlanır (Gallo ve ark. 2013).

Masajın etkilerini "kapı kontrol teorisi" ile de açıklamak mümkündür. Ağrı mesajları, masajdan gelen basınç mesajından daha yavaş ilerlerler (Degirmen ve ark. 2010). Baskı mesajları ağrı mesajlarından daha hızlı gider, beyine daha çabuk ulaşır ve kapıyı ağrı mesajına kapatır. Kapı kontrol teorisinin daha biyolojik bir açıklaması, omuriliğin dorsal boynuzundaki hücrelerin, farklı liflerden gelen sinir uyarıları arasında geçiş yapması gibi davranmasıdır (Janssen ve ark. 2012). Ağrı, miyelinsiz C nöronlar tarafından daha yavaş taşınır, oysa masaj sinyalleri, A nöronları (miyelinli) tarafından daha hızlı taşınır ki; C impulslarına kapıyı kapatır ve A sinyallerine izin verir. Bu şekilde, masaj uyarımı (A lifleri), ağrı uyarımına (C lifleri) giden kapıyı kapatır (Field 2010).

Masajın etkilerinin açıklanmasında diğer alternatif bir mekanizma da, artmış vagal aktivitedir. Masaj terapilerinden hemen sonra ve tekrarlanan masaj terapileri seansları boyunca vagal aktivite artar. Bu muhtemelen otonomik sinir sistemi regülasyonunda ve kortizol sekresyonunda yer alan hipotalamik yapılar da dahil olmak

üzere limbik sisteme sonuçlanan vagal afferent lifler tarafından innerve edilen basınç reseptörlerinin uyarılmasıyla olur (Field 2010).

Uygun şekilde yapılan masajla ağrı impulsları bloke edilir ve aynı zamanda kas spazmı ve gerginliği azalır. Masaj, kolay yapılan bir uygulama olmasına karşın ağrı duyusu üzerinde yüksek bir kontrol duygusu sağlamak ve ağrı duyusunu azaltmakta ve bireyin daha az ağrı yaşadığını düşünmesine neden olmaktadır (Janssen ve ark. 2012). Masaj; ayak masajı, sırt masajı, boyun ve omuz masajı gibi farklı bölgelere uygulanabilir. Masaj dolaşımı hızlandırarak kas spazmını çözmekte, kasları gevşetmekte ve rahatlama sağlamaktadır (Field 2010).

Masaj terapisinin 100'ün üzerinde farklı çeşidi bulunmakta olup en yaygın kullanılanı İsveç masajıdır. İsveç masajı, öfloraj (sıvazlama), petrisaj (yoğurma), friksiyon (kaydırma ve bastırma), tapotman (vurma), vibrasyon (titreştirme). hareketi temelli beş temel vuruştan oluşur ve masajda cildin sürtünmesini azaltmak için yağ uygulanır. Genel olarak yan etkisi olmadığından güvenle uygulanabilen bir masaj şeklidir (Gül ve Eti Aslan 2012; Janssenve ark, 2012).

Masaj doğum ağrısını azaltmada da kullanılan en eski yöntemlerden biridir. Doğum sırasındaki masaj, serotonin ve dopamin düzeylerini artırırken norepinefrin ve kortizölü de azaltır. Böylece endorfin salınımının ve dolaşımın uyarılması, dolayısıyla dokular için oksijen salınımının artması ve lenfatik sistem yoluyla toksin atılımının kolaylaştırılması sağlanır (Gallo ve ark. 2013). Kadının yorgunluğu azalır, kas spazmları rahatlar, fiziksel aktivite artar, dikkati dağılır ve aksiyetesi azalır, bu nedenle doğum yapacak olan kadın ağrıyı daha iyi tolere edebilir. Masaj hemşire ile doğum yapacak kadın arasındaki ilişkiyi güçlendirir, bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırır. Masaj, cesaret, farkındalık, destek ve katılımı artırarak ağrıyı azaltmaya yardımcı olan bir müdahaledir (Janssenve ark. 2012; Erdoğan ve ark. 2017). Aromaterapi yağları ya da losyonları kullanılarak masaj yapmak hem kontraksiyon sırasında hem de kontraksiyonlar arasında gevşeme ve rahatlamaı sağlamakta, doğum sürecini kısaltmakta ve kadının doğum ağrısı ile başetme yetisini artırmaktadır (Yılar 2014).

Masaj, doğumun ilk evresinin süresini önemli ölçüde azaltmakta ve doğum ağrısının azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Doğum ağrısı ve anksiyeteye yanıt olarak salgılanan kortizöl ve katekolaminler, servikal dilatasyonun ilerlemesinde bozulmaya,

uterus duvarı düz kaslarının yetersiz kasılmasına ve sonuç olarak doğum eyleminin süresinin uzamasına neden olmaktadır (Khodakarami ve ark. 2005; Karami, Safarzadeh, Fathizadeh 2007). Doğum eyleminin süresinin uzaması, hem anne hem de fetüs için risk oluşturmaktadır dolayısıyla sağlık bakım profesyonelleri tarafından doğum eyleminin süresini kısaltma yollarının kullanımı büyük önem taşımaktadır (Hosseini ve ark. 2013).

2.3.1. Ayak Masajı

Oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan ayaklarda toplam 28 adet kemik vardır. İki ayaktaki kemiklerin sayısı vücuttaki toplam kemik sayısının dörtte birine eşittir. Bu kemiklere ek olarak 33 adet eklem ve 100'den fazla tendon bulunur. Ayrıca ayaklarda kaslar, bağ dokusu, kan damarları ve sinirleri de mevcuttur. Vücudun ağırlığını desteklemekte ayağa yardımcı olan kemikler, yürürken kaldıraç işlemi gören kemerler halinde düzenlenmişlerdir. Ayaktabanı, çok küçük bağ ve kaslardan oluşan kalın ve sert bir doku tabakasıyla kaplıdır (MEGEP 2007).

Ayaklar, en ihmal edilen ve bu nedenle de en çok yakınmalara yol açan bölgedir. Ayaklara gösterilen özen ve bakım, kişinin daha sağlıklı olmasını sağlamanın yanında tüm organizmada görülen şikayetleri de önlemektedir (Çoban ve Şirin 2009).

Ayak tabanında binlerce sinir ucu bulunur ve ayak masajı ile tüm vücudu uyarmak mümkündür. Ayak masajı uygularken masajın etkinliği için dikkat edilmesi gereken bazı temel unsurlar bulunmaktadır. Masajı uygulamadan önce eller yıkanmalı ve masaj uygulanacak kişiye dokunmadan önce ılık ve kuru olmalıdır. Masaj uygulanan ortam temiz ve uygun ısıda olmalıdır. Hastaya rahat bir pozisyon verilmeli, gerekirse yastıklarla desteklenmelidir. Masaj öncesi hastanın ayakları silinip temizlenmeli ve kurulanmalıdır (Değirmen ve Özerdoğan 2009). Uygun bir yağ kullanılarak; sürtünme ve irritasyon önlenmelidir. Yağlar akışkan, kolay dökülebilen, döküldüğü zaman leke bırakabilen maddeler olduğu için çalışırken dikkatli kullanmak gerekmektedir. Masajdan sonra da mutlaka silinmeli ve temizlenmelidir. Masaja daima hafif basınçla başlamalı ve uygun basınçla devam edilmelidir (Yüksel 2013; Malf ve ark, 2014). Masaj yapılırken uygulamaya ara verilmemeli, ellerin deri ile teması kesilmemelidir. Bütün hareketler yavaş, nazik, ritmik ve sabit bir hızda uygulanmalıdır. Masaj uygularken hasta olumsuz etkiler yönünden dikkatle gözlenmelidir (Değirmen ve Özerdoğan 2009; Yüksel 2013).

Masaj basıncını algılayan nosiseptör alanları vücudun tüm bölgelerinde bulunan cilt yüzeyinde çok geniş bir yeri kapsamakta olup, yaygın olarak deri ve mukozada, daha az olarak da iç organlar, eklemler, arter duvarları ve safra kesesi gibi diğer yapılarda bulunur (Kaur ve ark. 2013). Deri ve mukozadaki nosiseptörler diğer bölgelere göre ayaklarda daha fazla bulunmaktadır. Böylece ağrının azaltılmasında ayaklara uygulanan masajdan daha etkili sonuçlar alınabilmektedir (Değirmen ve ark, 2010; Kaur ve ark, 2013; Malf ve ark, 2014).

2.3.1.1. Ayak Masajı Uygulama Tekniği

Ayak masajı herhangi bir özel ekipmana ihtiyaç duymadan hemşireler tarafından uygulanabilen, öğrenilmesi ve yapılması kolay, öfloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman ve vibrasyon hareketi temelli klasik bir masaj tekniğidir (Degirmen ve ark. 2010).

Masaj ayak bölgesindeki; kan dolaşımını geliştirir, o bölgeye gelen kan ve besin ürünlerinin miktarını artırır, ayağın ısısını yükseltir, bölgedeki artıkların daha hızlı boşalmasını, ayak ve bacaklardaki ödem ve şişliklerin azalmasını, merkezi ve periferik sinir sisteminin sedasyonunu sağlar, kapiller dolaşım faaliyetlerini artırarak o bölgeye gelen arteriyel dolaşımı ve beslenme ürünlerinin miktarının artmasına neden olur (Yüksel 2013).

Ayak masajı aşağıdaki uygulama adımlarından oluşur (Çoban 2007; Ucuzal 2009; Yüksel 2013; Elhaleem ve ark. 2013; Abdelaziz ve Mohammed, 2014):

- Hasta ayak masajı için hazırlanmalıdır. Diz üstünden itibaren tüm giysileri çıkartılmalı ve üzerinde dolaşımı engelleyecek sıkılıkta herhangi bir giysi olmamalıdır. Hasta yatağına sırtüstü yatırılır ve uygulayıcı hastanın ayak ucunda bulunur. Çalışılacak ayağın altına katlanmış havlu, sünger veya ince bir yastık yerleştirilerek, ayağın 45 derecelik bir açıda tutulması sağlanır. Hastanın rahat olması için başının altına da yastık yerleştirilir. Hastanın yalnızca masaj uygulanacak olan ayağı açıkta kalacak şekilde üzeri örtülür. Daha sonra uygulayıcı her iki eline bir miktar sıvı vazelin alarak önce avuç içinde biraz ısıtmalı sonra az bir bölgeye sürerek venöz dönüş yönünde hafif öfloraj hareketleri ile tüm ayağa dağıtılmalıdır. Bu işlemi yaparken masaja, ayağın önce nazik ama sıkıca tutulması ile başlanır.

- Ayak bileği rotasyonu için, bir el topuğun altına, ayak bileğinin arkasına koyularak ayak ve bacak desteklenir. Diğer el ile ayak parmaklarının dibinden tutularak, her bir yön için 3-4 kez fleksiyon ve ekstansiyon yapılır.

- Her iki el ayası, ayak parmaklarının bittiği yere yani medial ve lateral malleollere yaslanarak, ayağa ayak tabanı iç yana bakacak şekilde ve ayak tabanı dış yana bakacak şekilde döndürme hareketleri yaptırılır.

- Aşil tendon hattından başlanarak, lateral hatlardan, topuktan ayak parmaklarına doğru el ayası ile sallama hareketi yaptırılır.

- Ayak her iki el arasında tutulur ve ayak sırtı, tabanı ve ayak parmaklarını da içine alacak şekilde yüzeyel ve çapraz öfloraj uygulanır.

- Her iki elin baş parmağı topuğa yerleştirilerek topuktan yukarıya, öncelikle ayağın baş ve serçe parmaklarına doğru, daha sonra hemen yanlarındaki parmaklara doğru friksiyonla çıkış ve inişler yapılır.

- Ayak bir el ile üstten kavranarak desteklenir. Diğer elin sırtıyla ayak tabanı sıvazlanır, daha sonra el yumruk yapılarak, parmakların sivri çıkıntılarıyla, ayak parmaklarının hemen altından başlayıp, topuğa doğru geniş friksiyon yapılır.

- Her iki elin baş parmağı topuğa, diğerleri ayağın üzerine yerleştirilir. Topuktan başlanarak, ayak parmaklarının alt ucuna kadar çapraz açışlar yapılır.

- Başparmak ve serçe parmağın, ayak tabanındaki çıkıntı noktalarından aşağıya doğru, yarım ay şeklinde friksiyon yapılır.

- Ayak tabanının iç ve dış kenarındaki kaslara, parmaklarla petrisaj yapılır. Petrisajdan sonra kaslar, boydan boya önce baş parmakla sıvazlanır, arkasından işaret parmağı veya baş parmakla friksiyon yapılır.

- Ayak parmakları dokunmaya karşı oldukça hassastır, bu nedenle masaj çok nazik yapılmalıdır. Bir el ile ayak kemerinin altından tutulur, diğer elin baş ve işaret parmağı ile tüm ayak parmakları aşağıdan yukarıya doğru çekerek sıvazlanır. Tüm ayak parmakları bir el ile kavranır ve esnetmek için hafifçe öne ve arkaya doğru eğilir.

- Bir el ile ayak alttan desteklenirken, diğer el yumruk yapılarak, parmakların sivri çıkıntılarıyla, üst tarak kemiği, tibia tarafından parmak ucuna doğru kaydırılarak çekilir.

- Her iki elin baş parmağı ayak tabanında, diğer parmaklar ayak sırtında karşılıklı getirilerek ayak tabanı ve sırtına, üç-yedi saniye kadar sıkıca bastırılır.

- Bir el ile ayak sıkıca tutulup diğer elin yanıyla tabana vurulur. Bu hareket çabuk ve hafif yapılmalı, bu yüzden de eller gevşek ve esnek olmalıdır. Daha sonra ayak tabanına kesme hareketleri uygulamak için iki el kullanılır. Ayağın üzerinde de iki el kullanılarak hafifçe çalışılır ve ellerin ayağa dokunur dokunmaz kalkmasına dikkat edilir.

- Bir elin başparmağı ile, lateral ve medial malleollere saat yönünde friksiyon yapılır.

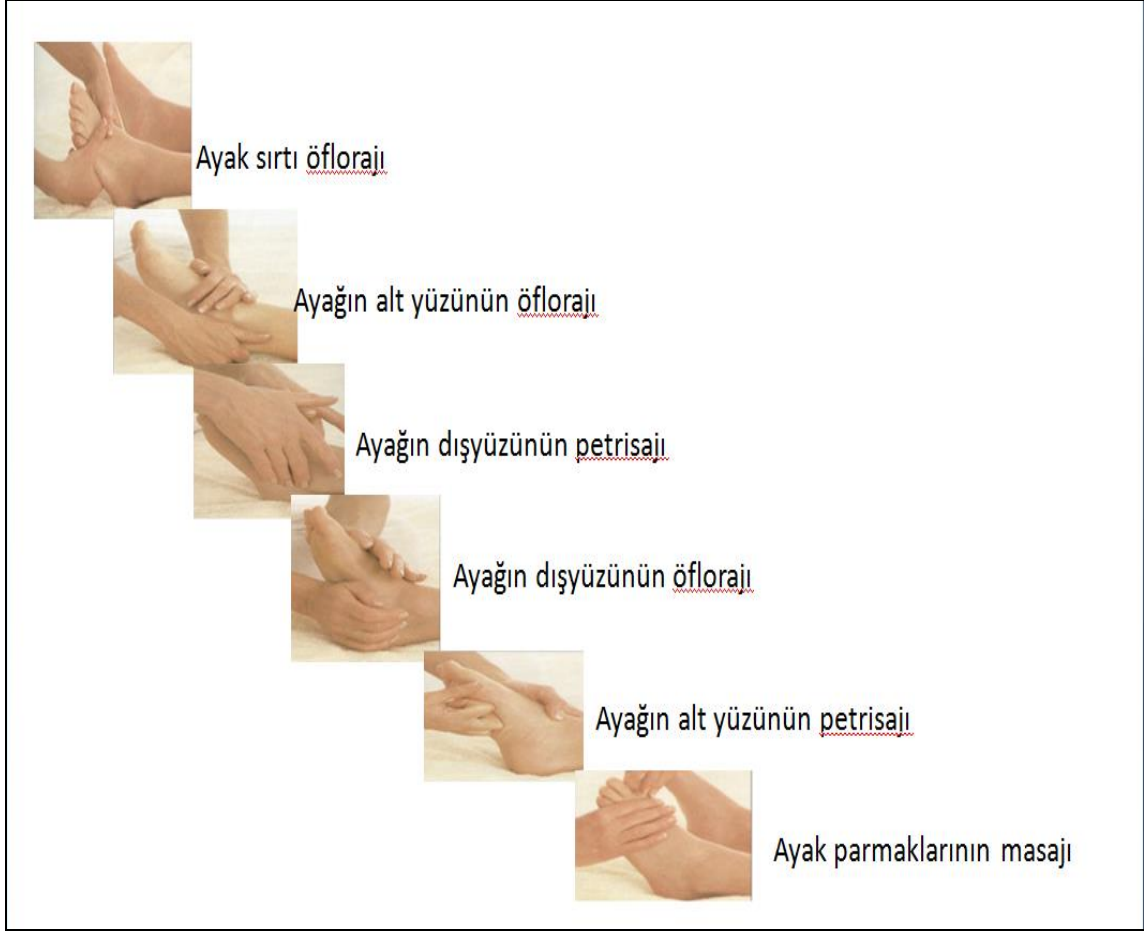
- Topuk bir el ile kaldırılır, daha sonra her iki el ile aşil tendondan geriye doğru hızlı çekme hareketleri yapılır.

- Genel öfloraj yapılır.

- Bir el ile bilek arkasından kavranır ve diğer el ayağın üzerine koyulur. Bacak hafifçe uygulayıcıya doğru çekilir ve yukarı kaldırmadan hafifçe gerilir. Ayak serbest bırakılır ve sağ el ayağın altına kaydırılır. Ayak beş saniye kadar tutulur. Eller ayağın hatlarına göre biçimlendirerek parmaklara doğru kaydırılır, parmak uçlarından çok yavaş ve hafif bir şekilde kaldırılır. İki-üç kez tekrarlanması gereken bu hareket, ayağın rahatlamış bir durumda bırakılmasını sağlar.

- Ayak havlu ile sarılarak bitirilir. Önce sağ ayak ile masaja başlanır daha sonra sol ayak ile devam edilerek masaj sonlandırılır.

Şekil 2-1'de ayak masajı uygulama adımlarının özet şekli gösterilmiştir (Çoban 2007).



Kaynak: Çoban 2007

Şekil 2-1: Ayak masajı uygulama adımları

2.3.1.2. Ayak Masajının Doğum Eylemi Sürecine Etkisi

Doğum eylemi sürecinde, kadınlar doğum deneyimini olumlu bir şekilde yaşamak istemektedirler. Doğumda kaliteli bir hemşirelik bakımı vermek, kadına olumlu bir doğum deneyimi yaşatmak açısından oldukça önemlidir (Uludağ ve Mete 2014).

Doğum eylemi boyunca destekleyici bir hemşirelik bakımı ile; doğum sürecinin kısılması, doğum korkusunun azalması, doğum ağrısının azalması, doğumda analjezi ve anestezi kullanımının azalması, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum oranının azalması, oksitosin ihtiyacının azalması, doğumda yapay oksitosin kullanımının azalması, uterus ve fetüse giden kan miktarının artması, doğum deneyiminden memnuniyetin artması, annenin duygusal olarak faydalanması ve anneliğe uyumun kolaylaşması gibi anne ve fetüs üzerine bir çok olumlu etki sağlanabilmektedir. Ayak

masajı da doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (Iliadou 2012; Uludağ ve Mete 2014).

Ayaklarda sinir dağılımı geniştir. Beynin duyu ve motor merkezleri ayağa geniş bir alan sağlar. Ayaklar gergin veya ağrı çeken bir kadına masaj yapmak için kolay bölgelerdir. Ayak masajı gevşeme ve ağrının rahatlatılmasında sinir sistemi girdisini yüksek derecede arttırmanın en iyi yollarından biridir. Ayak masajı, ağrıyı azaltma özelliği, kolay ulaşılabilir olması, pahalı ve anne ve fetüse zararlı olmaması özelliklerinden dolayı doğum eyleminde rahatlıkla uygulanabilir bir masaj yöntemidir. (Elhaleem ve ark. 2013).

Doğum eylemi sırasında bacaklar çok gerilir ve enerjinin büyük çoğunluğu kontraksiyonlara harcandığı için ayaklar soğumuş durumdadır. Ayrıca kontraksiyonların ağrısız olması açısından gebe fazla ayakta durduğu ve dolaştığı için ayaklar yorulmuştur. Bu nedenlerden dolayı gebeyi sırtüstü yatırıp yapılan ayak masajı, birçok refleks noktayı uyarır, kadının anksiyetesini azaltır ve gevşemesine yardımcı olur ve böylece doğum eyleminin daha kısa ve kolay geçmesini sağlar (Yıldırım ve Şahin 2003; Yüksel 2013; Kömürcü 2014; Tektaş ve ark. 2017). Ayak masajının, uygulama sırasında kadının pozisyonunun değiştirilmesini gerektirmemesi ve kısa sürede kolayca uygulanabilmesi, doğum eylemindeki ağrı kontrolünde kullanılabilirliğini arttırmaktadır (Ucuza 2009).

İlk gebeliğinde kadın, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşar ve doğum anında karşılaşılabileceği olayları daha önce tecrübesi olmadığından dolayı tahmin edememektedir. Gebe kadınların, doğumları için kendilerine güvenmeleri ve yetenekleri, sağlık bakım profesyonellerinin desteği, doğum hakkında bilgi düzeyleri ve doğum yapacakları yere bağlı olarak artar ya da azalır (Rathfisch 2012; Kömürcü 2014). Sağlık bakım profesyonellerinin doğuma karşı tutumları, diğer herhangi bir tıbbi kriz veya rahatsızlığa karşı takındıkları tutumla aynıdır ve doğumu en kısa sürede iyileştirmeleri gereken bir durum olarak algırlar. Bu tutum ve davranışlar kadınların, manevi ve psikolojik olarak güçlendirecek bir doğum deneyimi yaşamalarını engelleyebilmektedir. Bütün bu nedenlerden dolayı doğumun kendi doğal fizyolojisinin korunması, desteklenmesi, gerekmedikçe herhangi bir tıbbi girişimde bulunulmaması, doğum hormonlarının engellenmeden salınımını sağlar ve bu sayede fizyolojik (spontan) doğum eylemi kendiliğinden ilerler (Yazgan 2014; Tektaş ve ark. 2017).

Ayak masajı, oksitosin ve endorfin hormonlarının salgılanmasını artırmaktadır. Oksitosin salgısı; etkili kasılmalar, etkili ıkınma refleksi, plasentanın kolay ayrılması ve doğum sonrası uterusun erken küçülmesini sağlar. Yüksek endorfin seviyesi ise, anne adayının müdahaleye gerek kalmadan, kasılmaları çok daha rahat karşılamasına olanak verir. Böylece kadına uygulanacak ayak masajı ile doğum eyleminden duyacağı tatmin ve memnuniyeti arttırmak, kadının fizyolojik doğum eylemini gerçekleştirmesine yardımcı olmak mümkün olabilmektedir (Rathfisch 2012; Yüksel 2013; Mete 2013; Yazgan 2014; Kömürcü 2014).

Kadınlar doğumda hayatını kaybetmek korkusuyla endişelenmekte ve bu endişeler gebelikten önce oluşmaktadır. Doğumla ilgili korkular doğum boyunca sıkıntı, huzursuzluk, heyecan ve ağrıya, acil sezaryen ve doğum sonrası dönemde de ağır duygulanım bozuklukları riskinde artışa neden olabilmektedir (Kitapçioğlu ve ark. 2008; Serçekuş 2011; Bülbül ve ark. 2016). Doğum eylemi sürecinde gebelerin duygusal değişimleri ve korkularının farkına varılması önemlidir. Kadınların doğumda baş etme ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları için destek almaya ve önemsendiğini hissetmeye gereksinimleri vardır. Eylem sürecinde yapılacak olan ayak masajı ile kadının sağlık personeliyle etkili iletişim ortamında korkularını paylaşarak korkularının azaltılmasına, doğum hakkında bilgi almaya ve doğuma ilişkin duyduğu olumsuz doğum hikayelerini paylaşarak bunları olumlu deneyimlere dönüştürmeye imkan sağlanmış olacaktır (Kitapçioğlu ve ark. 2008; Bülbül ve ark. 2016).

Wang ve Keck (2004), her el ve ayağa beş dakika olmak üzere toplam 20 dakika uygulanan masajın, ameliyat sonrası ağrı üzerine etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, ağrı şiddetinin masajdan hemen sonra azaldığını saptamışlardır. Değirmen ve Özerdoğan'ın (2009) yaptığı çalışmada; el ayak ve ayak masajının sezaryen ameliyatı sonrasında potoperatif ağrının kontrol edilmesinde etkili yöntemler olduğunu, masaj uygulama süresi uzadıkça ağrı azaltıcı etkisinin de arttığını ve uygulamadan 1 saat sonra masajın ağrıyı azaltıcı etkisinin azalmakla beraber devam ettiğini saptamıştır. Çoban ve Şirin'in (2009) çalışmasında, gebeliğin son döneminde ayak ve ayak bileğinde görülen fizyolojik ödemin azaltılmasında beş gün uygulanan ve 20 dakika süren ayak masajının etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca uygulanan ayak masajının gebenin ağrı, yorgunluk ve uykusuzluğunu azalttığı saptanmıştır. Ucuzal (2009) tarafından meme ameliyatı olan hastalara uygulanan ayak masajının ameliyat sonrası ağrı kontrolünde etkili olduğu

belirlenmiştir. Kaur, Lobo ve Latha (2013) açık kalp ameliyatı olmuş hastalara 20 dakikalık bir el ayak masajıyla postoperatif ağrının azaldığını bulmuşlardır. Elhaleem ve arkadaşları (2013) tarafından sezaryen ameliyatından sonra 6, 12 ve 18. saatlerde 10'ar dakikalık ayak masajından sonra ağrı düzeyinin hastaların ortalama ağrı skorunun düştüğünü ve müdahale grubundaki bireylerde annenin memnuniyeti açısından kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde iyileşme gözlendiğini bulmuşlardır. Maif, Nsarr ve Eriel (2014) çalışmalarında; postoperatif kardiyak cerrahi ağrısını kontrol etmek için 20 dakikalık bir el ve ayak masajının hastanın ağrısını azalttığını, analjezik dozlarını düşürdüğünü ve hastaların sakinlik seviyesini yükselttiğini saptamışlardır. Abdelaziz ve Mohammed (2014) meme kanseri hastalarında ayak masajının, ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı ve kan basınçlarında azalma olduğunu belirlemişlerdir.

2.4. DOĞUM EYLEMİNDE ANNENİN AĞRI ŞİDDETİ ALGISININ AZALTILMASINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Doğal ya da normal doğumun anne açısından anlamı öncelikle, doğumun doğal olarak gerçekleşiyor olmasıdır. Normal doğum sırasında nöroendokrin sistemin optimal çalışması sonucunda oluşan strese bağlı olarak endojen oksitosin ve yararlı katelokalaminlerin salınımı artar. Bu hormonlar başta endorfin düzeylerinde artma, kardiyopulmoner iletim ve yenidoğanın termoregülasyonu, başarılı laktasyon, anne bebek bağlanmasının sağlanması gibi etkili doğum eylemlerinin ve koruyucu fizyolojik yanıtların oluşumunu sağlar (CIMS 2017). Optimal fizyolojik işlevler yerine geldiğinde kadınlar doğum eylemini hızlandıracak yapay herhangi bir müdahaleyi de daha az talep etmektedir (Vural ve Erenel 2017). Doğum eylemi doğal seyrinde ilerlediğinde fetal sıkıntı ya da müdahale ihtiyacı da azalmaktadır. Normal, fizyolojik bir doğumun bir çok kadın için kısa dönem etkileri doğum sürecinden fiziksel ve duygusal açıdan sağlıklı, güçlenmiş bir anne olarak çıkmak olmaktadır. Bebekler için ise annelerinin gereksinimlerini karşılayabiliyor olmasından ve tıbbi tedavilerden uzak kalarak nörolojik etkilenimden korunmak yoluyla yarar sağlayacaktır. Uzun dönem sonuçlarda da annenin fiziksel ve ruhsal sağlık açısından iyi durumda olması, annelik kapasitesinin artması, bebeğin büyüme ve gelişmesinin hızlanması ve olası kronik hastalıkların görülme sıklıklarında azalma olmasıdır (Rooks 2012; Gucht ve Lewis 2015). Normal doğumla ilgili olarak bütün bu sonuçların elde edilebilmesi gebelik öncesi dönemden başlayarak tüm süreç boyunca kadına hemşireler tarafından güçlü bir destek sağlanması ile olmaktadır. Hemşirenin sunacağı nicelik ve nitelik açısından kaliteli bir antenatal

bakım sırasında kadını normal doğuma hazırlamak ve doğum yapma konusunda güçlenmesini sağlamak olasıdır. Doğum eylemi esnasında ise kadına destek verilmesi ve ağrının giderilmesi hemşire tarafından sağlanabilecek en önemli unsurlardır (Timur ve Şahin 2010; Anne Dostu Hastane 2017).

Ağrı giderilmesinde önemli bir rolü olan hemşirelerin doğum eylemi sırasında da annenin ağrı şiddeti algısının azaltılması için gerekli hemşirelik girişimlerini uygulamaları gerekmektedir. Doğum ağrısının kontrolü, doğum eylemi sırasındaki hemşirelik bakımının temel amaçlarından biridir. Bu nedenle doğum eyleminde hemşirenin en önemli rolü doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini, etkilerini, sınırlılıklarını çok iyi bilmek ve uygulamaktır (Ergin ve Kömürcü 2009, İpek 2014).

Hemşireler nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımında bağımsız karar verme gücüne sahiptir. Hemşirelerin kadının doğum ağrısını değerlendirip, birey için uygun nonfarmakolojik yöntemi seçip uygulaması, doğum sürecinin yönetiminde söz sahibi olmalarını sağlar (Mucuk ve Başer 2009). Ayrıca nonfarmakolojik yöntemlerin öğretilmesinden ve uygulanmasından hemşireler sorumludur. Kadına bakım veren hemşire annenin ağrısının şiddetini belirlemeli ve ağrı kontrolünde ne tür yöntemler kullanılacağını kadına anlatarak onun sürece katılımını sağlamalıdır (Mucuk ve Başer 2009; Avcıbay ve Alan 2011).

Doğum eylemi, her birey tarafından farklı yorumlanan ve öznel bir olay olduğundan hemşire her kadını ve ağrısını birbirinden bağımsız değerlendirmelidir (Tektaş ve ark. 2017). Doğum eylemi süresince kadınların doğuma ilişkin bazı korku ve endişeleri vardır. Hemşireler bu endişeleri ortaya çıkarmalı ve ortadan kaldırmaya yönelik müdahalelerde bulunmalıdır (Erdogan, Yanikkerem ve Goker, 2017). Hemşire, doğum öncesinde kadının bilgi düzeyini değerlendirmeli, destek yöntemlerini ve planlarını belirlemeli, ağrıyla başetmede kullanılacak yöntemlerin amaçları, uygulama biçimleri, olumlu olumsuz yönleri, riskleri konusunda hem kadını hem de ailesini bilgilendirmelidir (Gönenç 2013)

Doğum eyleminde, hemşirelerin en büyük sorumlulukları; kadının psikolojik, fizyolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak, doğum ağrısıyla baş etmesinde yardımcı olmak, işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz geçmesini sağlamaktır (Dağlar ve Aydemir 2011).

Normalde doğum eyleminde ağrı latent fazdan itibaren hafif dereceli ağrı ile başlar, aktif fazda uterin bölgede ağrı artarak devam eder, ikinci evrede ise ağrının şiddeti ve bölgesi değişerek ciddi düzeyde uterin ve perineal ağrıya dönüşür. Özellikle birinci evrede hafif ve orta şiddetteki ağrı, korku ve anksiyetenin de etkisiyle ciddi ağrıya dönüşebilir (Taghinejad ve ark. 2010; Akın ve Karaca Saydam 2017). Kadın ağrı ile baş etmeyi başardığında anksiyete azalmakta ve gevşeme sağlanabilmektedir. Bu nedenle hemşireler doğum eylemi süresince gebenin ve fetüsün sağlık durumunu yakından izlemenin yanı sıra kadının fizyolojik ve psikolojik durumunu da yakından izleyerek destek sağlamalı, ağrısı ile baş etmesine nonfarmakolojik yöntemlerle yardımcı olmalıdır (Akın ve Karaca Saydam 2017).

Travay sürecinde kadına uygulanacak ayak masajı, hemşirenin doğum yapan kadına yapabileceği en büyük yardımdır. Ayak masajı ağrıyı hafifletmenin yanında kadının izole edilmiş olma duygusunu da ortadan kaldıracaktır. Ayrıca masajı yapan kişi için de terapötik etkisi vardır. Masaj yapılması kadın için huzur verici ve rahatlatıcı bir etkinliktir (Ergin ve Kömürcü 2009) Doğum eylemi, tıbbi müdahaleler ile bozulan doğal bir süreç olduğundan ayak masajı, doğumda ağrı kontrolünü ve kadının konforunu arttırmak için ideal bir nonfarmakolojik yöntem olarak hemşireler tarafından rahatlıkla uygulanabilir. Ayrıca ilaçsız bir yöntemdir, anneye ve fetüse zararlı hiçbir yan etkisi yoktur, kolaylıkla öğrenilebilir ve öğretilir, pahalı bir yöntem değildir, rahatsız edici değildir, doğum eylemine karşı kadındaki korku, anksiyete ve stresin azaltılmasında, cesaret ve katılımın artırılmasında etkilidir. Bunların yanında kadının doğum eylemine karşı pozitif duygular tecrübe etmesine yardımcı olur (Lowe 2002, Karami ve ark. 2006, Avcıbay ve Alan 2011, Gönenç ve Terzioğlu 2012, Rooks 2012, Gallo ve ark. 2013, Erdogan, Yanikkerem ve Goker, 2017, Çalık ve Kömürcü 2014, Tektaş ve ark. 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, travayda gebeye uygulanan ayak masajının doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma tipinde tasarlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerin doğum ağrısı şiddetini değerlendirdikleri Visual Analog Skala puanları kontrol grubundakilere göre daha düşüktür.

H2: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum eyleminin süresi kontrol grubundakilere göre daha kısadır.

H3: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum eyleminde uygulanan girişimler (oksitosin indüksiyonu, amniyotomi, fundal basınç, epizyotomi) kontrol grubundakilere göre daha azdır.

H4: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum sonu kanama (ped ağırlığı, hematokrit ve hemogloblin düzeyleri, laserasyon) kontrol grubundakilere göre daha azdır.

H5: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu annelerin yenidoğanlarında APGAR skorları kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

H6: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde emzirme kontrol grubundakilere göre erken başlar.

H7: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğumda olumsuz davranışsal tepkiler kontrol grubundakilere göre daha az oranda gözlenir.

H8: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerin doğumdaki duygusal durumlarını değerlendirdikleri Doğum Duygulanım Ölçeği puanları kontrol grubundakilere göre olumlu şekilde daha yüksektir.

H9: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan gebeler yapılan uygulamadan memnundur.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aralık 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında, Karaman İl Sağlık Müdürlüğü Karaman Devlet Hastanesi Doğum Salonu'nda yapılmıştır.

Hastane 400 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Toplam dört bloktan oluşan hastanede, sadece Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında değil birçok dalda poliklinik ve yataklı tedavi hizmeti verilmektedir. Kurumda toplamda 1 acil servis (acil servisin içinde Kadın-Doğum Acil olarak ayrı bir birim bulunmaktadır), 25 poliklinik, 17 servis, 1 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, 5 Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi (2'si 3. Basamak, 2'si 2. basamak ve 1'i 1. Basamak), 1 ameliyathane (içerisinde 10 ameliyat salonu içeren) mevcuttur. Çalışmanın yürütüldüğü Doğum Salonu Ünitesi hastanenin 1. katında Acil Servis üzerinde olup, yoğun bakım salonlarıyla aynı koridorda bulunmaktadır. Doğum Salonu toplamda 9 hasta yatağı ve 4 doğum masası ile hizmet vermektedir. Doğum Salonu'na girişte sağdan ilk 1 ebe dinlenme odası, 2 doktor odası, 1 yenidoğan gözlem odası (3 küvözlü), 1 tane hasta odası (içinde 1 doğum masası ve 1 hasta yatağı mevcut), 3 tane sancı odası (2'şer yataklı), 1 tane hasta dinlenme odası (2 yataklı), 1 tane tek masalı ameliyathane, 2 tane doğum odası (ikisinde de birer jinekolojik doğum masası bulunmaktadır), 1 tane ebe giyinme odası ve 2 tane wc mevcuttur. Sancı odaları 2 yataklı olup yatak araları perde ile kapatılmıştır. Ayrıca 3 sancı odasında da birer wc ve banyo vardır. Birimde 2 adet banko mevcut olup 1 tanesini kat sekreteri kullanmaktadır, diğerini de ebeler kullanmaktadır. Hasta kabul edilip anemnez alınırken gebelerin oturmaları için dinlenme koltukları da mevcuttur. Doğum Salonu'nda bir sorumlu ebe ve on iki nöbet usülü çalışan ebe olmak üzere toplam on üç ebe, dört uzman doktor, bir tıbbi sekreter, bir güvenlik personeli, dört hasta bakım personeli görev yapmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı Doğum Salonu'na; aktif doğum eylemi başlamış olan hastalar ya da elektif sezaryen olacak hastaların yatışı kabul edilmektedir. Bunun dışındaki hastalar medikal tedavi uygulanarak kliniğe alınmaktadır. Doğum Salonu'na olağanüstü haller dışında dış kliniklerden hasta alınmamaktadır. Acil Servis Kadın-Doğum Bölümü'nden veya Kadın-Doğum Poliklinikleri'nden yatışı yapılan hastalar sağlık personeli eşliğinde tekerlekli sandalye ve yatışı yapılırken çıkarılan hasta dosyası ile birlikte Doğum Salonu'na getirilip ebelere teslim edilmektedir. Daha sonra hastanın yatışı bölüm sekreteri tarafından kabul edilip onaylandıktan sonra ebeler tarafından

hastanın genel ve obstetrik anemnez bilgileri alınıp dosyasına kaydedilmektedir. Hastaya doğum önlüğü giydirilip, eksik tetkikleri alınıp, damar yolu açılarak vital bulguları alınmakta ve doktorunun önerisine göre takip ve tedavileri yapılmaktadır. Hastanenin, standart doğum odası bakımı uygulamaları, gebelere damar yolu açılması, indüksiyon uygulanması, lavman uygulanması, vital bulgu takibi, mobilizasyon serbestliği ve aralıklı olarak NST takibi, oral olarak su veya meyve suyu içmelerine ve hafif yiyecekler (bisküvi, kek vb) yemelerine izin verilmesi uygulamalarını içermektedir. Hasta tam dilatasyon ve efasman sağlanana kadar yatağında ve odasında kalmakta, daha sonra doğum masasına alınmaktadır. Doğumu gerçekleştikten sonra ise tekrar kendi yatağına alınarak 2 saat takip edildikten sonra ebe eşliğinde Doğum Servisi'ne bebeği ile birlikte sevk edilmektedir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu (EK IX) ve Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK X).

Çalışmaya katılan kadınlara araştırmacının kimliği, araştırmanın amacı, alınan bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, istemedikleri sorulara cevap vermeme haklarının saklı olduğu bilgisi ayrıntılı olarak verilerek; kendilerinin neden seçildiği ve istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri anlatılmış, sözlü ve yazılı izinleri alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Anket formu uygulanmadan önce, gebelere araştırmanın amacı açıklanarak Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK VII) ile sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Karaman İl Sağlık Müdürlüğü Karaman Devlet Hastanesi'nde araştırmanın yapıldığı tarihlerde (Aralık 2016-Mayıs 2017) doğum için başvuran ve yatışı yapılan tüm gebeler oluşturmuştur.

Randomize yöntemle seçilen araştırma örneklemini ise, doğum eylemi başladığı için kliniğe yatışı yapılan, ilk doğumunu gerçekleştirecek olan, çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 80 gebe oluşturmuştur.

Örneklem hesaplanmasında çalışma deneysel olarak planlandığından, çalışma yapılacak her bir gruba kaç kişinin alınması gerektiğini belirleyebilmek için, ana parametre olarak doğum ağrı şiddeti için Visual Analog Skala (VAS) puanı ortalaması alınmıştır. Literatürde doğum ağrısının giderilmesinde ayak masajının etkisi ile ilgili tam metin çalışmaya rastlanmadığı için Yılar'ın 'Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi' çalışması hesaplama için esas alınmıştır (Yılar 2014). VAS ağrı puanı literatür bilgileri göz önünde bulundurularak güç analizi uygulanmıştır. Bu bağlamda; örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla G*Power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. Gruplarda VAS skorları arasında minimum 2 puanlık farkın klinik anlamlılık ifade edeceği öngörülerek yapılan hesaplama sonucu standart sapma 2 olarak alınmış olup $\alpha=0.05$ düzeyinde %95 güç elde etmek için gruplarda en az 33'er kişi olması gerektiği hesaplanmış olup çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak bu sayı 40 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak, güç analizi sonuçlarına göre çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak çalışmada bir çalışma ve bir kontrol grubu olmak üzere her bir grup için alınacak gebe sayısı 40, toplamda ise 80 gebe olarak belirlenmiştir.

Uygulama öncesi randomizasyonla gebelerin dahil olacağı grup belirlenerek deney ve kontrol grupları oluşturulmuştur. Randomizasyon için <https://www.random.org> web sitesinde "Random Sequence Generator" kullanılarak random olarak dağıtılmış 40'ar kişilik iki grup listesi oluşturulmuştur. Bu listede hastaneye yatış sırasına göre; 2, 3, 4, 7, 8,10, 11, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 42, 45, 47, 48, 52, 53, 56, 57, 60, 63, 64, 65, 67, 71, 72, 73, 74, 77, 79 numaralı gebeler deney grubunu, 1, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 28, 29, 31, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 49, 50, 51, 54, 55, 58, 59, 61, 62, 66, 68, 69, 70, 75, 76, 78, 80 numaralı gebeler de kontrol grubunu oluşturmuştur. Araştırma süresince araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebeler hastaneye yatış sırasına göre 1-80 arasında numaralandırılıp ait olduğu grup belirlenmiştir. Çalışmadan çıkarılan gebelerin yerine aynı numara ile hemen arkasından yatışı yapılan gebeler çalışmaya dahil edilerek devam edilmiştir. Çalışma deney grubunda 40, kontrol grubunda 40 olmak üzere toplam 80 gebeye ulaşıldığında sonlandırılmıştır.

3.7. Araştırmaya Alınma ve Çıkarılma Kriterleri

- 18 ve üzeri yaş grubunda olan,
- Primipar olan,
- 37 hafta ve üzeri gebelik haftasında olan,
- Doğum eyleminin latent fazında olan,
- Doğum eylemi süresince narkotik analjezik veya sedatif almamış olan,
- Ayak ve bilek bölgesinde ödem, varis, yara, lezyon, kitle, nasır ve ayak mantarı problemi olmayan,
- Herhangi bir kronik hastalığı olmayan,
- Çoğul ve riskli bir gebeliği olmayan,
- Spontan gebeliği olan,
- Herhangi bir fetal anomali ya da IUGG olmayan,
- Maternal fiziksel anomalisi olmayan,
- Psikolojik sorunu olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler çalışmaya alınmıştır.

Deney grubu için; dilatasyonun 4-5, 6-7, 8-9 cm olduğunda her bir ayağa her seferinde 10'ar dakika olmak üzere toplam 20 dakika ayak masajı uygulanamayan hastalar, doğumu sezaryen ile olanlar, ağrıyı azaltmak için analjezi veya anestezi uygulananlar, kontrol grubu için; ağrıyı azaltmak için analjezi ya da anestezi uygulananlar, doğumu sezaryen ile olanlar araştırmadan çıkarılmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Gebe Tanıtım Formu (EK-I), Doğum Eylemi Değerlendirme Formu (EK-II), Visual Analog Skala (VAS) (EK-III), Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu (EK IV) ve Doğum Duygulanım Ölçeği (EK-V) kullanılarak toplanmıştır.

3.8.1. Gebe Tanıtım Formu (EK-I)

Araştırmacı tarafından oluşturulan “Gebe Tanıtım Formu”, hastanın sosyodemografik özellikleri, gebelik öyküsü, doğum korkusuna yönelik düşünceleri ile ilgili toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Gebe Tanıtım Formu deney ve kontrol grubundaki gebelere doğumhaneye yatışı yapıldıktan sonra ilk görüşmede uygulanmıştır.

3.8.2. Doğum Eylemi Değerlendirme Formu (EK-II)

Gebenin doğum eylemi sürecinin ve klinik seyrinin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan, hasta dosyası kayıtları ve araştırmacı gözlemlerine dayanan bir formdur. Bu form ile doğum eylemi süreci (dilatasyon ve ekspulsiyon evresi), doğum sonrası kanama kontrol evresi ve bebeğin sağlık durumu ile ilgili kayıtlar alınmıştır. Her iki bölümde klinik sonuçların araştırmacı tarafından yapılan ölçüm ve gözlemlerle kaydedileceği açık uçlu tablolar bulunmaktadır.

3.8.3. Görsel Analog Skala (Visual Analog Skala-VAS) (EK-III)

VAS, algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılmaktadır. Temeli 1921 yılında Hayes ve Paterson'un duyu seviyelerinin çizgiler üzerinde ifade edilebileceğini belirtmesiyle atılmıştır. Bu çizgilerin sınırları duyguların en uç durumlarını gösteren ifadeler ile belirlenmektedir. Bir ucunda "Ağrı Yok", diğer ucunda "Olabilecek En Şiddetli Ağrı" yazan 10 cm uzunluğunda bir ölçektir. Hastadan, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenmektedir. "Ağrı Yok" olarak ifade edilen başlangıç noktası ile işaret konulan nokta arasındaki mesafe ölçülmekte ve santimetre/milimetre olarak kayda alınmaktadır (Collins 1997; Aslan 2002, 2006). Bu skala genel ağrının değerlendirilmesi dışında doğum ağrısı değerlendirilmesi için de kullanılmaktadır.

3.8.4. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu (EK IV)

Gebenin doğum eylemi süresince gösterdiği duygusal davranışları listeleyen bir formdur ve gebeler gözlemlenerek bu davranışları "Gösterdi" veya "Göstermedi" şeklinde değerlendirilmiştir (Gençalp 1999; Yıldırım ve Şahin 2003). Hem deney hem de kontrol grubundaki gebelere latent faz, aktif faz ve geçiş fazlarında uygulanmıştır.

3.8.5. Doğum Duygulanım Ölçeği (DDÖ) (EK V)

Hodnett (1983-1995) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gençalp tarafından (DDÖ) yapılmıştır. Doğumda annelerin yaşadıkları duygusal durumu belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alpha değeri 0.87 olarak belirlenmiştir (Gençalp 1999).

DDÖ'nün araştırmada kullanımından önce ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Nimet Sevgi GENÇALP'ten kullanım izni alınmıştır. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 5 arasında puan almakta 'sürekli' ile 'hiç'

seçenekleri arasında değişen 5 seçenek içermekte, bu seçenekler sözel olarak ifade edilmeyip sadece puanlamayı sağlamaktadır. Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edildiği maddelerde 1 ve 5'in yerleri değiştirilmektedir. Böylece doğumda olumlu duygular yaşayan anneler yüksek puan almış olmaktadır (Gençalp 1999).

Doğum Duygulanım Ölçeği doğum sonrası hem deney hem de kontrol grubu gebelere uygulanmıştır.

3.8.6. Ayak Masajı Uygulamasına İlişkin Soru Formu (EK VI)

Araştırmacı tarafından oluşturulan 'Ayak Masajı Uygulamasına İlişkin Soru Formu' doğum sonrası ikinci saatte sadece deney grubu gebelere uygulanmıştır. Bu soru formu; gebelerin ayak masajı uygulamasının etkinliğini, uygulamadan memnun kalma durumlarını, diğer gebeliklerinde de isteme ve başka gebelere önerme durumlarını değerlendiren 6 sorudan oluşmaktadır.

3.9. Uygulama

Araştırmaya başlamadan önce, veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 10 gebe ile bir ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası formlarda ifade yanlışlıkları ve imla hataları düzeltilerek anket formlarına son şekilleri verilmiştir. Ön uygulamaya alınan gebeler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya dahil edilen katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak belirlenmesinin ardından doğum eylemi süreci, doğum sırası ve sonrasında değerlendirilmiştir.

Araştırmanın düzenli bir şekilde yürütülebilmesi için doğum salonunda çalışan ebeler ile görüşülerek araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Veri toplama formları uygulanmadan önce randomizasyonla gebeler belirlenerek gruplar oluşturulmuştur. Daha sonra gebelere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Örneklem gruplarına alınan gebelere, doğum öncesi dönemde doğum sürecinin evreleri hakkında bilgi verilerek, "Gebe Tanıtım Formu" (Ek I) araştırmacı tarafından bireylerle yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Deney grubuna alınan gebelere dilatasyon evresinin aktif fazı süresince üç kez ayak masajı uygulaması yapılmıştır. Kontrol grubundaki gebelere ise herhangi bir müdahalede bulunulmayıp yalnızca klinikteki rutin uygulamalar gerçekleştirilmiştir.

Araştırmacı, 2004 yılında kurulan Psiko Akademi Psikolojik Danışmanlık ve Refleksoloji Merkezinde, Psikolog ve Refleksoloji Uzmanı Halil Tabur tarafından 2015 yılında verilen 200 saati teorik ve 50 saati pratik olmak üzere toplam 250 saatlik ayak masajı eğitimi almıştır (Ek VIII). Ayrıca araştırmacı hastanede görev yapan bir uzman fizyoterapist tarafından da uygulamalı eğitim almıştır.

Deney Grubu Uygulama Adımları

- Doğum eyleminin latent fazında (dilatasyon 1-3 cm) Gebe Tanıtım Formu doldurulmuştur.
- Servikal dilatasyon 4-5 cm olduğunda VAS I. kez uygulanmıştır.
- VAS'ın I. kez uygulamasından hemen sonra sağ ve sol ayağa kesintisiz olarak 10'ar dakika olmak üzere toplam 20 dakika süren ayak masajı uygulaması yapılmıştır.
- Ayak masajı uygulamasından 10 dakika sonra VAS II. kez uygulanmıştır.
- Servikal dilatasyon 6-7 cm olduğunda VAS III. kez uygulanmıştır.
- VAS'ın III. kez uygulamasından hemen sonra sağ ve sol ayağa kesintisiz olarak 10'ar dakika olmak üzere toplam 20 dakika süren ayak masajı uygulaması yapılmıştır.
- Ayak masajı uygulamasından 10 dakika sonra VAS IV. kez uygulanmıştır.
- Servikal dilatasyon 8-9 cm olduğunda VAS V. kez uygulanmıştır.
- VAS'ın V. kez uygulamasından hemen sonra sağ ve sol ayağa kesintisiz olarak 10'ar dakika olmak üzere toplam 20 dakika süren ayak masajı uygulaması yapılmıştır.
- Ayak masajı uygulamasından 10 dakika sonra VAS VI. kez uygulanmıştır.
- Doğum sonu erken postpartum dönemde (doğum sonu 2. saatte) VAS VII. kez uygulanmıştır.

Kontrol Grubu Uygulama Adımları

- Doğum eyleminin latent fazında (dilatasyon 1-3 cm) Gebe Tanıtım Formu doldurulmuştur.
- Servikal dilatasyon 4-5 cm olduğunda VAS I. kez uygulanmıştır.
- VAS'ın I. kez uygulamasından 30 dakika sonra VAS II. kez uygulanmıştır.
- Servikal dilatasyon 6-7 cm olduğunda VAS III. kez uygulanmıştır.
- VAS'ın III. kez uygulamasından 30 dakika sonra VAS IV. kez uygulanmıştır.
- Servikal dilatasyon 8-9 cm olduğunda VAS V. kez uygulanmıştır.
- VAS'ın V. kez uygulamasından 30 dakika sonra VAS VI. kez uygulanmıştır.
- Doğum sonu erken postpartum dönemde (doğum sonu 2. saatte) VAS VII. kez uygulanmıştır.

Her iki gruptaki gebelerin dilatasyon evresinin her aşamasında 2 saat arayla doğum salonunda çalışan ebeler tarafından yapılan Fetal Kalp Atım Hızı, dilatasyon ve efasman, bebek başının seviyesi ve prezentasyon ölçümleri araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Daha sonra gebelerin doğum süreci boyunca klinikte rutin uygulanan prosedüre göre aralıklarla kan basıncı, nabız, solunum değerleri araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Doğum sürecinde gebelere “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu”nun (Ek II) ilk bölümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Gebenin gestasyonel haftası, tahmini doğum tarihi, indüksiyon varlığı, uygulanan ilaç tedavisi varlığı, herhangi bir risk gelişip gelişmediği, komplikasyon varlığı sorgulanarak kaydedilmiştir. Her bir gruptaki gebelerin dilatasyon süreleri, ekspulsiyon evresi süreleri ve doğuma kadar geçen toplam travay süreleri hesaplanmıştır. Plasentanın ayrılmasının ardından serviks, vagina, perine laserasyon açısından değerlendirilmiştir. Tüm doğum eylemi süresince gebelere araştırmacı tarafından yalnızca ayak masajı uygulaması gerçekleştirilmiş olup doğum süreci doğum salonunda görevli ebeler tarafından yürütülmüştür. Postpartum vital bulgu ve ped ile kanama miktarı takipleri yapılmıştır. Postpartum kanama miktarı dinlenme odasında ped tartısı ile ölçülerek kayıt edilmiştir. Bulgular ve işlemler “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu”na

kaydedilmiştir. Kanama değerlendirilmesi doğum sonrası 1. saat ve 2. saatte olmak üzere toplam iki kez yapılmıştır.

Doğum süreci sonunda tüm gebelere “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu”nun ikinci bölüm soruları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Doğum saati kaydedildikten sonra; yenidoğanın kilo, boy, baş çevresi, 1 ve 5. dk APGAR skoru, anneye ilk teması, ilk emzirme zamanı ve herhangi bir komplikasyon varlığı değerlendirilerek ve rutin yenidoğan bakımı uygulamaları araştırmacı tarafından gözlenerek kaydedilmiştir.

Doğum eylemi sonrasında hem deney hem de kontrol grubundaki annelere ‘Doğum Duygulanım Ölçeği’ (Ek V) doğum sonrası 2. saatte uygulanmıştır.

Deney grubundaki gebelere doğum sonrasında ayak masajı uygulamasından memnuniyetlerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan ‘Ayak Masajı Uygulamasına İlişkin Soru Formu’ (Ek VI) uygulanmıştır.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; ayak masajı uygulaması

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ise, VAS'dan alınan puanlar, doğum eyleminin süresi, doğumda girişim gereksinimi, postpartum kanama miktarı, yenidoğan APGAR skoru, doğum sonrası ilk emzirme süresi, doğum sırasındaki davranışlar, Doğum Duygulanım Ölçeği puanları ve deney grubunun uygulamadan memnuniyetleri oluşturmuştur.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan, elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırmada değişkenlerin tanımlanmasında ortalama, standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), birim sayısı (n), yüzde (%) kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Ki Kare Testi ve Bağımsız Gruplarda T Testi uygulanmıştır. Yedi farklı VAS ölçümü tek faktörlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Doğum Duygulanım Ölçeği skorları hem madde toplam puan ortalamaları hem de ölçek toplamında karşılaştırılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının güvenilirliği için Cronbach alfa analizi ve Kuder-Richardson 20 testi kullanılmıştır.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma yalnızca Karaman Devlet Hastanesi'nde doğumunu yapan kadınlar üzerinde yapılması nedeniyle tüm gebelere genellenemez.

Araştırmanın yapıldığı hastanede klinik uygulamada doğum eylemini hızlandırmak amacıyla tüm gebelere oksitosin indüksiyonu, epidosin, lavman, amniotomi ve epizyotomi uygulamasının rutin olması nedeniyle hem deney hem de kontrol grubundaki gebelere bu tür uygulamaların yapılmamasına müdahale edilemediğinden etkilerinin sınırlandırılmamasına neden olmuştur.

Araştırma sürecinde deney grubunda; 2 gebe dilatasyonları 5 cm iken ve birinci masaj uygulamasından sonra fetal distres nedeniyle sezaryene alınmasından dolayı, 1 gebeye analjezi uygulanması ve 1 gebeye epidural anestezi uygulanması ve 1 gebe de üçüncü masaj uygulamasından sonra 9 cm dilatasyonda iken fetal distres ve kordon dolanması nedeniyle sezaryene alınmasından dolayı araştırmadan çıkarılmıştır.

Kontrol grubunda ise; 2 gebe dilatasyonları 4 cm iken fetal distres nedeniyle sezaryene alınmasından dolayı, 1 gebe dilatasyonu 2 cm olarak 12 saat geçmesine karşın dilatasyon ve efasmanın hala aynı olması nedeniyle ilerlemeyen travay tanısı ile sezaryene alınmasından dolayı, 2 gebeye analjezi ve 1 gebeye epidural anestezi uygulanması nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır.

Sonuçta deney grubundan toplam 5 ve kontrol grubundan toplam 6 gebe olmak üzere 11 hasta araştırmadan çıkarılarak araştırma kriterlerine uyan ve randomizasyonu aynı şekilde devam ettirecek şekilde yeni gebeler alınarak deney grubu 40 ve kontrol grubu 40 olmak üzere toplam 80 hasta olunca çalışma sonlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada elde edilen bulgular altı başlık altında sunulmuştur.

- 1) Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Deney ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- 2) Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulgular
- 3) Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Sürecinde Eylemin Süresi, Girişimler, Postpartum Kanama ve Yenidoğanın Sağlık Durumununa Etkisi İle İlgili Bulgular
- 4) Ölçme Araçlarının Güvenirliğine İlişkin Bulgular
- 5) Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Duygu Durumu ve Duygusal Davranışlarına Etkisi İle İlgili Bulgular
- 6) Deney Grubunun Ayak Masajının Etkinliğine İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulgular

4.1. Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Deney ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin demografik ve obstetrik özellikleri, doğum öncesi bilgi alma durumları, önceki gevşeme, ağrı giderme yöntemi ve dismenore deneyimleri, normal doğuma bakışları, bebeği ve cinsiyetini isteme durumları ve bu özelliklerin deney ve kontrol grubunda karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-1: Demografik özellikler (N:80)

Değişkenler	Gruplar	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik	
		Ort.	SD	Ort.	SD	t	p
Yaş ortalaması		21,83	4,87	24,13	4,75	2,139	0,036*
Yaş	≤20	15	37,5	9	22,5	3,661	0,160
	21-24	17	42,5	16	40		
	≥25	8	20	15	37,5		
Öğrenim durumu	İlkokul-ortaokul	23	57,5	16	40	2,537	0,281
	Lise	7	17,5	11	27,5		
	Üniversite ve üstü	10	25	13	32,5		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	33	82,5	28	70	1,726	0,789
	Çalışıyor	7	17,5	12	30		
Gelir durumu	Düşük gelir	9	22,5	6	15	,7382	0,390
	Orta gelir	31	77,5	34	85		
Sosyal güvence	Var	39	97,5	39	97,5	,000	0,753
	Yok	1	2,5	1	2,5		

*p<0,05

Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde; her iki gruptaki katılımcıların da çoğunlukla 21-24 yaş grubunda, ilk veya orta okul mezunu, orta düzeyde gelire sahip olduğu, çalışmadıkları ve sosyal güvencelerinin bulunduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların demografik özellikleri kategoriler bazında karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05) bulundu. Ancak her iki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (t:2,139; p:0,036), deney grubundakilerin yaş ortalamalarının, kontrol grubundakilerden daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Obstetrik özellikler (N:80)

Değişkenler	Gruplar	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik	
		Ort.	SD	Ort.	SD	t	p
Gestasyon haftası ortalaması		39,15	1,12	39,33	1,12	0,699	0,487
Gebelik sayısı ortalaması		0,13	0,335	0,20	0,464	0,829	0,410
		n	%	n	%	Ki kare	p
Gestasyon haftası		37	5	12,5	4		
		38	4	10	4		
		39	14	35	11	0,90	0,924
		40	14	35	17		
		41	3	7,5	4		
Gebelik öyküsü	Var	6	15	7	17,5	0,092	0,762
	Yok	34	85	33	82,5		
Düşük öyküsü	Var	3	7,5	3	7,5	,000	1,000
	Yok	37	92,5	37	92,5		
Kürtaj öyküsü	Var	1	2,5	4	10	1,920	0,179
	Yok	39	97,5	36	90		

Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubundaki katılımcıların çoğunlukla 39. ve 40. gebelik haftasında oldukları ve bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında deney ve kontrol grupları arasında gebelik haftası ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. Ayrıca gebelik sayısı ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubundaki katılımcıların ortalama gebelik sayıları arasında da fark olmadığı ($t:0,829$; $p:0,410$) belirlendi. Her iki grupta kadınların geçmişte gebelik, düşük ve kürtaj deneyimleyenlerin oranının çok düşük olduğu ve hiçbir katılımcının ölü doğum deneyimi olmadığı saptandı. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların obstetrik özellikleri kategorik olarak karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Doğum öncesi bilgi alma ve kaynağı ile ilgili özellikler (N:80)

Değişkenler	Gruplar	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik																																																					
		%	n	%	%	Ki kare	p																																																				
Doğum öncesi doğum hakkında bilgi aldı mı?	Aldı	34	85	33	82,5	0,092	0,762																																																				
	Almadı	6	15	7	17,5			Bilgi kaynağı nedir?	Kitap/Dergi/Gazete/İnternet	10	25	7	17,5	0,672	0,412	Doğum öncesi eğitim sınıfı	17	42,5	17	42,5	0,000	1,000	Aile büyükleri	8	20	6	15	0,346	0,556	Sağlık personeli	8	20	9	22,5	0,075	0,785	Doğum öncesi hazırlık sınıfında alınan bilgi yeterli miydi?	Yeterli	21	52,5	24	60	0,457	0,499	Yeterli değil	19	47,5	16	40	Kim bilgi verdi? (Deney; n:21) (Kontrol; n:24)	Sağlık personeli	18	45	22	55	0,857	0,651	Diğer (abla, arkadaş, internet)	3
Bilgi kaynağı nedir?	Kitap/Dergi/Gazete/İnternet	10	25	7	17,5	0,672	0,412																																																				
	Doğum öncesi eğitim sınıfı	17	42,5	17	42,5	0,000	1,000																																																				
	Aile büyükleri	8	20	6	15	0,346	0,556																																																				
	Sağlık personeli	8	20	9	22,5	0,075	0,785																																																				
Doğum öncesi hazırlık sınıfında alınan bilgi yeterli miydi?	Yeterli	21	52,5	24	60	0,457	0,499																																																				
	Yeterli değil	19	47,5	16	40			Kim bilgi verdi? (Deney; n:21) (Kontrol; n:24)	Sağlık personeli	18	45	22	55	0,857	0,651	Diğer (abla, arkadaş, internet)	3	7,5	2	5																																							
Kim bilgi verdi? (Deney; n:21) (Kontrol; n:24)	Sağlık personeli	18	45	22	55	0,857	0,651																																																				
	Diğer (abla, arkadaş, internet)	3	7,5	2	5																																																						

Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin doğum öncesi bilgi düzeyi ve kaynağı ile ilgili özellikleri incelendiğinde; çoğunlukla doğum öncesinde bilgi aldıkları ve aldıkları bilgiyi yeterli gördükleri, daha çok sağlık personeli tarafından bilgilendirildikleri belirlendi. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların doğum öncesi bilgi düzeyi ve kaynağı ile ilgili özellikleri kategorik olarak karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) olmadığı bulundu (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Önceki gevşeme, ağrı giderme yöntemi ve dismenore deneyimleri (N: 80)

Değişkenler	Gruplar	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik	
		%	n	%	%	Ki kare	p
Gevşeme yöntemlerini bilme	Biliyor	8	20	13	32,5	1,614	0,204
	Bilmiyor	32	80	27	67,5		
Genelde kullandığı ağrı giderme yöntemi	Hiçbir şey yapmam	7	17,5	7	17,5	0,086	0,958
	Ağrı kesici alırım	7	17,5	8	20,0		
	Diğer rahatlatıcı yöntemleri kullanırım	26	65,0	25	62,5		
Dismenore	Evet	23	57,5	22	55	0,746	0,689
	Bazen	9	22,5	7	17,5		
	Hayır	8	20	11	27,5		

Katılımcıların önceki gevşeme, ağrı giderme yöntemi ve dismenore deneyimleri incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki kadınların çoğunlukla gevşeme yöntemlerini bilmedikleri, ağrıları olduğunda ilaç dışı rahatlatıcı yöntemleri kullandıkları ve dismenore deneyimledikleri saptandı. Bu özellikler açısından deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Gebelerin normal doğuma bakışı ve korkularına ilişkin özellikler (N: 80)

Değişkenler	Gruplar	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik	
		%	n	%	%	Ki kare	p
Normal doğuma bakış açısı	Olumlu	31	77,5	32	80,0	0,075	0,785
	Diğer (Olumsuz, kararsız)	9	22,5	8	20		
Doğumdan korku	Evet	29	72,5	30	75,0	0,594	0,743
	Hayır	6	15,0	7	17,5		
	Kısmen	5	12,5	3	7,5		
En çok neden korkuyor?	Doğum ağrısı	18	45,0	17	42,5	0,059	0,971
	Bebekle ilgili kaygı	6	15,0	6	15,0		
	Diğer	16	40	17	42,5		
Normal doğuma hazır mı?	Hazır	22	55,0	26	65,0	0,833	0,361
	Diğer (hayır, kısmen)	18	45,0	14	35,0		
Düzenli kontrole gitti mi?	Evet	39	95,0	38	97,5	0,346	0,556
	Hayır	2	5,0	1	2,5		
Normal doğuma kim karar verdi?	Doktor	17	42,5	15	37,5	0,208	0,648
	Gebe ve eşi	23	57,5	25	62,5		
Doğum şekline karar verilme dönemi	Gebeliğin son haftalarında	14	60,9	9	39,1	1,526	0,217
	Gebeliğin ilk haftalarında	26	45,6	31	54,4		
Doğum şeklinin kararında etkili faktör	Sürecin normal seyretmesi	27	67,5	29	72,5	0,238	0,626
	Diğer faktörler	13	32,5	11	27,5		
Doğum sırasında yakınına isteme durumu	İster	38	95,0	32	80,0	4,114	0,043*
	İstemez	2	0,05	8	0,20		
Kimi ister?	Anne	9	22,5	9	22,5	2,657	0,265
	Eş	24	60,0	18	45,0		
	Diğer (abla, teyze, arkadaş)	7	17,5	13	32,5		

*p<0,05

Gebelerin normal doğuma bakışı ve korkularına ilişkin özellikler incelendiğinde; çoğunlukla normal doğuma olumlu yaklaştıkları fakat aynı zamanda korktukları, en fazla doğum ağrısı çekmekten korktukları belirlendi. Çoğunlukla kendilerini normal doğuma hazır hissettikleri, gebelik süresince düzenli kontrollere gittikleri, normal doğuma kendisinin ve eşinin, gebeliğin ilk haftalarında karar verdikleri ve gebeliğin normal seyretmesinin kararlarında etkili olduğu bulundu. Doğum anında çoğunlukla yakınlarını yanlarında istedikleri ve bu yakınlarının da eşleri olmasını arzu ettikleri saptandı. Bu özellikler deney ve kontrol gruplarında karşılaştırıldığında; sadece yanında yakınına isteme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<0,05) ve deney grubundaki katılımcıların daha fazla yakınlarını yanlarında görmeyi istedikleri belirlendi (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Gebelerin bebeği ve cinsiyetini isteme durumları (N:80)

Değişkenler	Gruplar	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik	
		n	%	n	%	Ki kare	p
İsteyerek gebe kalma	Evet	39	97,5	37	92,5	1,053	0,308
	Hayır	1	2,5	3	7,5		
Bebeğin cinsiyeti	Kız	17	42,5	21	52,5	,802	0,370
	Erkek	23	57,5	19	47,5		
Bebek istenen cinsiyette mi?	Evet	37	92,5	32	80	2,675	0,096
	Hayır	3	7,5	8	20		

Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin bekledikleri bebekle ilgili özellikleri Tablo 4-6'de incelendiğinde, çoğunlukla isteyerek gebe kaldıkları, tümünün bebeğin cinsiyetini bildikleri, deney grubundakilerin erkek, kontrol grubundakilerin kız çocuk bekledikleri ve her iki grupta da bebeklerin istenen cinsiyette olduğu bulundu. Yapılan karşılaştırmalarda deney grubu ile kontrol grubunda sıralanan özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

4.2. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin doğum ağrısı şiddetini değerlendirdikleri Visual Analog Skala (VAS) puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-7: Deney ve Kontrol grubundaki gebelerde doğum ağrısı şiddeti ile ilgili Visual Analog Skala (VAS) puanlarının karşılaştırılması (N: 80)

Doğum Ağrısı Şiddeti			Deney Grubu (n: 40)		Kontrol Grubu (n: 40)		Gruplar Arası İstatistik		Grup İçi İstatistik Deney-Kontrol			
	Deney Grubu Ölçüm zamanı	Kontrol Grubu Ölçüm zamanı	Ort.	SD	Ort.	SD	t	p	F	p	F	p
VAS 1 ^a	Dilatasyon 4-5 cm	Dilatasyon 4-5 cm	5,00	1,59	4,50	1,41	1,489	0,141				
VAS 2 ^b	20 dakikalık ayak masajından 10 dk sonra	VAS 1'den 30 dk sonra	3,58	1,72	5,50	1,38	5,519	**0,000				
VAS 3 ^c	Dilatasyon 6-7 cm	Dilatasyon 6-7 cm	6,80	1,20	6,75	1,19	0,187	0,852				
VAS 4 ^d	20 dakikalık ayak masajından 10 dk sonra	VAS 3'den 30 dk sonra	5,78	1,19	7,80	1,02	8,190	**0,000				
VAS 5 ^e	Dilatasyon 8-9 cm	Dilatasyon 8-9 cm	8,75	0,84	9,08	0,80	1,775	0,080				
VAS 6 ^f	20 dakikalık ayak masajından 10 dk sonra	VAS 5'den 30 dk sonra	7,68	0,97	9,63	0,59	10,876	**0,000				
VAS 7 ^g	Doğum sonu 2. saatte	Doğum sonu 2. saatte	0,28	0,55	0,90	0,96	3,579	*0,001				

F=444,788 ; e>f>c>d>a>b>g

**p<0,001

F= 361,656 ; f>e>d>c>b>a>g

**p<0,001

*p<0,05, **p<0,001

Tablo 4-7’de deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin her iki grupta aynı zamanlarda ve yedi farklı kez değerlendirilen ağrı düzeyleri ortalamalarına yer verilmiştir. Buna göre bağımsız gruplarda t testi ile yapılan karşılaştırmalarda ayak masajından sonra uygulanan ikinci, dördüncü ve altıncı ölçümlerin ortalama puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde ($p<0,001$), yedinci ölçümde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) fark olduğu saptandı. Diğer ölçümlerde ise deney grubu ve kontrol grubu ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,050$).

Ayrıca her iki grubun yedi farklı ölçümü ilişkili ölçümler için tek faktörlü varyans analizi ile değerlendirildi. Buna göre hem deney grubunun ($F:444,788$, $p<0,001$) hem de kontrol grubunun ($F:361,656$, $p<0,001$) farklı zamanlarda yapılan ölçümleri arasında da istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi. Ölçümler arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analiz sonucunda tüm ölçümler arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) ve deney grubundaki gebelerin ağrı skorlarının sırasıyla beşinci ölçümde, altıncı ölçümde, üçüncü ölçümde, dördüncü ölçümde, birinci ölçümde, ikinci ölçümde ve yedinci ölçümde en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığı, kontrol grubundaki gebelerin ağrı skorlarının ise farklı olarak sırasıyla altıncı ölçümde, beşinci ölçümde, dördüncü ölçümde, üçüncü ölçümde, ikinci ölçümde, birinci ölçümde ve yedinci ölçümde en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığı belirlendi (Tablo 4-7).

Sonuç olarak bulgular, “*H1: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerin doğum ağrısı şiddetini değerlendirdikleri Visual Analog Skala puanları kontrol grubundakilere göre daha düşüktür*” hipotezini desteklemektedir.

4.3. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Sürecinde Eylemin Süresi, Girişimler, Postpartum Kanama ve Yenidoğanın Sağlık Durumuna Etkisi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde katılımcıların doğum eyleminin süresi, doğumda uygulanan girişimler ve yenidoğanın sağlık durumu ile ilgili verilerin deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-8: Doğum eylemi süresinin deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılması (N: 80)

Değişkenler	Gruplar	Deney (n=40)		Kontrol (n=40)		İstatistik	
		Ort.	SD	Ort.	SD	t	p
Doğum Evrelerinin Süresi	Evre 1 (dakika)	667,0.	193,01	710,63	210,72	0,966	0,337
	Evre 2 (dakika)	26,28	12,40	33,33	17,07	2,113	*0,038
	Evre 3 (dakika)	8,55	4,38	12,45	3,01	4,641	**0,000
	Toplam Süre	701,83	197,58	756,40	218,51	1,172	0,245
Dilatasyon Evresinin Fazlarının Süresi	Latent (dakika)	403,50	120,80	437,00	166,37	1,031	0,306
	Aktif (dakika)	201,63	94,55	214,25	123,36	0,514	0,609
	Geçiş (dakika)	62,25	42,26	60,63	34,14	0,189	0,850

*p<0,05, **p<0,001

Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerde doğum eyleminin süresine ilişkin özellikler Tablo 4-8’de bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; doğumun birinci evresinde, toplam sürede, latent, aktif ve geçiş fazlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) belirlendi. Ancak ikinci evrede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05) üçüncü evrede ise istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu (p<0,001), ve her iki evrenin de kontrol grubundaki gebelerde daha uzun sürmüş olduğu saptandı.

Sonuç olarak bulgular; “H2: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum eyleminin süresi kontrol grubundakilere göre daha kısadır” hipotezini doğumun ikinci ve üçüncü evresi için desteklemektedir.

Tablo 4-9: Doğum eylemindeki girişimlerin deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılması (N: 80)

Değişkenler	Gruplar	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik	
		n	%	n	%	Ki kare	p
Lavman	Uygulandı	37	92,5	38	95	0,215	0,500
	Uygulanmadı	3	7,5	2	5		
Oksitosin İndüksiyonu	Uygulandı	34	85	32	80	0,346	0,556
	Uygulanmadı	6	15	8	20		
Epidosin tedavisi (2 amp)	Uygulandı	29	75	32	85	0,621	0,431
	Uygulanmadı	11	25	8	15		
Amniyotomi	Uygulandı	14	35	24	60	5,013	0,025*
	Uygulanmadı	26	65	16	40		
Epizyotomi	Var	40	100	40	100		
	Yok	0	0	0	0		
Fundal basınç	Uygulandı	19	47,5	37	92,5	19,286	0,000**
	Uygulanmadı	21	52,5	3	7,5		
Vakum	Uygulandı	0	0	1	2,5	1,013	1
	Uygulanmadı	40	100	39	97,5		

*p<,05, **p<,001

Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelere doğum eyleminde uygulanan girişimlere ilişkin özellikler incelendiğinde; gebelere lavman, oksitosin indüksiyonu ve epidosin tedavisi uygulamaları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu. Amniyotomi uygulamasına göre yapılan ki kare analizinde ise deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), kontrol grubundaki deneklere daha yüksek oranda amniyotomi uygulandığı saptandı. Deney ve kontrol grubu arasında doğum eyleminde fundal basınç uygulaması olup olmadığına ilişkin yapılan ki kare analizi sonucunda, kontrol grubundaki katılımcılara istatistiksel olarak çok ileri düzeyde ($p<0,001$) daha yüksek oranda fundal basınç uygulandığı belirlendi. Kontrol grubunda sadece 1 katılımcıya vakum uygulanırken, her iki grupta tüm gebelerde doğumda epizyotomi açıldığı saptanmıştır (Tablo 4-9).

Sonuç olarak bulgular; “H3: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum eyleminde uygulanan girişimler (oksitosin indüksiyonu, amniyotomi, fundal basınç, epizyotomi) kontrol grubundakilere göre daha azdır” hipotezini amniyotomi ve fundal basınç girişimleri açısından desteklemektedir.

Tablo 4-10: Doğum sonu kanama izleminde ped ağırlıklarının deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılması (N: 80)

Değişkenler	Gruplar	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik	
		n	%	n	%	Ki kare	p
Doğum sonu kanama	Evet	0	0	2	5	2,051	0,494
	Hayır	40	100	38	95		
Hematom	Evet	0	0	3	7,5	3,117	0,241
	Hayır	40	100	37	92,5		
Laserasyon	Evet	8	20	13	32,5	1,614	0,204
	Hayır	32	80	27	67,5		
Laserasyon derecesi	1. derece	7	87,5	4	30,8	6,390	0,024*
	2. derece	1	12,5	9	61,9		
		Ort.	SD	Ort.	SD	t	p
Ped Ağırlığı (gram)	Ped Ağırlığı I	16,35	5,70	17,45	3,95	2,478	*0,015
	Ped Ağırlığı II	11,95	3,94	14,73	5,88	2,114	*0,038
Hemoglobin (g/dl)	Doğum öncesi	12,97	1,00	12,93	1,13	0,200	0,842
	Doğum sonrası	11,15	1,03	11,00	1,27	0,572	0,569
		t:14,090; p<,001**		t:12,95; p<,001*			
Hematokrit (%)	Doğum öncesi	38,65	2,73	38,66	2,67	0,17	0,987
	Doğum sonrası	33,82	3,13	33,45	3,30	0,518	0,606
		t:12,12; p<,001**		t:10,83; p<,001*			

*p<0,05, **p<0,001

Deney ve kontrol grupları doğum sonu kanama komplikasyonu açısından değerlendirildiğinde; sadece kontrol grubunda 2 vakada doğum sonu kanama geliştiği gözlemlendi. Doğum sonu kanama, hematoma ve laserasyon oluşma durumu açısından her iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (p>0.05), (Tablo 4-10).

Laserasyon gelişen vakalarda laserasyon derecelerinin karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve kontrol grubunda 2. derece laserasyon oranının deney grubuna oranla daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-10).

Ped ağırlıklarının karşılaştırılması sonucunda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve her iki pedin kontrol grubundaki gebelerde daha ağır olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-10).

Ayrıca deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin doğum öncesi ve sonrası hemoglobin ve hematokrit düzeyleri karşılaştırıldığında her iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), ancak hem deney grubunun hem de kontrol grubunun kendi içlerinde doğum öncesi ve sonrası hemoglobin ve hematokrit değerlerinin doğum sonrasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farkla ($p<0,001$) düştüğü bulundu (Tablo 4-10).

Sonuç olarak bulgular; *“H4: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum sonu kanama (ped ağırlığı, hematokrit ve hemoglobin düzeyleri, laserasyon) kontrol grubundakilere göre daha azdır”* hipotezini ped ağırlığı ve laserasyon derecesi açısından desteklemektedir.

Tablo 4-11: Yenidoğanailişkin özelliklerin karşılaştırılması (N:80)

Değişkenler	Gruplar	Deney (n=40)		Kontrol (n=40)		İstatistik	
		n	%	n	%	Ki kare	p
APGAR 1	6	0	0	1	2,5	5,029	0,170
	7	3	7,5	1	2,5		
	8	32	80	37	92,5		
	9	5	12,5	1	2,5		
APGAR 2	9	35	87,5	39	97,5	2,883	0,095
	10	5	12,5	1	2,5		
		Ort.	SD	Ort.	SD	t	p
APGAR 1		8,05	,45	7,95	0,39	1,063	0,291
APGAR 2		9,13	,33	9,03	,16	1,708	0,092
Yenidoğan	Kilo (gram)	3121,63	292,45	3265,50	414,17	1,795	0,077
	Boy (cm)	49,88	1,14	50,05	1,22	0,664	0,508
	Baş çevresi (cm)	35,55	,68	35,55	,90	0,000	1,000
Yenidoğan ile	İlk temas (dakika)	10,03	3,84	17,55	4,47	8,075	0,000**
	İlk Emzirme (dakika)	14,33	3,86	21,25	2,96	9,006	0,000**

*p<0,05, **p<0,001

Deney ve kontrol gruplarında yenidoğanlara ilişkin özellikler ki kare analizi ve bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; APGAR 1 ve APGAR 2 skorları istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir. Her iki grupta hiçbir yenidoğan için resisütasyona gereksinim duyulmadığı ve yenidoğanların kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri arasında da istatistiksel anlamlı fark olmadığı (p>0,05) belirlendi. Ancak anne ile bebeğin ilk temasına kadar geçen süre ve ilk emzirme süresi değişkenlerinde deney ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu (p<0,001) ve kontrol grubunda bu sürelerin daha uzun olduğu bulundu (Tablo 4-11).

Sonuç olarak bulgular; “H5: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu annelerin yenidoğanlarında APGAR skorları kontrol grubundakilere göre daha yüksektir” hipotezini desteklememekte, ancak “H6: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde emzirme kontrol grubundakilere göre erken başlar” hipotezini desteklemektedir.

4.4. Ölçme Araçlarının Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde veri toplamada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Analizlerde likert tipi ölçekler için güvenilirlik analizlerinden biri olan iç tutarlık analiz yöntemlerinden Cronbach alfa analizi, ağrıyı değerlendirmede kullanılan Visual Analog Skala (VAS) için ise Kuder-Richardson 20 testi kullanıldı.

Tablo 4-12: Ölçme araçlarının güvenilirliğine ilişkin özellikler (N: 80)

Veri toplama aracı	Cronbach alfa
Doğum Duygulanım Ölçeği	0,912
	Kuder-Richardson 20
Visual Analog Skala	0,850
Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu	0,900

Tablo 4-12’de gebelerden veri toplamada kullanılan veri toplama araçlarından sırasıyla toplam 28 maddeden oluşan Doğum Duygulanım Ölçeği’ne, toplam 19 maddeden oluşan Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu’na ve 0 ile 10 arasında derecelendirilen Görsel Analog Skala’ya ait iç tutarlık düzeyini göstermek üzere Cronbach alfa analizinin ve Kuder-Richardson 20 testinin sonuçları verilmiştir.

Buna göre, Doğum Duygulanım Ölçeği’nin Cronbach Alfa puanı 0,912, ağrıyı değerlendirmede kullanılan Görsel Analog Skala’ya ait Kuder-Richardson 20 testinin sonucu 0,850 ve Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu’nun Kuder-Richardson 20 testi sonucu 0,900 olarak belirlendi.

4.5. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Duygu Durumu ve Duygusal Davranışlarına Etkisi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin Doğum Duygulanım Ölçeği’nden aldıkları puanlar ve Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu’ndaki gözlemlerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-13: Deney ve Kontrol grubundaki gebelerin Doğum Eyleminde Duygusal Davranışlarının karşılaştırılması (N: 80)

Doğum Eyleminde Duygusal Davranışlar	Fazlar	Deney Grubu (n:40)		Kontrol Grubu (n:40)		İstatistik	
		n	%	n	%	Ki kare	p
Heyecanlı görünüm	Latent	10	25,0	12	30,0	0,251	0,617
	Aktif	13	32,5	24	60,0	6,084	*0,014
	Geçiş	31	52,5	22	80,0	6,765	**0,009
Korku ifadesi	Latent	8	20,0	15	37,5	2,990	0,084
	Aktif	18	45,0	33	82,5	12,170	***0,000
	Geçiş	29	72,5	37	92,5	5,541	*0,018
Yalnız kalmaktan kaçınma	Latent	0	0	0	0	000	1,000
	Aktif	0	0	6	15,0	6,486	*0,013
	Geçiş	3	7,5	21	52,5	19,286	***0,000
Duyarlılık	Latent	3	7,5	8	20	2,635	0,105
	Aktif	7	17,5	26	65	18,620	***0,000
	Geçiş	17	42,5	34	85	15,632	***0,000
Huzursuzluk	Latent	2	5,0	7	17,5	3,130	0,077
	Aktif	10	25,0	22	55,0	7,500	**0,006
	Geçiş	23	57,5	35	87,5	9,028	**0,003
Davranış kontrolünde güçlük	Latent	1	2,5	1	2,5	000	1,000
	Aktif	2	5,0	6	15,0	2,222	0,132
	Geçiş	3	7,5	16	40,0	11,665	**0,001
İletişimden kaçınma	Latent	0	0	1	2,5	1,013	0,314
	Aktif	1	2,5	4	10,0	1,920	0,179
	Geçiş	2	5,0	19	47,5	18,660	***0,000
Mahremiyetin azalması	Latent	1	2,5	0	0	1,013	0,314
	Aktif	2	5,0	7	17,5	3,130	0,077
	Geçiş	13	32,5	26	65,0	8,455	**0,004
Yüksek sesle ağlama	Latent	3	7,5	3	7,5	000	1,000
	Aktif	14	35,0	24	60,0	5,013	*0,025
	Geçiş	25	62,5	38	95,0	12,624	***0,000
Sessizce ağlama	Latent	5	12,5	9	22,5	1,385	0,239
	Aktif	22	55,0	35	87,5	10,313	**0,001
	Geçiş	31	77,5	37	92,5	3,529	0,060
Yüz ifadesinde değişiklik	Latent	10	25,0	12	30,0	0,251	0,617
	Aktif	37	92,5	36	90,0	0,157	0,692
	Geçiş	40	100,0	40	100,0	000	1,000
Avuçlarını sıkma	Latent	2	5,0	4	10,0	0,721	0,338
	Aktif	18	45,0	27	67,5	4,114	*0,043
	Geçiş	35	87,5	37	92,5	0,556	0,356
Herhangi bir şeyi sıkma	Latent	1	2,5	3	7,5	1,053	0,308
	Aktif	13	32,5	23	57,5	5,051	*0,025
	Geçiş	33	82,5	36	90,0	0,949	0,259
Dudak ısırma	Latent	1	2,5	3	7,5	1,053	0,308
	Aktif	10	25,0	16	40,0	2,051	0,152
	Geçiş	30	75,0	37	92,5	4,501	*0,033
Yakınma	Latent	0	0	0	0	000	1,000
	Aktif	0	0	1	2,5	1,013	0,314
	Geçiş	2	5,0	3	7,5	0,213	0,500
Çılgık atma	Latent	1	2,5	3	7,5	1,053	0,308
	Aktif	3	7,5	8	20,0	2,635	0,096
	Geçiş	13	32,5	30	75,0	14,532	***0,000
Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	Latent	0	0	0	0	000	1,000
	Aktif	0	0	2	5,0	2,051	0,247
	Geçiş	1	2,5	3	7,5	1,053	0,308
Sürekli gezinme	Latent	3	7,5	5	12,5	0,556	0,356
	Aktif	8	20,0	12	30,0	1,067	0,220
	Geçiş	3	7,5	5	12,5	0,556	0,356
Çevresindeki kişileri suçlama	Latent	0	0	1	2,5	1,013	0,500
	Aktif	0	0	0	0	000	1,000
	Geçiş	1	2,5	1	2,5	000	1,000

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 4-13’de deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin doğum eyleminin fazları sırasında araştırmacı tarafından gözlenmeleri ve değerlendirilmeleri sonucunda doldurulan Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu’ndaki ifade ve davranışları sergileme sıklıkları ve bu oranların her iki grupta ki kare analizi ile karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular görülmektedir. Burada latent fazda hiçbir parametre açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0,05$) belirlenemedi. Ancak doğumun aktif fazında bu durumun değiştiği, kontrol grubundaki gebelerin deney grubundaki gebelere oranla bu fazda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$) ve çok ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) farklarla daha heyecanlı göründükleri, daha fazla korku ifadesi sergiledikleri, yalnız kalmaktan çekindikleri, duyarlı, huzursuz göründükleri, sessizce ve yüksek sesle ağladıkları, avuçlarını sıktıkları ve herhangi bir şeyi sıkma gereksinimi hissettikleri belirlendi. Yine doğumun geçiş fazında da kontrol grubundaki gebelerin aktif fazda olduğu gibi deney grubundaki gebelere oranla istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$) ve çok ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) farklarla daha heyecanlı göründükleri, daha fazla korku ifadesi sergiledikleri, yalnız kalmaktan çekindikleri, duyarlı, huzursuz göründükleri ve yüksek sesle ağladıkları saptandı. Ayrıca aktif fazdan farklı olarak geçiş fazında kontrol grubundaki gebelerin deney grubundakilere oranla istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$) ve çok ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) farklarla davranışlarının kontrolünde daha fazla güçlük çektikleri, iletişimden kaçındıkları, mahremiyetlerinin azaldığı, dudaklarını ısırdukları ve çığlık attıkları değerlendirildi.

Sonuç olarak bulgular, “*H7: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğumda olumsuz davranışsal tepkiler kontrol grubundakilere göre daha az oranda gözlenir*” hipotezini desteklemektedir.

Tablo 4-14: Deney ve Kontrol grubundaki gebelerin Doğum Duygulanım Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N: 80)

Doğum Duygulanım Ölçeği	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		İstatistik	
	Ort.	SD	Ort.	SD	t	p
Doğum Duygulanım Ölçeği madde puan ortalamaları	3,97	0,44	3,50	0,54	4,216	**0,000
Doğum Duygulanım Ölçeği toplam puan ortalamaları	110,95	12,34	98,08	15,05	4,185	**0,000

*p<0,05, **p<0,001

Tablo 4-14’de deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin Doğum Duygulanım Ölçeği skorları hem madde toplam puan ortalamaları hem de ölçek toplamında karşılaştırıldı ve beklendiği gibi her iki karşılaştırmada da gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu (p<0,001), deney grubundaki gebelerin puanlarının daha yüksek olduğu bulundu.

Sonuç olarak bulgular “H8: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerin doğumdaki duygusal durumlarını değerlendirdikleri Doğum Duygulanım Ölçeği puanları kontrol grubundakilere göre olumlu şekilde daha yüksektir” hipotezini desteklemektedir.

4.6. Deney Grubunun Ayak Masajının Etkinliğine İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulgular (N: 80)

Bu bölümde deney grubundaki gebelerin ayak masajının etkinliğine ilişkin değerlendirmelerine yer verilecektir.

Tablo 4-15: Deney grubundaki gebelerin ayak masajının etkinliğine ilişkin puan ortalamaları

Sorular	Yanıtların ortalamaları			
	EN DÜŞÜK	Ort.	SD.	ENYÜKSEK
Doğumda yaşadığınız ağrıyı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	Kolaylıkla baş edilebilir (0)	9,40	0,71	Kesinlikle dayanılmaz (10)
Ayak masajı uygulaması doğumda sizi ne derece rahatlattı?	Hiç (0)	9,78	0,86	Oldukça fazla (10)
Ayak masajı uygulamasından ne derece memnun kaldınız?	Hiç memnun kalmadım (0)	9,98	0,16	Çok memnun kaldım (10)
Ayak masajı uygulaması sizi rahatsız etti mi?	Çok rahatsız etti (0)	9,90	0,63	Hiç rahatsız etmedi (10)
Ayak masajı uygulamasını başka gebelere de önerir misiniz?	Kesinlikle önermem (0)	10,00	0,00	Kesinlikle öneririm (10)
Ayak masajı uygulamasının ilerideki doğumlarınızda da yapılmasını ister misiniz?	Hiç istemem (0)	10,00	0,00	Kesinlikle isterim (10)

Tablo 4-15'te deney grubundaki gebelere doğum sürecinde kendilerine uygulanan ayak masajına ilişkin yöneltilecek sorulara 0 ile 10 puan arasındaki yanıtların değerlendirilmesinden elde edilen bulgular görülmektedir. Burada gebelerin tüm ifadeleri $9,40 \pm 0,71$ ile $10,00 \pm 0,00$ arasında çok olumlu puanladıkları belirlendi.

Sonuç olarak bulgular, "*H9: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan gebeler yapılan uygulamadan memnundur*" hipotezini desteklemektedir.

5. TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında tartışılmıştır.

- 1) Demografik ve Obstetrik Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması
- 2) Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması
- 3) Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Sürecinde Eylemin Süresi, Girişimler, Postpartum Kanama ve Yenidoğanın Sağlık Durumununa Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması
- 4) Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Duygu Durumu ve Duygusal Davranışlarına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması
- 5) Deney Grubunun Ayak Masajının Etkinliğine İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Doğum, kadın ve ailesi için önemli bir yaşam deneyimi olup, bu sürecin en iyi şekilde yönetilmesi hem kadın hem de ailesi için çok önemlidir (Avcıbay ve Alan 2011; Aslan ve Okumuş 2017). Doğum ağrısı kadınların hayatlarında karşılaşılabilecekleri en önemli ağrı deneyimlerinden biri olarak görülmekte ve doğum ağrısı ile baş etmekte zorlanıldığı durumlarda anne ve fetüs sağlığı olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Bu nedenle anne ve fetüs sağlığını korumak amacıyla Amerikan Anesteziyoloji Derneği ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği, doğum ağrısını tedavi edilmesi gereken bir endikasyon olarak belirtmektedir (Taşçı ve Sevil 2007; Akın ve Saydam 2017).

Ağrı kesici etkisi kapı kontrol ve endorfin teorisi ile açıklanan nonfarmakolojik yöntemler; konforlu, kullanımı kolay ve güvenilir uygulamalardır. Doğum eyleminde ağrının yönetiminde kullanılan, nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden biri olan ayak masajı ile yapılan cilt teması sonucunda enkefalinler ve endorfin salgılanmakta, böylece, beyine giden ağrı mesajının sinirsel iletimi durdurulmakta, kaygı ve ağrı düzeyi azalmaktadır (Dolation ve ark. 2011; Yılar Erkek ve Pasinlioğlu, 2017). Ayrıca ayak masajı; uterus kasılmalarını teşvik etmek için oksitosin salınımının uyarılmasını, doğum sırasındaki kontraksiyonların düzenlenmesini, kontraksiyonlar sırasında gevşemenin sağlanmasını, deneyimlenen ağrının azaltılmasını, doğumun kolay ilerlemesini ve doğum eyleminin süresinin kısaltılmasını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu fizyolojik etkilerinin yanında dokunmaya dayalı bir yöntem

olması sebebiyle kadın ve hemşire arasında daha güçlü, samimi ve güvenilir bir ilişkinin gelişmesini de sağlamaktadır (Dolation ve ark. 2011; Öztürk ve Sevil 2013; Yılar Erkek ve Pasinlioğlu 2017; Akın ve Saydam 2017).

Bu bölümde; travayda gebeye uygulanan ayak masajının doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak gerçekleştirilen araştırma sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Literatürde, ayak masajının doğum sürecine olan etkinliğini gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından bulgularımız benzer uygulamaların kullanıldığı çalışmalar doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Demografik ve Obstetrik Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması

Gebelerin demografik özellikleri incelendiğinde; her iki gruptaki katılımcıların da çoğunlukla 21-24 yaş grubunda, ilk veya ortaokul mezunu, orta düzeyde gelire sahip olduğu, çalışmadıkları ve sosyal güvencelerinin bulunduğu belirlendi (Tablo 4-1). Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların demografik özellikleri kategoriler bazında karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 4-1). TNSA 2013 sonuçlarında 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortalama ilk doğum yaşının 22.9 olduğu ve yine aynı yaş ortalamasındaki kadınların %54.5'nin ilköğretim mezunu olduğu belirtilmiştir. Bulgularımız TNSA 2013 bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca gruplar arasında benzerlik bulunması ve aralarında anlamlı farkların bulunmaması araştırma sonuçlarının doğru ve güvenilir olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubundaki katılımcıların çoğunlukla 39. ve 40. gebelik haftasında oldukları, çoğunlukla geçmişte gebelik, düşük ve kürtaj deneyimlemedikleri, her iki grupta hiçbir katılımcının ölü doğum deneyimi olmadığı belirlendi. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların obstetrik özellikleri kategorik olarak karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 4-2). Yine obstetrik özellikler açısından deney ve kontrol grubunun benzer özellikler taşıması çalışma sonuçlarımızı güçlendirmektedir.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin çoğunlukla doğum öncesinde bilgi aldıkları ve aldıkları bilgiyi yeterli gördükleri, daha çok sağlık personeli tarafından bilgilendirildikleri belirlendi (Tablo 4-3). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı

Kurumu tarafından 2014 yılında yayınlanan genelge ile gebelere doğuma hazırlık amacıyla belirli standartlar çerçevesinde eğitim verilmesi için hastanelere ‘Gebe Bilgilendirme Sınıfları’nın açılması gerektiği belirtilmiştir (Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi 2014). Literatürde eğitim alan gebelerin sezaryen oranının daha düşük olduğu, doğuma bilinçli olarak hazırlandıkları, doğum korkusunun azaldığı, doğum eylemini yönetebildikleri ve ağrıyla başa çıkma konusunda daha aktif görev aldıkları, bu nedenle memnuniyet düzeyi ve öz güvenlerinin arttığı, doğum sonrası lohusalık depresyonuyla daha az karşılaştıkları, kendi öz bakımları ve bebek bakımı konusunda daha rahat oldukları, taburculuğa hazır oluşluk düzeylerinin arttığı ve bebeğine bağlanma sürecinin daha hızlı olduğu belirtilmektedir (Bayram ve Şahin 2010; Serçekuş 2010; Subaşı ve ark. 2013; Dinç ve ark. 2014; Altıparmak ve Coşkun 2016). Ayrıca sağlık çalışanları ile kadınlar arasındaki ilişkinin daha erken dönemde başlaması kadınların memnuniyet düzeyini artırmakta ve doğum eyleminde işbirliğini artırarak kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlamaktadır (Akın ve Turfan 2016). Gebe Bilgilendirme Sınıfları’nın yaygınlaştırılmasının kadınların doğum ağrısı ile baş etmelerine olumlu yansıtacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların önceki gevşeme, ağrı giderme yöntemi ve dismenore deneyimleri incelendiğinde deney ve kontrol grubundaki kadınların çoğunlukla gevşeme yöntemlerini bilmedikleri, ağrıları olduğunda ilaç dışı rahatlatıcı yöntemleri kullandıkları ve dismenore deneyimledikleri saptandı (Tablo 4-4) Acıbay (2009) gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisini araştırdığı çalışmada; araştırmaya katılan gebelerin %40’ının doğum sırasında uygulanabilecek gevşemeye yönelik uygulamalar hakkında bilgi sahibi oldukları ancak bu durumun deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. Hamlacı’nın (2013) LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısı algısına etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da deney ve kontrol grubundaki gebelerin %62,5’inin doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini bilmediği, %28,4’ünün sadece solunum egzersizlerini bildiği saptanmıştır. Araştırma bulgularımız Avcıbay (2009) ve Hamlacı (2013)’nin çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ağrıyla ilgili önceki deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkilemektedir (Avcıbay 2009). Ağrı ile ilgili yaşanmış olumlu başa çıkma deneyimleri ağrı ile başa çıkabilme davranışlarının kazanılması için fırsatlar sunmakta ve doğum eylemi hakkındaki duygularda da pozitif değişikliklere

neden olabilmektedir (Yıldırım ve Şahin 2003; Kömürcü 2014). Çalışmamızda kadınların doğumda gevşeme ve ağrı giderme yöntemlerini bilmemelerine karşın normal yaşantılarında ağrıları olduğunda ilaç dışı rahatlatıcı yöntemleri tercih etmeleri, doğum ağrısında nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasını ve bu yöntemlere uyum sağlamada daha istekli olabileceklerini düşündürmesi açısından önemli bir bulgudur.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin normal doğuma olumlu yaklaştıkları fakat aynı zamanda korktukları, en fazla doğum ağrısı çekmekten korktukları, kendilerini normal doğuma hazır hissettikleri, gebelik süresince düzenli kontrollere gittikleri, normal doğuma kendisinin ve eşinin gebeliğin ilk haftalarında karar verdikleri ve gebelik sürecinin normal seyretmesinin kararlarında etkili olduğu bulundu. Doğum anında çoğunlukla yakınlarını yanlarında istedikleri ve bu yakınlarının da eşleri olmasını arzu ettikleri ancak deney grubundaki katılımcıların yakınlarını yanlarında görmeyi daha fazla istedikleri belirlendi (Tablo 4-5). Timur ve Şahin (2010) yapmış oldukları çalışmada kadınların %74,5'inin doğum eyleminde destek olacak birine ihtiyaç duyduklarını saptamışlardır (Timur ve Şahin 2010). Morhason-Bello ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada; kadınların %75'i doğum sırasında yanında destek olacak birini ve bunların sırasıyla eşleri, anneleri ve kız kardeşlerinin olmasını istediklerini belirlemişlerdir (Morhason-Bello ve ark. 2008). Araştırma bulgularımız diğer çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir. Ayrıca literatürde travay sırasında kadının tercih ettiği bir kişinin sürekli destek sağlamanın, nonfarmakolojik yöntemleri etkin kullanma yeteneğini güçlendirdiği ve eylem sırasında kendisini daha kontrollü hissettiren başlıca faktör olduğu belirtilmektedir (Gucht ve Lewis 2015). Özellikle deney grubundaki kadınların yakınlarını kontrol grubuna oranla daha fazla yanlarında görmeyi istemeleri literatür bilgisini desteklemektedir.

5.2. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Ağrısına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması

VAS ile yapılan ölçümlerde deney grubundaki kadınların ağrıların, uygulama öncesine göre uygulama sonrasında azaldığı, kontrol grubunda ise artarak devam ettiği ve deney ve kontrol grubu ile ayak masajı uygulaması sonrası ölçümlerin ortalama puanları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde fark olduğu saptandı ($p < 0,001$, Tablo 4-7). Doğum sonrası 2. saatte yapılan ölçümde de deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, postpartum erken evrede deney

grubunun kontrol grubuna göre daha az ağrısının olduğu saptandı. Taravay sürecinde, eylemin ilerlemesiyle ağrı düzeyinde artış olması beklenen ve normal kabul edilen bir durumdur. Erenoğlu (2013) tarafından Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Doğum Kliniği'ne doğum yapmak üzere başvuran 40 gebenin müdahale grubunu, 40 gebenin kontrol grubunu oluşturduğu randomize kontrollü çalışmada; müdahale grubu gebelere doğumun ikinci evresinde 15-20 dk. süreyle ekspresif dokunma uygulanmıştır. Doğum eyleminin tüm evrelerinde ekspresif dokunma uygulanan müdahale grubundaki ağrı düzeyindeki artışın kontrol grubuna göre daha az olduğu saptanmıştır. Gönenç'in (2013) doğum eyleminin birinci evresinde doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür uygulamalarının algılanan doğum ağrısının yönetimine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü çalışmasında her iki uygulamanın da doğum ağrısının yönetiminde güvenilir bir şekilde kullanılması önerilmiştir. Hamlacı (2013) tarafından yapılan çalışmada; LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısını azalttığı saptanmıştır. Transkutanöz elektiriksel sinir uyarımı uygulamasının travayın tüm fazlarında (latent, aktif ve geçiş) ve dairesel terapi yöntemlerinden masaj ve sıcak uygulamanın doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki ağrı algısını azalttığı bulunmuştur (Sever 2011; İpek 2014). Smith ve arkadaşlarının (2012) meta-analiz çalışması sonucunda; doğumda ağrının yönetiminde masaj ile refleksolojinin doğum ağrısına etkisi ile masaj ile müziğin etkisi karşılaştırılmış, doğum ağrısını gidermede masaj ile refleksolojinin daha etkili olduğu belirtilmiştir. Yılar'ın (2014) rastgele seçilen 64 deney ve 64 kontrol grubunda olmak üzere toplam 128 nullipar gebeye servikal dilatasyon 3-4 cm iken sağ ve sol ayağın refleks noktalarına 15'er dakika olmak üzere toplam 30 dakika süren ayak refleksolojisi uygulaması yaptığı çalışmasında; ayak refleksolojisinin doğum ağrısını azaltmaya olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Elhaleem ve arkadaşları (2013) ayak masajının sezaryen sonrası ağrı düzeyinin ortalama skorunun düşürülmesinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır. Jones ve arkadaşları (2012) 15 Cochrane çalışmasını inceledikleri sistematik derlemede; doğumda kadınların ağrı yönetiminde ilaç uygulaması yerine nonfarmakolojik yöntemleri tercih ettikleri sonucuna varmışlardır. Karami ve arkadaşları (2007) ve Janssen ve arkadaşları (2012) da araştırmalarında; doğum ağrısının azaltılmasında, sezaryen doğumların azaltılmasında, anestezi ve analjezik ilaçların kullanımının azaltılmasında masajın doğum eyleminin tüm fazlarında kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Leap ve arkadaşları (2010) doğum ağrısıyla başa

çıkma da kanıta dayalı çalışmaları incelemişler ve kadınların ağrının azaltılmasında anestezi ve analjezik ilaçların yerine ilaç dışı yöntemleri daha çok istediklerini, onları daha güvenilir bulduklarını bulmuşlardır. Çalışmada ayağa uygulanan masajın doğum ağrısını azalttığı bulunması literatür ile benzerlik göstermektedir. Literatürde doğum sırasında yapılan masajın ağrı ve anksiyeteyi azalttığı, genel iyilik hali ile doğum süresini kısalttığı ve ağrıya daha az reaksiyon verildiği, elle temasın gerilimin azaltılmasına yardımcı olduğu, ağrı kesici kullanım oranlarını azalttığı, anne memnuniyetini artırdığı, pozitif doğum deneyimi yaşattığı, sezaryenle doğum oranlarında azalma görüldüğü gibi anne ve bebek açısından birçok olumlu yararlar sağladığı gösterilmiştir (Simkin ve O’Hara 2002; Simkin ve Bolding 2004; Erenoğlu 2013; Gönenç 2013; Yıldırım 2014). Doğumda ayak masajının kullanımı ile ayaklardaki dolaşım hızlanmakta ve böylece ayak masajı dokuların oksijenasyonunda artış sağlayarak gebeleri gevşetip rahatlatmaktadır. Kadının gevşemesi ile anksiyete ve ağrı azalmakta, önemsenmek ve güven vermek gibi pozitif mesajların iletilmesi sağlanarak kadının doğumu pozitif olarak algılamasına destek olunmaktadır (Mucuk ve Başer 2009; Gönenç 2013; Kömürcü 2014). Tüm bu sonuçlara dayanarak, travayda kadına uygulanan ayak masajının doğum ağrısını azaltmada etkili bir yöntem olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca kadının ağrıyla başa çıkmasının sağlanmasıyla; enerjisinin arttırılabileceği, fiziksel ve psikolojik olarak rahatlayabileceği, eyleme daha iyi uyum sağlayabileceği, uterin dokuların oksijenlenmesinin arttırılarak ağrının daha az hissedilebileceği, analjezik ve anestezi ihtiyacının azaltılabileceği ve doğum sonrasında da daha az ağrı hissetmesinin anne-bebek bağlanmasını pozitif yönde etkileyebileceği söylenebilir. Dolayısıyla **“H1: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerin doğum ağrısı şiddetini değerlendirdikleri Visual Analog Skala puanları kontrol grubundakilere göre daha düşüktür”** hipotezi doğrulanmıştır.

5.3. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Doğum Sürecinde Eyleminin Süresi, Girişimler, Postpartum Kanama ve Yenidoğanın Sağlık Durumuna Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmada doğumun birinci evresinde, toplam sürede, latent, aktif ve geçiş fazlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) ancak ikinci evrede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), üçüncü evrede ise istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) ve her iki evrenin de kontrol grubundaki gebelerde daha uzun sürmüş olduğu saptandı (Tablo 4-8). İpek

(2014) çalışmasında doğum eyleminin aktif ve geçiş fazlarında derisel terapi yöntemlerinden masaj ve sıcak uygulama yapmıştır. Uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğumun aktif faz süresini kısalttığı, geçiş fazının süresine etkisinin sınırlı kaldığı bulunmuştur. Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinin süresi masaj ve sıcak uygulama grubunda daha kısa olmasına karşın aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yılar (2014) tarafından deney grubundaki gebelere servikal dilatasyon 3-4 cm iken sağ ve sol ayağın refleks noktalarına 15'er dakika olmak üzere toplam 30 dakika süren ayak refleksolojisi uygulaması yapılmış ve ayak refleksolojisinin doğumun ikinci evresinin süresini kısaltmaya olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Moghimi Hanjani ve arkadaşlarının (2013) ve Dolation ve arkadaşlarının (2011) benzer çalışmalarında da deney grubunda kontrol grubuna göre doğum eyleminin daha kısa sürdüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yeşilçiçek Çalık (2010) doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basıncın (akupresürün) gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğu randomize kontrollü araştırmasında ise, akupresür uygulamasının doğum eyleminin süresini kısaltmada etkili olduğunu saptamıştır. Erdogan ve ark. (2017) tarafından dilatasyon 2-4 cm, 6-7 cm ve 8-10 cm iken uygulanan 30 dakikalık bel masajının deney grubunda doğumun ikinci evresinin süresini kontrol grubuna göre anlamlı derecede kısalttığını belirlemiştir. Hosseini ve ark. (2013) ve Karami ve ark. (2007) çalışmalarında aktif ve geçiş fazlarında omuzlara, lumbal ve sakral bölgeye, bacaklara yapılan 10 dakikalık masajın doğumun ikinci evresinin süresini deney ve kontrol grupları arasında kısaltmadığı bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları Hosseini ve ark.'nın (2013) ve Karami ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarından farklı diğer çalışmaların sonuçları ile benzer bulunmuştur. Doğum eylemi sırasında anksiyete yaşayan kadında oksitosin salınımı azalır, adrenalini seviyesi artar. Bunun sonucunda uterus kontraksiyonları düzensiz ve etkisiz olur ve doğum eylemi uzar ve zorlaşır. Anksiyete endorfin salınımının azalmasına da yol açarak gebenin daha fazla ağrı duymasına sebep olur (Moralı ve ark. 2011). Kadına uygulanan ayak masajının etkisiyle stres, anksiyete ve ağrı azaltılarak kadının gevşemesi sağlanmakta ve böylece oksitosin salınımı artırılmaktadır. Bunların sonucunda da kontraksiyonların sıklığı ve yoğunluğu artırılarak eylemin süresinin kısalması sağlanmaktadır (Mete 2013). Çalışmamızda doğumun ikinci ve üçüncü evre süresinin kısa olması literatürle uyumlu olarak ayak masajı uygulamasının doğum

eylemine süresini olumlu yönde etkilemesi açısından önemli bir sonuç olarak görülebilir. Böylece **“H2: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum eyleminin süresi kontrol grubundakilere göre daha kısadır”** hipotezi doğumun ikinci ve üçüncü evresi için desteklenmektedir.

Bu çalışmada deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelere doğum eyleminde uygulanan girişimler incelendiğinde; gebelere lavman, oksitosin indüksiyonu ve epidosin tedavisi uygulamaları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 4-9). Ayak masajı, oksitosin ve endorfin hormonlarının salgılanmasını artırmaktadır. Oksitosin salgısı; etkili kasılmalar, etkili ıkınma refleksi, plasentanın kolay ayrılması ve doğum sonrası uterusun erken küçülmesini sağlar. Yüksek endorfin seviyesi ise, anne adayının müdahaleye gerek kalmadan, kasılmaları çok daha rahat karşılamasına olanak verir. Böylece kadına uygulanacak ayak masajı ile doğum eyleminden duyacağı tatmin ve memnuniyeti arttırmak, kadının fizyolojik doğum eylemini gerçekleştirmesine yardımcı olmak ve gebeye dışarıdan uygulanacak girişimleri azaltarak doğumun daha doğal yollarla gerçekleşmesini sağlamak mümkün olabilmektedir (Rathfisch 2012; Iliadou 2012; Yüksel 2013; Mete 2013; Yazgan 2014; Kömürcü 2014). Ayrıca ayak masajı doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakımının önemli bir parçası olup doğumda kadına verilecek olan kaliteli bir hemşirelik bakımı ile tıbbi girişimlerin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Iliadou 2012; Uludağ ve Mete 2014).

Coşar'ın (2012) çalışmasında deney grubu gebelerin doğumlarının gerçekleştiği hafta ortalaması 282.46 ± 7.47 gün (40 hafta+2 gün), lavman ise deney grubu gebelerin %25.7'sine, kontrol grubu gebelerin %71.4'üne uygulanmıştır. Hamlacı'nın (2013) araştırmasında gebelerin %92'sine lavman uygulandığı, %76,1'ine indüksiyon uygulandığı, %46,6'sına ise amniyotomi yapıldığı saptanmıştır. Yazgan (2014) çalışmasında ise vaka grubu gebelerin %60'ında, kontrol grubu gebelerin %73.3'ünde indüksiyon uygulandığı görülmektedir. Reveiz ve ark. (2013) tarafından 1917 kadın üzerinde yapılmış dört randomize kontrollü çalışmanın incelendiği çalışmada; doğum eyleminde lavman uygulamasının perineal insizyon enfeksiyonu gelişimi, yenidoğan enfeksiyonları ve kadın memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığı ve lavmanın rutin uygulamadan kaldırılması önerisi getirilmiştir. Araştırmamızın yapıldığı klinikte gebelere lavman uygulamasının yüksekliği (deney grubu %92,5 ve kontrol

grubu %95, Tablo 4-6) literatürde de belirtildiği üzere ‘lavmanın rutin uygulandığı kliniklerde etkisini ortaya koyacak araştırmalara gereksinim olduğunu göstermektedir’ bilgisini desteklemektedir (Öztürk ve ark. 2014).

Deney ve kontrol grubu gebelerin doğum eyleminde indüksiyon kullanım oranları da diğer çalışmalara paralel olarak benzer ve yüksek bulunmuştur (deney grubu %85 ve kontrol grubu %80, Tablo 4-9). Oksitosin infüzyonu, en yaygın kullanılan indüksiyon yöntemidir; tek başına, uygun parite, amniyotomi sonrası veya servikal olgunlaşma sağlandıktan sonra, diğer farmakolojik/mekanik yöntemlerle birlikte kullanılmaktadır (Çetinkaya ve Söylemez 2013). Kanada Jinekologlar ve Obstetrisyenler Birliği (SCOG) tarafından yayınlanan Klinik Rehber’de doğum eyleminde indüksiyon uygulaması için başarılı bir vajinal doğumda güvenli bir süreç olması bakımından mevcut tüm araçların düşünülmesi gerektiğini, klinisyenlerin endikasyonları iyi değerlendirmeleri belirtilmektedir (Leduc ve ark. 2013). Ülkemizde de oksitosin kullanımına doğum ekibi tarafından doğum eylemini hızlandırarak hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla sıklıkla başvurulmaktadır. Çalışmamızda ayak masajı uygulamasının travayda oksitosin kullanma oranlarını etkilememe nedeni olarak indüksiyon kullanımının yaygın ve rutin bir uygulama olarak tercih edilmesi olduğu düşünülmektedir.

Amniyotomi uygulamasına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), kontrol grubundaki gebelere daha yüksek oranda amniyotomi uygulandığı saptandı (Tablo 4-9). Amniyotomi uygulama sıklığını Yeşilçiçek Çalık (2010) deney grubunda %2, kontrol grubunda %7, Coşar (2012) deney grubunda %0, kontrol grubunda %40, Hamlacı (2013) deney grubunda %21, kontrol grubunda %45,4 olarak belirlemiştir. Rutin amniyotomi uygulanması doğum eyleminin yönetiminde önerilmemektedir (Rathfish ve Güngör 2009; Öztürk ve ark. 2014; Hamlacı 2013; Çetinkaya ve Söylemez 2013; Leduc ve ark. 2013; Vural ve Erenel 2017). Smyth ve arkadaşları (2013) tarafından Cochrane’da yayınlanan 15 çalışmanın incelendiği amniyotomi uygulanan ve uygulanmayan toplam 5583 gebe üzerinde yapılan randomize kontrollü çalışmada, doğumun birinci evresinin uzunluğunda (ort: 20.43 dakika) deney ve kontrol grubu arasında fark olmadığı, rutin olarak uygulanan amniyotomide doğumdan anne memnuniyetini etkilemediği, sezaryen oranlarının arttığı ve Apgar skorlarının düştüğü bildirilmiştir (Smyth ve ark. 2013). Çalışma sonuçlarımız

Yeşilçiçek Çalık (2010), Çoşar (2012) ve Hamlacı (2013)'nin çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Kontrol grubundaki katılımcılara deney grubuna göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde ($p<0,001$) fundal basınç uygulandığı belirlendi (Tablo 4-9). Api ve arkadaşları (2009) doğumun ikinci evresine fundal basıncın etkisini belirlemek üzere yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında; deney ve kontrol grubu arasında ikinci evrenin ortalama süresi açısından anlamlı bir fark olmadığını, fundal basıncın ikinci evreyi kısaltmadığını saptamışlardır (Api ve ark. 2009). Moiety ve Azzam (2014) üçüncü basamak bir obstetri merkezinde 8097 kadını içeren retrospektif çalışmasında; kadınların %24'üne fundal basınç uygulandığını, fundal basıncın primipar kadınlarda doğumun ikinci evresini önemli ölçüde kısalttığını fakat ciddi perineal laserasyon riskini artırdığını ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine fundal bası uygulanmayan gruba göre yatış oranını artırdığını bulmuşlardır. Ayrıca fundal bası uygulanan kadınlarda gebelik öncesine göre disparoni ve stres inkontinansda belirgin bir artış olduğunu belirlemişlerdir. Çalışma sonucunda ikinci evreyi kısaltsa da primipar kadınlarda maternal ve fetal sonuçlarından dolayı kesinlikle fundal bası kullanılmaması gerektiğini önermişlerdir (Moiety ve Azzam 2014). Çalışmamızda kontrol grubuna göre deney grubuna daha az müdahalede bulunulmasının ayak masajı uygulanan kadınların kontrol grubuna göre doğum eylemine daha fazla motive olmaları düşünülebilir. Ayak masajının sonuçları pozitif yönde etkilemesi doğum eyleminde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımının yaygınlaşması açısından anlamlı bir sonuç olarak görülebilir. Araştırma sonuçlarımız ***“H3: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum eyleminde uygulanan girişimler (oksitosin indüksiyonu, amniyotomi, fundal basınç, epizyotomi) kontrol grubundakilere göre daha azdır”*** hipotezini amniyotomi ve fundal basınç girişimleri açısından desteklemektedir.

Doğum sonu kanama açısından ped ağırlıklarının karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), ve doğum sonrası 1. ve 2. saatte her iki pedin kontrol grubundaki gebelerde daha ağır olduğu bulundu (Tablo 4-10). Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde 500 ml.den fazla kan kaybı postpartum hemoraji olarak adlandırılır. Postpartum hemoraji maternal mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindedir ve önlenebilir olduğundan erken tanı ve etkin tedavi gerektirir (Kaya ve Sezer 2017). Begley ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan 8247 kadını

içeren 7 çalışmanın incelendiği sistematik derlemede; doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif yönetimi ile ciddi postpartum kanama ve anemi riskinin azaldığı, bu nedenle postpartum kanamanın önleminde doğum eyleminin üçüncü evresinin kadının desteklenerek ve nonfarmakolojik yöntemlerle gevşemesi sağlanarak aktif yönetilmesi gerektiği önerilmiştir. Araştırma sonuçlarımıza göre; kontrol grubuna göre deney grubunun daha az kanamasının olmasının nedeni olarak doğumun üçüncü evre süresinin daha kısa olması ve ayak masajı uygulanan grupta kontrol grubuna göre masajın kanama üzerine pozitif yönde etkili olmuş olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada kontrol grubunda laserasyon derecesinin de daha fazla olduğu saptandı (Tablo 4-10). Mamuk ve Gençalp (2013) vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi ile ilgili yapmış oldukları çalışmada; deney grubunda saptanan perine hasarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür (Mamuk ve Gençalp 2013). Hamlacı (2013) LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmasında deney grubuna göre kontrol grubundaki gebelerde laserasyon görülme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda ayak masajı uygulanan kadınların daha rahat ve müdahale ihtiyacının özellikle de laserasyon oranlarını arttıran fundal basınç uygulamasının daha az olduğu bir doğum deneyimi yaşamalarının kontrol grubuna göre deney grubunda laserasyon oranlarını azaltmış olabileceği düşünülebilir. Dolayısıyla sonuçlarımız **“H4: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğum sonu kanama (ped ağırlığı, hematokrit ve hemoglobin düzeyleri, laserasyon) kontrol grubundakilere göre daha azdır”** hipotezini ped ağırlığı ve laserasyon derecesi açısından desteklemektedir.

Yenidoğanlara ilişkin özelliklerden APGAR 1 ve APGAR 2 skorlarında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir (Tablo 4-11). Çalışmalarında yenidoğan APGAR puanlarını inceleyen; Öztürk (2006), Yeşilçiçek Çalık (2010), Sever (2011), Gönenç (2013) ve Hamlacı (2013) elde ettikleri sonuçlar ile çalışma bulgularımız benzerlik göstermektedir. Anne ile bebeğin ilk temasına kadar geçen süre ve ilk emzirme süresinde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<0,001$), kontrol grubunda bu sürelerin daha uzun olduğu bulundu (Tablo 4-11). Doğumdan

hemen sonraki dakikalar hem anne hem de bebek için yeni duruma uyumları ve aralarındaki özel bağın oluşması açısından önemlidir (Köse ve ark. 2013). Epizyotomi uygulanması ve spontan laserasyon oluşumundan sonraki onarım süreci anne-bebek iletişiminin ve emzirmenin başlatılmasını geciktirmektedir (Bayraktar 2011). Atış'ın (2016) antenatal dönemde verilen hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korku üzerine etkisini araştırdığı çalışmada; deney grubunun ilk emzirme süresinin, kontrol grubuna göre daha kısa olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda deney grubu annelerin bebeklerine bir an önce dokunmak istemesi, ilk göz kontağının sağlanması ve emzirmenin hemen başlatılması güvenli anne-bebek bağlanmasının gerçekleşmesi açısından önemli bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Masaj dolaşımı hızlandırarak kas spazmını çözmekte, kasları gevşetmekte ve rahatlama sağlamaktadır. Ayrıca doğumda emzirme için önemli olan oksitosinin salgılanmasını arttırmaktadır (Field 2010). Deney grubunda ayak masajının etkisi ile gevşemenin sağlanması ve oksitosin üretiminin yüksek olması sağlanarak doğumdan hemen sonra ruhsal yönden de daha rahat olan kadınlar olabildiğince erken emzirmeyi isteyerek bebeklerine karşı daha sevecen ve bakıma hazır bir duruma gelmiş olabilirler. Sonuçlarımız; **“H5: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu annelerin yenidoğanlarında APGAR skorları kontrol grubundakilere göre daha yüksektir”** hipotezini desteklememekte, ancak **“H6: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde emzirme kontrol grubundakilere göre erken başlar”** hipotezini desteklemektedir.

5.4. Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Duygu Durumu ve Duygusal Davranışlarına Etkisi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan gebelerin doğumun birinci evresinin üç fazındaki gösterdikleri duygusal davranışları incelendiğinde; latent fazda hiçbir parametre açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 4-13). Aktif fazda ise; kontrol grubundaki gebelerin deney grubundaki gebelere oranla daha heyecanlı göründükleri, daha fazla korku ifadesi sergiledikleri, yalnız kalmaktan çekindikleri, duyarlı, huzursuz göründükleri, sessizce ve yüksek sesle ağladıkları, avuçlarını sıktıkları ve herhangi bir şeyi sıkma gereksinimi hissettikleri belirlendi. Geçiş fazında da kontrol grubundaki gebelerin aktif fazda olduğu gibi daha heyecanlı göründükleri, daha fazla korku ifadesi sergiledikleri, yalnız kalmaktan çekindikleri, duyarlı, huzursuz göründükleri ve yüksek sesle ağladıkları

saptandı. Ayrıca aktif fazdan farklı olarak geçiş fazında kontrol grubundaki gebelerin deney grubuna göre davranışlarının kontrolünde daha fazla güçlük çektikleri, iletişimden kaçındıkları, mahremiyetlerinin azaldığı, dudaklarını ısırdukları ve çığlık attıkları belirlendi (Tablo 4-13). Çalışmamızda deney grubu gebelerin bu tür olumsuz duygularla daha iyi başa çıktıkları saptanmıştır. Gençalp'in (1999) doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisini incelediği çalışmada, doğum eylemi sırasında destekleyici hemşirelik bakımı alan annelerde "yalnız kalmaktan kaçınma", "huzursuzluk", yüksek sesle ağlama", "dudak ısırma" ve "çığlık atma" yönündeki davranışların destek almayan annelere oranla daha az görüldüğü, Yıldırım (2001) doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin ağrısına etkisini incelediği çalışmasında, aktif fazda "yüksek sesle ağlama", "yüz ifadesinde değişiklik", "yakınma", "çığlık atma", "korku ifadesi", "duyarlılık", "herhangi bir şeyi sıkma", "huzursuzluk" ve "avuçlarını sıkma" yönünde davranışların deney grubu annelerde daha az görüldüğü belirlenmiştir. Öztürk (2006), Yeşilçiçek Çalık (2010), Coşar (2012) ve Hamlacı (2013) tarafından yapılan benzer şekilde non-farmakolojik yöntemlerin gebelerin doğum ağrısı algısına ve doğum sürecine olan etkisi üzerine olan çalışma sonuçları ile sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Elde edilen bu sonuçlara dayanarak yapılan ayak masajı uygulamasının doğum eylemine yönelik gösterilen duygusal davranışlara olumlu yönde etki ettiği ve travay esnasında gösterilebilecek olumsuz tepkilerle başa çıkmada etkili bir yöntem olduğu düşünülebilir. Sonuçlarımız "**H7: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerde doğumda olumsuz davranışsal tepkiler kontrol grubundakilere göre daha az oranda gözlenir**" hipotezini desteklemektedir.

Araştırmamızda deney grubundaki gebelerin Doğum Duygulanım Ölçeği'nden (DDÖ) aldıkları puanların kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < 0,001$) bulundu (Tablo 4-14). Gençalp (1998)'in doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisini incelediği çalışmasında destek verilen grupta DDÖ puanları yüksek bulunmuştur. Sarı (2014)'nın adölesan ve erişkin annelerin doğuma ilişkin duygu ve memnuniyetlerinin araştırıldığı çalışmada ve Balçık (2014)'ın doğumhaneye kabul zamanının doğum eylemi sürecine etkisinin değerlendirilmesi konulu çalışmasında da DDÖ puanları deney gruplarında yüksek bulunmuştur. Ölçek puanının yüksek olması annelerin doğumu olumlu bir şekilde geçirdiklerini

göstermektedir. Doğumda kadına birebir destek sağlanması ve kadının ağrıyla başatme becerilerinin arttırılmasıyla gebelerin travayda gösterdikleri duygusal tepkilerde azalma olmakta ve bu olumsuz tepkilerle başa çıkmada başarı oranı yükselmektedir (Gençalp 1998). Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Elde edilen bu sonuca göre **“H8: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan deney grubu gebelerin doğumdaki duygusal durumlarını değerlendirdikleri Doğum Duygulanım Ölçeği puanları kontrol grubundakilere göre olumlu şekilde daha yüksektir”** hipotezi desteklenmektedir.

5.5. Deney Grubunun Ayak Masajının Etkinliğine İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Deney grubundaki gebelerin travay sürecinde kendilerine uygulanan ayak masajına ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde; doğumda yaşadıkları ağrıyı kesinlikle dayanılmaz buldukları, ayak masajı uygulamasının travay sırasında oldukça fazla rahatlattığı, ayak masajı uygulamasından oldukça fazla memnun kaldıkları, uygulamanın hiç rahatsız etmediği, uygulamayı başka gebelere de kesinlikle önerebilecekleri ve ileriki gebeliklerinde de kesinlikle isteyebilecekleri yanıtları alınmıştır (Tablo 4-15). Berghella ve arkadaşlarının (2008) doğum eyleminin yönetimine ilişkin 12.791 kadının incelendiği 15 çalışmayı içeren randomize kontrollü çalışmalarında, doğum eyleminde destek alan gebelerin analjezi gereksiniminin azaldığını, spontan vajinal doğum oranının ve anne memnuniyetinin arttığını bildirmişlerdir. Yeşilçiçek Çalık'ın (2010) çalışmasında gebelere uygulanan aküpresür uygulamasından; gebelerin büyük bir çoğunluğunun çeşitli derecelerde memnun kaldıkları, başka gebelere önerdikleri ve etkili buldukları saptanmıştır. Sezer'in (2011) çalışmasında; müdahale grubundaki kadınların %65.6'sının TENS uygulamasından memnun kaldıkları, %76.2'sinin TENS uygulamasına 6 ile 10 puan arasında memnuniyet değeri verdiği ve kadınların %85.9'unun bir sonraki doğumunda da TENS uygulamasını kullanmak istedikleri bulunmuştur. Bayraktar (2011) doğum eyleminin ikinci evresinde gebelere zeytinyağı ile yapılan perine masajını deney grubu gebelerin tamamının faydalı bulduğunu, bir daha bebek sahibi olmak isterlerse masajı tekrar yaptıracaklarını ve başka gebelere de önereceklerini belirtmişlerdir. Benzer şekilde doğumda ağrıyı azaltmak için çeşitli nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalarda deney grubunda kontrol grubuna göre doğum ve doğum sonrası memnuniyetin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Dolation ve ark. 2011; Jones ve ark.

2012; Smith ve ark. 2012; Hosseini ve ark. 2013; Gallo ve ark. 2013; Erenoğlu 2013; Gönenç 2013; Hamlacı 2013; Mamuk ve Gençalp 2013; Gayeski ve ark. 2015; Arendt ve Tessmer-Tuck 2013; Erdogan ve ark. 2017). Çalışma bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir. Deney grubundaki kadınların doğum ağrılarının azalması ile doğum eyleminden duydukları memnuniyetin artması çalışma sonuçlarımız açısından pozitif bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Sonuç olarak **“H9: Doğum eyleminde ayak masajı uygulanan gebeler yapılan uygulamadan memnundur”** hipotezi desteklenmektedir.

Özetle, bu araştırmada doğum eyleminde ayak masajı yapılan gebelerde VAS’a göre ağrılarının şiddetinin uygulama öncesine göre uygulama sonrasında azaldığı, doğumun ikinci ve üçüncü evrelerinin daha kısa sürdüğü, amniyotomi ve fundal basınç müdahalelerinin daha az olduğu, doğum sonu kanamadaki ped ağırlığının ve ikinci derece lacerasyon oranının daha az olduğu, yenidoğan ile ilk temas ve emzirmenin daha erken olduğu, doğumda daha olumlu duygusal tepkiler verirken aynı zamanda doğumda olumsuz davranışsal tepkilerin daha az gözlemlendiği ve ayak masajı uygulanan gebelerin masajdan memnun kaldıkları bulundu. Bu sonuçlar doğum ağrısı algısının azaltılmasında nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili literatürdeki bulgular ile genellikle benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak ayak masajı doğum ağrısı yönetiminde etkili ve güvenilir bir nonfarmakolojik yöntem olarak kullanılabilir.

Bu çalışmanın randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması, deney ve kontrol gruplarının demografik ve obstetrik açıdan benzer özelliklere sahip olması ve örneklem yeterliliğinin güç analizi ile değerlendirilmiş olması önemli güçlü yanlarıdır. Ancak uygulamanın yalnızca Karaman Devlet Hastanesi’nde yapılması ve hastanede oksitosin indüksiyonu, epidosin, lavman, amniotomi ve epizyotomi gibi rutin uygulamalara müdahale edilememesi gibi sınırlılıklar nedeniyle araştırma sonuçları tüm gebelere genellenemez.

SONUÇLAR;

Bu araştırmanın sonucunda,

- Ayak masajı ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin demografik özelliklerinin (yaş, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu ve sosyal güvence durumu) benzer olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4-1),

- Gestasyon haftası, gebelik sayısı,düşük, kürtaj deneyimi(Tablo 4-2),doğum öncesinde bilgi düzeyi ve kaynakları(Tablo 4-3),önceki gevşeme, ağrı giderme yöntemi ve dismenore deneyimleri (Tablo 4-4),normal doğuma bakış açılarıve hazır hissetme durumları (Tablo 4-5) açısındanher iki grubun benzer dağılım gösterdiğive travay süresince ayak masajı grubundaki katılımcıların kontrol grubuna göre daha fazla yakınlarını yanlarında görmeyi istedikleri ($p<0,05$) (Tablo 4-5),
- Yenidoğan ile ilgili özelliklerinde (planlı gebelik olup olmadığı, bebeğin cinsiyetini bilme durumları, bebeklerin istenen cinsiyette olup olmadığı) deney ve kontrol grubunun benzer olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4-6),
- Deney grubundaki kadınların doğumda algıladıkları ağrı şiddetini değerlendirdikleri VAS puanlarının, ayak masajı uygulaması öncesine göre uygulama sonrasında azaldığı, kontrol grubunda ise artarak devam ettiği ($p<0,001$), postpartum erken evrede deney grubunun kontrol grubuna göre daha az ağrısının olduğu (Tablo 4-7), **(H1 hipotezi doğrulanmıştır)**
- Ayak masajının doğumun birinci evresinde, toplam sürede, latent, aktif ve geçiş fazlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı ($p>0,05$) belirlendi. Ancak ikinci evrede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) üçüncü evrede ise istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<0,001$), ve her iki evrenin de kontrol grubundaki gebelerde daha uzun sürmüş olduğu (Tablo 4-8), **(H2 hipotezi doğumun ikinci ve üçüncü evre süreleri için doğrulanmıştır),**
- Gebelere lavman, oksitosin indüksiyonu ve epidosisin tedavisi uygulamaları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), kontrol grubundaki gebelere daha yüksek oranda amniyotomi uygulandığı($p<0,05$), her iki grupta da doğum esnasında tüm gebelere epizyotomi açıldığı, kontrol grubundaki gebelere daha yüksek oranda fundal basınç uygulandığı ($p<0,001$), (Tablo 4-9), **(H3 hipotezi amniyotomi ve fundal basınç girişimleri açısından doğrulanmıştır),**
- Doğum sonu kanama, hematoma, laserasyon oluşma durumu ve doğum öncesi ve sonrası hemoglobin ve hematokrit düzeyleri açısından her iki grup arasında fark

olmadığı ($p>0.05$) ancak laserasyon gelişen vakalarda kontrol grubunda 2. derece laserasyon oranının deney grubuna oranla daha yüksek olduğu ($p<0,05$), doğum sonrası birinci ve ikinci saatte ölçülen ped ağırlıklarının her iki pedin kontrol grubundaki gebelerde daha ağır olduğu ($p<0,05$), (Tablo 4-10), **(H4 hipotezi ped ağırlığı ve laserasyon derecesi açısından doğrulanmıştır),**

- Yenidoğana ilişkin özelliklerin (Apgar skorları, yenidoğanların kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri) her iki grupta benzer olduğu ($p>0,05$), (Tablo 4-11), **(H5 hipotezi doğrulanamadı),**
- Anne ile bebeğin ilk temasına kadar geçen sürenin ve ilk emzirme süresinin deney grubunda daha kısa olduğu ($p<0,001$), (Tablo 4-11), **(H6 hipotezi doğrulandı),**
- Aktif fazda; kontrol grubundaki gebelerin deney grubundaki gebelere oranla daha heyecanlı göründükleri, daha fazla korku ifadesi sergiledikleri, yalnız kalmaktan çekindikleri, duyarlı, huzursuz göründükleri, sessizce ve yüksek sesle ağladıkları, avuçlarını sıktıkları ve herhangi bir şeyi sıkma gereksinimi hissettikleri, geçiş fazında; kontrol grubundaki gebelerin daha heyecanlı göründükleri, daha fazla korku ifadesi sergiledikleri, yalnız kalmaktan çekindikleri, duyarlı, huzursuz göründükleri, yüksek sesle ağladıkları davranışlarının kontrolünde daha fazla güçlük çektikleri, iletişimden kaçındıkları, mahremiyetlerinin azaldığı, dudaklarını ısırdukları ve çığlık attıkları (Tablo 4-13), **(H7 hipotezi doğrulandı),**
- Doğum Duygulanım Ölçeği skorları hem madde toplam puan ortalamaları hem de ölçek toplamında, deney grubundaki gebelerin puanlarının daha yüksek olduğu ($p<0,001$), (Tablo 4-14), **(H8 hipotezi doğrulandı),**
- Deney grubundaki gebelerin travay sürecinde kendilerine uygulanan ayak masajına ilişkin değerlendirmelerinde; doğumda yaşadıkları ağrıyı kesinlikle dayanılmaz buldukları, ayak masajı uygulamasının travay sırasında oldukça fazla rahatlattığı, ayak masajı uygulamasından oldukça fazla memnun kaldıkları, uygulamanın hiç rahatsız etmediği, uygulamayı başka gebelere de kesinlikle önerebilecekleri ve ileriki gebeliklerinde de kesinlikle isteyebilecekleri (Tablo 4-15) belirlenmiştir **(H9 hipotezi doğrulandı).**

ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelere doğum öncesi dönemde doğuma hazırlık sınıflarında travay süreci ve nonfarmakolojik uygulamalarla ilgili bilgi verilmesi,
- Ayak masajı uygulamasının doğum ağrısının yönetiminde güvenilir bir şekilde kullanılması için doğumhanelerde görevli sağlık çalışanlarına bu konuda eğitim verilmesi,
- Travay sürecinde kadının sevdiği birinin yanında bulunması için uygun koşulların sağlanması ve izin verilmesi,
- Doğumun mümkün olduğunca doğal seyrine bırakılması ve tıbbi bir gereklilik olmadığı sürece müdahale (indüksiyon, lavman, amniyotomi, epizyotomi, fundal basınç) edilmemesi, bu hususta sağlık profesyonellerinin kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi,
- Anne-bebek bağlanmasının ve emzirmenin erken başlaması için bebeğin doğar doğmaz annesinin göğsüne konulması, ten tene temasın sağlanması ve emzirmenin ilk yarım saat içinde başlatılması,
- Anne Dostu Hastane uygulamalarının tüm hastanelerce uygulanmasının sağlanması,
- Doğum ağrısının kontrolüne yönelik olarak kullanılan diğer nonfarmakolojik yöntemlerin etkilerine yönelik randomize kontrollü çalışmaların planlanması, bu konuyla ilgili çalışanların eğitilmesi,
- Gebelerin doğum eyleminde gösterdikleri davranışlarla ilgili daha fazla çalışma yapılması,
- Çalışmanın daha fazla örneklem grubu ve doğum ağrısının yönetiminde kullanılacak diğer nonfarmakolojik yöntemlerle birlikte planlanması

önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdelaziz, SHH., Mohammed, HE. (2014). Effect of foot massage on postoperative pain and vital signs in breast cancer patient, *Journal of Nursing Education and Practice*, **4(8)**: 115-124.

Akın, B., Turfan, EÇ. (2016). Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin doğumdan memnuniyetlerinin değerlendirilmesi, *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, **8**: 2-27.

Akın, B., Karaca Saydam, B. (2017). Algılanan doğum ağrısının azaltılmasına yönelik yeni bir yaklaşım: doğum dansı, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6(3)**: 218-224.

Altıparmak, S., Coşkun, AM. (2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi, *Journal of Human Sciences*; **13(2)**: 2610-2624. doi:10.14687/jhs.v13i2.3744.

Api, O., Balcın, ME., Ugurel, V., Api, M., Turan, C., Unal, O. (2009). The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomized controlled trial, *AOGS*; **88(3)**: 320-324. DOI: 10.1080/00016340902730326

Arendt, KW., Tessmer-Tuck, JA. (2013). Nonpharmacologic labor analgesia, *Clinics in Perinatology*, **40**: 351-371. Erişim 15.10.2017, <https://www.researchgate.net/publication/256099063>.

Arslan, H., Karahan, N., Çam, Ç. (2008). Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **1(2)**: 54-59.

Aslan, FE. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6(1)**: 9-16.

Aslan, FE. (2006). Ağrı Değerlendirmesi ve Ölçümü, Edit: Aslan, F.E. Ağrı Doğası Avrupa Tıp Kitapçılık LTD., İstanbul, 68-99.

Aslan, FE. (2006). Tarihsel süreçte ağrı: Kültürün ağrı algısı ve kontrolüne etkisi. İçinde: *Ağrı doğası ve kontrolü*. Aslan FE. (Ed.), 1. baskı. İstanbul: Mart Matbaacılık Sanatları Ltd Sti; 3-9.

Aslan, Ş., Okumuş, F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi, *HSP*; **4(1)**: 32-40. DOI: 10.17681/hsp.28749.

Atış, FY. (2016). Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı ve Korku Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul.

Avcıbay, B., Alan, S. (2011). Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4**: 18-24.

Aydın, ON. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*,**3(2)**:37-48.

Ayhan, F. (2015). Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Ağrı Deneyimleri ve Ağrı Kontrolüne Yönelik Hemşirelik Girişimleri, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Balçık, M. (2014). Doğumhaneye Kabul Zamanının Doğum Eylemi Sürecine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Bayraktar, E. (2011). Zeytinyağı İle Yapılan Perine Masajının Perine Bütünlüğü ve Doğum Eyleminin İkinci Evresinin Süresine Etkisi, Doktora Tezi, Kayseri.

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

Begley, MC., Gyte, GML., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A. (2014). Active versus expectant management for women in the thirdstage of labour, *Cochrane Database Syst Rev.*; **(11)**: CD007412. doi:10.1002/14651858.CD007412.

Berghella, V., Baxter, JK., Chauhan, SP. (2008). Evidence-based labor and delivery management, *American Journal of Obstetrics and Gyneology*; **199(5)**: 445-454.

Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., Kayacık, F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*,**25(3)**: 126-130.

Chang, MY., Chen, CH., Huang, KF. (2006). A comparison of massage effects on labor pain using the mcgill pain questionnaire. *Journal of Nursing Research*,**14(3)**: 190-197.

CIMS, www.motherfriendly.org, Erişim 30. Ekim 2017.

Collins, SL., Moore, RA., McQuary, HJ. (1997). The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters, *Pain*;**72**: 95-97.

Coşar, F. (2012). Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Sürecine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul.

Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, Spong, C.Y., Dashe J.S., Hoffman, B.L. ve ark. (2016). Vajinal Doğum. İçinde, *Williams Obstetrik*. (24nd ed.). Yıldırım G. (Çeviri Ed.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 536-574.

Çalık, KY., Kömürcü, N. (2014). SP6 noktasına akupresür uygulanan gebelerin doğum eylemine ve akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri, *MÜSBED*, **4(1)**: 29-37.

Çetinkaya, ŞE., Söylemez, F. (2013). Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*; **66(1)** : 26-31.

Çoban, A. (2007). Gebeliğin Son Döneminde Ayak ve Ayak Bileğinde Görülen Fizyolojik Ödemin Azaltılmasında Ayak Masajının Etkisi, Doktora Tezi, İzmir.

Çoban, A., Şirin, A. (2009). Alt ekstremitelerde fizyolojik ödemi olan gebelere 5 gün süre ile uygulanan ayak masajının ödem derecesi, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk üzerine etkisi, *Genel Tıp Dergisi*, **19(2)**: 51-56.

Dağlar, G., Aydemir, N. (2011). Vajinal doğum ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik ebeklik bakım uygulamaları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi(STED)*, **20(1)**: 1-6.

Degirmen, N., Ozerdoğan, N., Sayiner, D., Kosgeroglu, N., Ayranci, U. (2010). Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain controlin a group of Turkish pregnant women, *Applied Nursing Research*, **23**: 153-158.

Değirmen, N., Özerdoğan, N. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda el ve ayak masajı, *İ.Ü.F.N.Hem. Derg.* **17(2)**: 133-136.

Dikmen, Y. (2013). Ağrı ve Yönetimi. İçinde Ataberk Aştı, T. ve Karadağ, A. (Ed) *Hemşirelik Esasları*, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 633-67.

Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., Günaydın, S. (2014). Gebe eğitimi, *HSP*; **1(1)**: 68-76.

Dolation, M., Hasanpour, A., Montazeri, SH., Heshmat, R., Alavi Majd, H. (2011). The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas, *Iranian Red Crescent Medical Journal*, **13**: 475-79.

Elhaleem, S., Ramadan, A., El Kader, A., Taha S. (2013). Effect of foot massage on relieving mother's post cesarean section incisional pain, *JIARM*, **1(7)**: 202-213.

Erdogan, SU., Yanikkerem, E., Goker, A. (2017). Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **28**: 169-175.

Erenoğlu, R. (2013). Ekspresif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi. Doktora Tezi, Kayseri.

Ergin, AB., Kömürcü, N. (2009). Doğum ağrısında farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **6(2)**: 29-35.

Ertem, G., Sevil, Ü. (2005). Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8(2)**: 117-122.

FIGO Guidelines (2012). Management of the second stage of labor, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **119**: 111-116.

Field, T. (2010). Pregnancy and labor massage, *Expert Rev Obstet Gynecol.*; **5(2)**: 177-181. doi:10.1586/eog.10.12.

Field, T., Hernandez, R., Taylor, S., Quntino, O., Burman, I. (1997). Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynaecology*, **18(4)**: 286-291.

Gallo, SBR., Santana, LS., Ferreira, JHJ., Marcolin, AC., Neto, OBP., Duarte, G., Quintana, SM. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial, *Journal of Physiotherapy*, **59**: 109-116.

Gayeski, ME., Brüggemann, OM., Monticelli, M., Santos, EKA. (2015). Application of nonpharmacologic methods to relieve pain during labor: the point of view of primiparous women, *Pain Management Nursing*, **16(3)**: 273-284.

Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi 2014. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014/28 sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi.

Gençalp, NS. (1998). Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi. Doktora Tezi, Ankara.

Gençalp, NS. (1999). Destekleyici hemşirelik bakımının annelerin doğum eyleminde yaşadıkları duygulara etkisi, *Perinatoloji Dergisi*; **7(2)**: 159-159.

Gönenç, İM. (2013). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressürün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi, Doktora Tezi, Ankara.

Gönenç, İM., Terzioğlu, F. (2012). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1(3)**: 129-143.

Gucht, VN, Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research, *Midwifery*; **31(3)**: 349-58.

Gül, A., Eti Aslan, F. (2012). Ağrı kontrolüne kanıt temelli yaklaşım; masaj ve aromaterapi, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, **4(1)**: 30-6.

Hamlacı, Y. (2013). L4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Hosseini, E., Asadi, N., Zareei, F. (2013). Effect of massage therapy on labor progress and plasma levels of cortisol in the active stage of first labor, *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*; **15(9)**: 35-38.

Iliadou, M. (2012). Supporting women in labour, *Health Science Journal*, **6(3)**: 383-391.

İpek, A. (2014). Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Janssen, P., Shroff, F., Jaspard, P. (2012). Massage therapy and labor outcomes: a randomized controlled trial, *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, **5(4)**:15-20.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., Neilson, JP. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **3**: 3-11. CD009234.DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

Kahve, E. (2008). Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Masaj Uygulamasının Yorgunluk ve Anksiyete Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Karaca Saydam, B. (2008). Doğum Eylemi. İçinde: Şirin A., Kavlak O. (Ed.). *Kadın Sağlığı*. İstanbul, Bedray Yayıncılık; 646-662.

Karami, KM., Safarzade, A., Fathizadeh, N. (2007). Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **12(1)**: 6-9.

Kaur, S., Lobo, DJ., Latha, T. (2013). Effectiveness of hand-foot massage on the post operative pain among open heart surgery patients: a randomised control trial, *Annual Worldwide Nursing Conference*, doi: 10.5176/2315-4330_WNC13.12.

Kaya, B., Sezer, S. (2017). Postpartum kanamanın önlenmesi ve yönetimi, *İKSST Dergisi*; **9(2)**:79-85.

Khodakarami, N., Safarzadeh, A., Fathizadeh, N. (2005). Effect of massage therapy on pain severity and labor of primipara women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **10(3)**.

Kitapçioğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması, *ADÜ Tıp*

Korkan, EA. ve Uyar, M. (2014). Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım: Refleksoloji, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **5(1)**: 9-12.

Kömürcü, N. (2014). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, (2. Baskı), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Köse, D., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2013). Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci, *STED*; **22(6)**: 239-244.

Leap, N., Dodwell, M., Newburn, M. (2010). Working with pain in labour An over view of evidence, *NCT*; **49**: 22-26.

Leduc, D., Biringer, A., Lee, L., Dy, J. (2013). Induction of labour, SOGC Clinical Practice Guideline; No: 296, (Replaces No. 107, August 2001), *J Obstet Gynaecol Can*; **35(9)**: 1-18.

Lowdermilk, DL, Perry, SE., Alden, KR., Mosby, K., Corbett, RB. (2007). Nursing care during labor and birth. İçinde. *Maternity Nursing*. (7nd ed). Lowdermilk DL. (Ed.). Elsevier Science Health Science Division; 394-448.

Lowe, NK. (2002). The nature of labor pain, *Am J Obstet Gynecol*, **186**: 16-24.

Lügen, C., Kurt, S. (2007). Travayın Seyri ve Normal Doğum. İçinde Çiçek MN., Mungan MT. (Ed.). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri; 149-169.

Maif, JS., Nsarr, GG., Eriel, Kl. (2014). A study on the impact of foot and hand massage on postoperative pain and sedative drug use in cardiac surgery patients, *African Journal of Surgery*, **1(4)**: 028-031.

Mamuk, R., Gençalp, NS. (2013). Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi, *International Journal of Human Sciences*; **10(2)**: 48-66.

Mcguire, L. (2006). Pain: The fifth vital sign. İçinde Workman ML, Ignatavicius DD (Ed.), *Medical surgical nursing, Critical thinking for collaborative care.*, (5nd ed.). St. Louis: Elsevier Saunders; 63- 90.

MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi) (2007). Vücut Masajı, Ankara; 31-38.

Mete, S. (2008). Deneysel Akut Ağrı Modelinde Tramadol-Agmatin Etkileşmesi ve Olası Mekanizmalarının Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Mete, S. (2013).Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki, *DEUHYO ED*; **6 (2)**: 93-98.

Moghimi Henjani, S., Tourzani, ZM., Shoghi, M. (2013). Effect of foot reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparous, *Koomesh*; **14 (2)**:166-171.

Moiety, FMS., Azzam, AZ. (2014). Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis, *The Journal of Obstetrics and Gynecology Research*; **40(4)**: 946-953.

Moralat, DG., Türkmen, ÜA., Altan, A. (2011).Doğum analjezisi, *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, **27(1)**: 5-11.

Morhason-Bello, IO., Olayemi, O., Ojengbede, OA., Adedokun, BO., Okuyemi, OO., Orji, B. (2008)Attitude and preferences of Nigerian antenatal womento social support during labour,*J Biosoc Sci*; **40(4)**:553-62.

Moyer, CA., Rounds, J., Hannum, JW. (2004). A meta-analysis of massage therapy. *Research Psychological Bulletin*, **130(1)**: 3-18.

Mucuk, S., Başer, M. (2009). Doğum ağrısını yönetmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**: 61-66.

Nesheim, B., Kinge, R., Berg, B., Alfredsson, B., Allgot, E., Hove, E. ve ark. (2003). Acupuncture during labor can reduce the use of meperidine a controlled clinical study. *Clin J Pain*; **9**:187-1.

Oztürk Can, H., Saruhan, A. (2015). Evaluation of the effects of ice massage applied to large intestine 4 (hegu) on postpartum pain during the active phase of labor, *Iran J Nurs Midwifery Res.*, Jan-Feb; **20(1)**: 129-138.

Öztürk, D., Yılmaz-Sezer, N., Eroğlu, K. (2014). Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*; **3(1-2-3)**: 13-28.

Öztürk, H. (2006). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, Doktora Tezi, İzmir.

Öztürk, R., Sevil, Ü. (2013). Refleksolojinin kadın sağlığı üzerine etkisi, *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*; **8(3)**:87-100.

Özyuvacı, E. (2007). Doğum ağrısı mekanizma ve kontrolünde güncel kavramlar, *Klinik Gelişim*, İstanbul Tabip Odası, **20(3)**: 46-52.

Rathfisch, G. (2012) Doğal Doğum Felsefesi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Rathfish, YG., Güngör, İ. (2009) Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar, *HEMAR-G*; **11(3)**: 53-64.

Revez, L., Gaitan, HG., Cuervo, LG. (2013). Enemas during labour, *Cochrane Database of Systematic Reviews*; **5:5-44**. DO I: 10. 1002/ 14651858. CD 00 03 30 . pub 3.

Rooks, PJ. (2012). Labor pain management other than neuraxial: what do we know and where do we go next? *BIRTH*, **39(4)**: 318-322.

Sarı, E. (2014). Adölesan ve Erişkin Annelerin Doğuma İlişkin Duygu ve Memnuniyetleri, Yüksek lisans Tezi, İstanbul.

Sehhatie, F., Mirgafourvand, M., Niri, ZV. (2015). The effect of non-pharmaceutical methods of labor pain relief on mothers' postpartum depression: a randomized controlled trial, *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, **3(1)**: 48-55.

Serçekuş, P. (2010). Doğuma Hazırlık Sınıfı ve Bireysel Eğitimin Gebelik ve Postpartum Uyuma Etkisinin İncelenmesi, Yüksek lisans Tezi, İzmir.

Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: Hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **10**: 239-242.

Sever, N. (2011). Doğum Ağrısının Azaltılmasında Transkutanöz Elektiriksel Sinir Uyarımı Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ankara.

Simkin, P., O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. **186 (5)**: 127-159.

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

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. (2006). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour (review), *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*; **2**: 1-20.

Smith, CA., Levett, KM., Collins, CT., Jones, L. (2012). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Sitemic Review*. **15(2)**. doi:10.1002/14651858.CD009290.pub2.

Smyth, RM., Alldred, SK., Markham, C. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour, *Cochrane Database Syst Rev.*; **31(1)**:CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.

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

Şahin, Ş. (2006). Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi, Şahin Ş. (Ed). Owen MD, Nobel&GüneşTıp Kitabevi, İstanbul; 13-27.

Taghinejad, H., Delpisheh, A., Suhrabi, Z. (2010). Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain, *Women's Health*, **6(3)**: 377-381.

Taşçı, S., Sevil, Ü. (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar, *Genel Tıp Dergisi*, **17(3)**:181-186.

Taşkın, L. (2012). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, XI. Baskı. Ankara, Sistem Matbaacılık.

Tektaş, E., Akay, N., Mak, A., Ay, F. (2017). Vajinal doğumda ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik yöntemler ve masajın etkisi: 2000-2015 yılları tez sonuçları, *HSP*, **4(1)**: 64-70.

Tercan, B. (2015). Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme ve Uygulama Durumları, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.

Timur, S., Şahin, NH. (2010). Kadınların doğumdasosyal destek tercihleri ve deneyimleri, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*; **12(1)**: 29-40.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2014) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara; 150.

Tütüner, F. Alkış, N. Aşık, İ. ve Yılmaz AA. (2010). Anestezi Yoğun Bakım Ağrısı, 1. Baskı. İstanbul, MN Medikal& Nobel Tıp Kitabevi.

Ucuşal, M. (2009). Meme Ameliyatı Olan Hastalarda Ayak Masajının Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul.

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

Vural, G., Erenel, ŞE. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz?, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; **4(2)**: 76-83.

Wang, HL., Keck, JF. (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain, *Pain Manag Nurs.*, **25(2)**: 59-65.

Wong, CA. (2009). Advances in labor analgesia, *International Journal of Women's Health*, **1**:139-154.

World Health Organization. (1996). Care in normal birth: A practical guide. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/> Erişim tarihi: 01.11.2017.

www.saglik.gov.tr / Anne Dostu Hastane, Erişim tarihi: 01.11.2017.

Yazgan, E. (2014). Doğumhane Ortamı ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Annenin Doğum Eyleminden Memnuniyeti ve Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yeşilçiçek-Çalık, K. (2010). Doğum Eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul.

Yılar Erkek, Z., Pasinlioğlu, T. (2017). Doğum ağrısında alternatif bir yöntem: Ayak refleksolojisi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; **4(1)**: 53-61.

Yılar, Z. (2014). Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi, Doktora Tezi, Erzurum.

Yıldırım, E. (2014). Doğumun Birinci Evresinde Elde Bulunan Kalın Bağırsak 4 Bölgesine Uygulanan Buz Basısının Doğum Ağrısı ve Sürecine Etkisinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Yıldırım, G. (2006). Doğum eyleminde uygulanan ıkınma teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10(2)**: 49-56.

Yıldırım, G., (2001). Doğum Eyleminde Kullanılan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yıldırım, G., Şahin NH. (2003). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı, C. Ü. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **7(1)**: 14-20.

Yılmaz Sezer, N. (2012). Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme ve Kullanma Durumları, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yüksel, İ. (2013). Masaj Teknikleri, 3. Baskı, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, Ankara; 20-155, 200.



FORMLAR

EK-I: GEBE TANITIM FORMU

Veri No:

() **1. Grup: Ayak masajı uygulanan grup**

() **2. Grup: Kontrol grubu**

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Öğrenim durumunuz nedir ?

a) İlkokul/Ortaokul b) Lise c) Üniversite ve Üstü

3. Ne iş yapıyorsunuz?

a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Diğer.....

4. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Gelir giderden düşük b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

5. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

6. Gebelikten önce adet ağrısı (dismenore) oluyor muydu?

a) Evet b) Bazen c) Hayır

7. Daha önce gebelik yaşadınız mı?

a) Evet (Kaç kez.....) b) Hayır

Düşük Sayısı:..... Kürtaj Sayısı:..... Ölü Doğum Sayısı:.....

8. Son adet tarihiniz nedir?..... Tahmini Doğum Tarihi:.....

9. İsteyerek mi gebe kaldınız?

a) Evet b) Hayır

10. Bu gebeliğinizde doğum öncesi kontrollere düzenli gittiniz mi?

a) Evet (Kaç kez.....) b) Hayır

11. Şu ana kadar olan dönemde doğum hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

12. Yanıtınız “Evet” ise bilgiyi nereden / nerelerden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Televizyon / Radyo b) Kitap / Dergi / Gazete /İnternet
c) Doğum öncesi eğitim sınıfları d) Aile büyükleri (anne, abla, teyze vb)
e) Sağlık personeli g) Diğer

13. Doğum öncesinde ya da eğer katıldıysanız doğum öncesi hazırlık sınıfında doğum ile ilgili yeterince bilgi alabildiniz mi?

a) Evet (Kimden?.....) b) Hayır

14. Doğumda gevşemeye yönelik yapılabilecek uygulamalar hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır

15. Bebeğinizin cinsiyetini biliyor musunuz?

- a) Evet (nedir.....) b) Hayır
- 16.** Bebeğiniz istediğiniz cinsiyette mi?
a) Evet b) Hayır
- 17.** Normal doğuma bakış açınız nasıl?
a) Olumlu b) Olumsuz c) Kararsız d) Hiçbir fikrim yok
- 18.** Doğum yapma düşüncesi sizi korkutuyor mu?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 19.** Cevabınız evet ise en çok neden korkuyorsunuz?
a) Doğum ağrısı b) Bebeğe bir şey olacak düşüncesi
c) Bana bir şey olacak düşüncesi c) Kesi (Epizyotomi)
d) Diğer.....
- 20.** Daha önce çevrenizden doğumla ilgili duyduğunuz deneyimler var mı, bunlar nelerdir?
.....
- 21.** Kendinizi normal doğum yapmak için hazır hissediyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen d) Bilmiyorum
- 22.** Normal doğum kararını kim verdi?
a) Doktor b) Kendim karar verdim c) Eşim istedi d) Diğer.....
- 23.** Doğum şekline gebeliğinizin hangi döneminde karar verildi?
a) Doğuma geldiğimde b) Gebeliğin son haftalarında
c) Gebeliğin ilk aylarında d) Diğer.....
- 24.** Doğum şeklinin kararında ne etkili oldu?
a) Doktor her şeyin normal olduğunu söylediği için normal doğum
b) Devlet hastanelerinde isteğe bağlı sezaryen olmadığı için normal doğum
c) Aile büyükleri veya eşim sezaryene karşı oldukları için normal doğum
d) Normal doğuma karar verildi
- çünkü;.....
- 25.** Doğum sırasında yanınızda yakınlarınızdan birisinin olmasını ister miydiniz?
a) Evet (kim.....) b) Hayır c) Diğer.....
- 26.** Normal yaşantınızda ağrınız olduğunda ağrınızı gidermek için ne tür girişimlerde bulunursunuz?
a) Hiçbir şey yapmam b) Ağrı kesici alırım c) Ağrıyan bölgeye masaj yaparım
d) Solunum egzersizi yaparım e) Gevşemeye çalışırım f) Sıcak/soğuk uygulama
g) Diğer

EK-II: DOĞUM EYLEMİ DEĞERLENDİRME FORMU

Gestasyon Haftası:				SAT:		TDT:			
İndüksiyon Varlığı:		1) Evet (dk/gut..... Başlama Saati:.....)				2) Hayır			
Uygulanan Tedavi:		1) Evet (Nedir?.....)				2) Hayır			
Lavman		1) Uygulandı				2) Uygulanmadı			
Amniyotomi		1) Uygulandı				2) Uygulanmadı			
İNTRAPARTUM KLİNİK BULGULAR									
NİŞAN: VAR YOK				PREZENTASYON: BAŞ MAKAT					
POCHE: VAR YOK				SİTUS: Longitudinal Transvers Oblik					
AMNİON SIVISI: KAPALI AÇIK (TEMİZ/MEKONYUMLU)									
İzlem Saati	Ayak Masajı Uygulaması	VAS Puanı	Yaşam Bulguları A\N\T	Efasman/Dilatasyon	Fetal Kalp Hızı (Fkh)	Kontraksiyon Süre /Şiddet (Uc)	Komplikasyon Gelişme Durumu	Uygulanan Tedaviler	Diğer İşlem ve Notlar
Doğum Eyleminin Süresi: 1. Evre:..... 2. Evre:..... 3. Evre:..... 4. Evre:..... Toplam Süre:					Yenidoğan:				
1. Evre Süresi: Latent Faz: Aktif Faz: Geçiş Fazı:					Cinsiyet: Kız Erkek				
Başlangıç-Bitiş Saati:					Kilo ve Boy:				
Doğum Tarihi ve Saati:					Baş Çevresi:				
Epizyotomi: Var Yok					Apgar Skoru (1' Ve 5'):				
2. Evredeki Diğer Müdahaleler Vakum Forseps Fundal Basınç Diğer..... Sezaryen/Nedeni					Yenidoğanın resusitasyon gereksinimi: Var Yok Resusitasyon yapıldıysa sonucu:				
Ped Takibi Kanama Miktarı: 1. Saat ped sayısı: 1. Saat ped ağırlığı: 2. Saat ped sayısı: 2. Saat ped ağırlığı:					Bebekle İlk Temas Zamanı : İlk Emzirme Zamanı:.....Dk				
Postpartum Komplikasyon Varlığı: Var Yok Kanama Plesantal ayrılma ve atılma bozuklukları Uterus rüptürü Pelvik Hematom Laserasyon/Derecesi: Var Yok Diğer:.....					Bebekte Komplikasyon Gelişme Durumu: Var Yok Fetal Distres Kordon Sarkması Kordon Dolanması Diğer:..... Mekonyum Aspirasyonu				
Plesanta Ayrılma Süresi:dk sonra					Doğum Öncesi: Hemoglobin:.....g/dl Hemotokrit:%.....				
Doğum Öncesi: Hemoglobin:.....g/dl Hemotokrit:%.....					Doğum Sonrası: Hemoglobin:.....g/dl Hemotokrit: %.....				

EK-III: VİSUAL ANALOG SKALA (VAS)**YÖNERGE:**

Bu ölçek ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. Ağrının şiddeti 0'dan 10'a kadar sayılarla ifade edilmektedir. Ağrının olmaması "0", en şiddetli ağrı "10" rakamı ile belirlenmektedir.

Hiç ağrı yok = 0 10 = Düşünülebilecek en kötü ağrı



1. Değerlendirme: (Dilatasyon 4-5 cm)
2. Değerlendirme 30 dk. sonra
3. Değerlendirme: (Dilatasyon 6-7 cm)
4. Değerlendirme 30 dk. sonra
5. Değerlendirme: (Dilatasyon 8-9 cm)
6. Değerlendirme 30 dk. sonra
7. Postpartum 2. saatte

EK-IV: DOĞUM EYLEMİNDE DUYGUSAL DAVRANIŞ FORMU

Gebelerin Doğum Ağrısına Gösterdiği Duygusal Davranışlar	Gözlendi			Gözlenmedi		
	Latent Faz	Aktif Faz	Geçiş Fazı	Latent Faz	Aktif Faz	Geçiş Fazı
Heyecanlı görünüm						
Korku ifadesi						
Yalnız kalmaktan kaçınma						
Duyarlılık						
Huzursuzluk						
Davranış kontrolünde güçlük						
İletişimden kaçınma						
Mahremiyetin azalması						
Yüksek sesle ağlama						
Sessizce ağlama						
Yüz ifadesinde değişiklik						
Avuçlarını sıkma						
Herhangi bir şeyi sıkma						
Dudak ısırma						
Yakınma						
Çığlık atma						
Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma						
Sürekli gezinme						
Çevresindeki kişileri suçlama						

EK-V: DOĞUM DUYGULANIM ÖLÇEĞİ

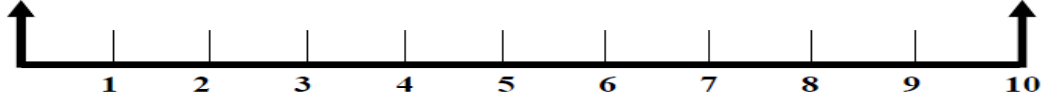
DOĞUM SIRASINDA HİSSETTİKLERİNİZ

Aşağıda yer alan 28 ifadenin her biri, doğum sırasında hissedilebilecek bir duygu tanımlamaktadır. Hiçbir kadın diğerine tam olarak benzemediği için her kadın doğum sırasında farklı duygular yaşayabilir. Lütfen doğum sırasında yaşadıklarınızı gözünüzde canlandırın ve hissettiğiniz duyguları düşünün. Aşağıdaki ifadelerde doğum sancısı çekerken hissettiklerinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız seçeneği işaretleyiniz. Vereceğiniz cevaplarda doğru ya da yanlış diye bir şey söz konusu değildir. Teşekkürler.

İfadeler	Süre kli	Sık sık	Arasına	Çok seyrek	Hiç
1. Kendime güvendim (Kendime güveniyordum).	5	4	3	2	1
2. Yenik düşmüş gibiydim.	1	2	3	4	5
3. Kendimi önemli biriymişim gibi hissettim.	5	4	3	2	1
4. Gergindim.	1	2	3	4	5
5. Neler olup bittiğini sezebiliyordum.	5	4	3	2	1
6. Tehlikede olduğum hissine kapıldım (Emniyette değilmişim gibi geldi).	1	2	3	4	5
7. Kendimi rahat hissettim (Rahattım).	5	4	3	2	1
8. Kendimden emindim.	5	4	3	2	1
9. Sancularımı, sanki benim dışımda biri veya bir şey denetliyormuş gibi geldi.	1	2	3	4	5
10. Kendimi yetersiz hissettim.	1	2	3	4	5
11. Bir tür sıkıntı yaşadım.	1	2	3	4	5
12. Her şey belirsiz ve gerçek dışıymış gibi göründü.	1	2	3	4	5
13. Olup biten her şeyin farkındaydım.	5	4	3	2	1
14. Panik halindeydim.	1	2	3	4	5
15. Sanki parçalara ayrılıyormuşum gibi hissettim.	1	2	3	4	5
16. Kendimi sıkıştırılmış ve hapsedilmiş gibi hissettim.	1	2	3	4	5
17. Kontrolümü kaybetmemiştim (Dayanabiliyordum).	5	4	3	2	1
18. Yaşadıklarımın hepsi anlamlıydı.	5	4	3	2	1
19. Öleceğimi zannettim.	1	2	3	4	5
20. Yapmamam gereken her şeyi yaptığımı hissettim.	5	4	3	2	1
21. Kendimi çaresiz hissettim.	1	2	3	4	5
22. Her şey sakin ve huzur verici görünüyordu.	5	4	3	2	1
23. Başardığımı hissettim.	5	4	3	2	1
24. Kendimi güçsüz ve aciz hissettim.	1	2	3	4	5
25. Başaramadığım hissine kapıldım.	1	2	3	4	5
26. Olanları (başıma gelenleri) kabullenmiştim.	5	4	3	2	1
27. Bu işin üstesinden gelebileceğime inanıyordum.	5	4	3	2	1
28. Doğum sırasındaki davranışlarım yüzünden (davranışlarımdan dolayı) kendimi kötü hissettim.	1	2	3	4	5

EK-VI: AYAK MASAJI UYGULAMASINA İLİŞKİN SORU FORMU

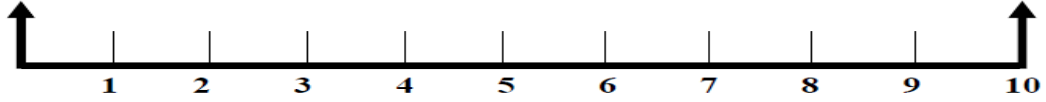
1. Doğumda yaşadığınız ağrıyı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?



Kesinlikle başedilebilir

Kesinlikle dayanılmaz

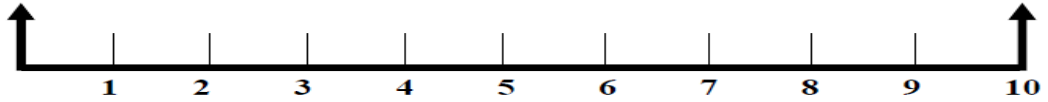
2. Ayak masajı uygulaması doğumda sizi ne derecede rahatlattı?



Hiç

Oldukça fazla

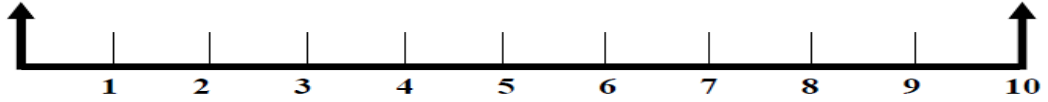
3. Ayak masajı uygulamasından ne derecede memnun kaldınız?



Hiç memnun kalmadım

Çok memnun kaldım

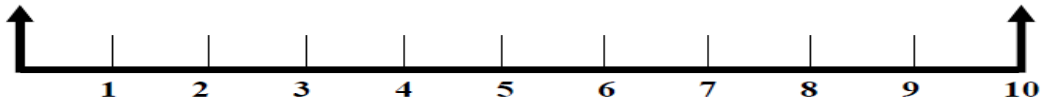
4. Ayak masajı uygulaması sizi rahatsız etti mi?



Çok rahatsız etti

Hiç rahatsız etmedi

5. Ayak masajı uygulamasını başka hastalara da önerir misiniz?



Kesinlikle Önermem

Kesinlikle öneririm

6. Ayak masajı uygulamasının ilerideki doğumlarınızda da yapılmasını ister misiniz?



Hiç istemem

Kesinlikle isterim

EK-VII: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**Veri No:**

Aşağıda imzası bulunan ben “Travayda Gebeye Uygulanan Ayak Masajının Doğum Sürecine Etkisi” konulu çalışma hakkında tam olarak bilgi aldığımı beyan ederim. Bu uygulamanın yan etkisinin olmadığı bana anlatıldı, ayrıca bu çalışmanın tıbbi olarak geçerli olduğu ve en son bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılacağı bildirildi. Bunun açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı. Bu uygulamanın etkileri ve çalışmayı bırakmak zorunda olduğum durumların neler olduğu bana açıklandı. Aşağıda imzası bulunan araştırmacıdan bu bilgileri aldıktan sonra ben, yapılması planlanan çalışmanın yapısı, özelliklerini ve sonuçlarını anlıyorum. Bana verilen bu bilgiler temelinde, istediğim herhangi bir zaman hiçbir sakınca olmadan, çalışmadan çekilebileceğimi teyit ediyorum.

Tarih:**Gebenin Adı-Soyadı:****İmzası :****Araştırmacının Adı-Soyadı :****İmzası:**

EK-VIII: ARAŞTIRMACININ KURS KATILIM BELGESİ

Tarih: 08/07/2015

BRUSSELS CAPITAL UNIVERSITY

Refleksoloji Sertifikası

Yasemin Şanlı

BRUSSELS CAPITAL UNIVERSITY TARAFINDAN İSTANBULDA DÜZENLENEN KLİNİK REFLEKSOLOJİ EĞİTİMİ SONUNDA 200 SAATLİK TEORİK 50 SAATLİK PRATİK EĞİTİMİ BAŞARIYLA TAMAMLAYAN DÜZECE DOĞRULU YASEMİN ŞANLI BU EĞİTİM BELGESİNİ ALMAYA HAK KAZANMIŐTIR.

Eğitimci / Klinik Refleksolog
Phalil Tabur

Eğitimci / Klinik Refleksolog
Esat B.Z. Başaran





EK-IX: ETİK KURUL KARARI

KTO Karatay Ünv. Evrak Tarih ve Sayısı: 18/05/2016-E.1063



ÇOK GİZLİ

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi DekanlığıSayı : 41901325-050.99
Konu : Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR İlaç ve Tıbbi
Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul
Kararı

Sayın Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR

İlgi : 05.05.2016 tarihli yazınız.

"Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Ağrı Algısı, Duygu Durumu ve Maternal Fetal Sonuçlara Etkisi" başlıklı, Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR'ün sorumluluğunda, Yasemin ŞANLI'nın yardımcı araştırmacı olduğu araştırma projesi çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 12.05.2016 tarihinde aldığı 2016/001 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdırProf. Dr. Taner ZIYLAN
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul
BaşkanıEk:İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik
Kurulu 2016-001 Nolu Karar Sureti (1 sayfa)

ÇOK GİZLİ

Evrak Doğrulamak İçin: <http://95.183.232.42/enVision.Sorgula/Belgedogrulama.aspx?V=BEK43PR3>

Akabe Mahallesi Aladdin Kapı Caddesi No:130 Karatay / Konya

Telefon No: 444 1251 Faks No: 0332 202 00 44

E-Posta: tipozelkalem@karatay.edu.tr İnternet Adresi: www.karatay.edu.tr

Bilgi İçin: Sezgin AKA

Unvan: Etik Kurul Sekreteri

Telefon No: 444 1251-7235



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <http://95.183.232.42/enVision.Sorgula/Belgedogrulama.aspx?V=BEK43PR3> adresinden yapılabilir.

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 3

Toplantı Tarihi: 12-05-2016

Karar Sayısı: 2016/001: Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR'ün "Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Ağrı Algısı, Duygu Durumu ve Maternal Fetal Sonuçlara Etkisi" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 05.05.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, araştırma projesi çalışmasının Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR'ün sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR
Yardımcı Araştırmacı: Yasemin ŞANLI

ASLI GİBİDİR
12.05.2016

Prof. Dr. Taner ZİYLAN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

EK-X: KURUM İZNI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 50658796/774.99
Konu : Araştırma İzni

Sayın YASEMİN ŞANLI
(Karaman Devlet Hastanesi Eğitim Birimi)

Not: İlgili :13/05/2016 tarihli dilekçeniz

13.04.2016 tarihli dilekçeniz incelenmiştir. Karaman Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirmek istediğiniz "Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Ağrı Algısı, Duygu Durumu ve Maternal Fetal Sonuçlara Etkisi" konulu çalışmanıza Genel Sekreterliğimizin izni dışında ilan edilmemesi kaydıyla gerekli izin verilmiş olup söz konusu çalışmanız sonucunda çalışmanın bir örneğinin tarafımıza verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Hüseyin KARASULEYMANLIOĞLU
Genel Sekreter V.

EKLER: Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Güvenli Elektronik İmza:
Aşıl ile Aynıdır.

16.05 /2016

TKHK
Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
Elif ŞENCAN
Tıbbi Sekreter

KARAMAN KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ EĞİTİM
ve AR-GE BİRİMİ
Faks No:03382144625


e-Posta:figen.duman@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tel: 03382265525 Faks: 03382144625

Bilgi için: Figen DUMAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:03382265500

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 696350c2-da56-48a6-81fb-8c70ebd5d3ad kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

	KARAMAN KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 02
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	13.05.2016
		Revizyon No	1
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN			
Adı Soyadı	YASEMİN ŞANLI		
Kurumu / Üniversitesi	Karaman Devlet Hastanesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
Araőtirma Yapılacak İller	Karaman		
Araőtirma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Karaman Devlet Hastanesi		
Araőtirmasının Konusu	Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Ağrı Algısı, Duygu Durumu ve Maternal Fetal Sonuçlara Etkisi		
Üniversite / Kurum Onayı	(*)Var / ()Yok		
Veri Toplama Araçları	Formlar ve Ölçekler		
Görüş İstenilecek Birimler/Kişiler	Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR		
KOMİSYON GÖRÜŐÜ			
<p>Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslarla İlgili Yönergesi gereği, Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 13.05.2016 tarihli onayı ile görevlendirilen komisyon üyeleri, Genel Sekreterliğimize intikal eden Araőtirmaları değerlendirmek üzere 16.05.2016 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.</p> <p>Değerlendirme sonucunda; Karaman Devlet Hastanesi'nde yürütölmesi planlanan "Doğum Eyleminde Ayak Masajının Annenin Ağrı Algısı, Duygu Durumu ve Maternal Fetal Sonuçlara Etkisi " konulu çalışmanın anılan hastanemizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütölmesi, araőtirmaya katılımın gönüllölük ve gizlilik esasına göre ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek yapılmasının sağlanması, yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araőtirma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının Genel Sekreterliğimize sunulması ve araőtirma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araőtirma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla araőtirma çalışmasının yapılmasına oybirliği ile müsaade edilmiştir.</p>			
Komisyon Kararı	Oybirliği alınmıştır.		
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi:.....		

KOMİSYON

KARAMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - KARAMAN İLİ KESİŐS
İĞARI VE MALİ HİZMETLER BAŐKANLIĐI
15/05/2016 14:10 / 50628794 / 912 99 / 2936



00023849332

Üye
Hüseyin TÜREL
Uzman

Üye
Ecz.Filiz VURAL
Uzman

Üye
Figen DUMAN
Eğt. AR-GE Birim Sorumlusu

Komisyon Başkanı
Hüseyin KARASÜLEYMANLIOĞLU
Genel Sekreter V.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TRAVAYDA GEBEYE UYGULANAN AYAK MASAJININ DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 18 BENZERLİK ENDEKSİ	% 14 İNTERNET KAYNAKLARI	% 7 YAYINLAR	% 8 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 2
2	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
8	edergi.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1