

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

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**LI4 NOKTASINA UYGULANAN AKUPRESÜRÜN DOĞUM  
EYLEMİNDE ALGILANAN DOĞUM AĞRISINA ETKİSİ**

**YASEMİN HAMLACI**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. SAADET YAZICI**

**EBELİK ANABİLİM DALI  
EBELİK PROGRAMI**

**İSTANBUL-2013**

**TEZ ONAYI**

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü EBELİK Anabilim Dalı YÜKSEK LİSANS Programında Yasemin Hamlacı tarafından hazırlanan "LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

18 / 07 / 2013

Tez Sınav Jürisi

<u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>	<u>İmzası</u>
1. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin İ.Ü. F.N. Hem. Fak. Kadın Hast.ve Dogum A.B.D	
2.Doç. Dr. Saadet Yazıcı İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	
3.Doç. Dr. Neriman Zengin İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	
4.Yrd. Doç. Dr. Gülçin Bozkurt İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	
5.Yrd. Doç. Dr. Asiye Gül İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	

**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 çalışmayla 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 Hamlacı



## İTHAF

Hayatımın en önemli iki kadını olan babaannem “Fatma Hamlacı” ve annem “Meryem Hamlacı”ya ithaf ediyorum

## TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında gösterdiği sabır, emek ve desteğinden dolayı değerli hocam, tez danışmanım, Sayın Doç. Dr. Saadet Yazıcı'ya,  
Yetişmemde emeği geçen tüm hocalarıma,  
Yararlı öneri, değerlendirmeleri ve yardımları ile çalışmamıza katkıda bulunan Sayın Doç.Dr. Hafize Öztürk Can'a,  
Araştırmam sırasında beni maddi açıdan destekleyen TÜBİTAK-Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı'na  
Akupunktur noktaları, akupresür ve punktometrenin kullanımı konusunda danışmanlık yapan Sayın Gül Öztürk ve Sayın Muhsin Coşkun'a  
İstatistik analizler sırasındaki yardımlarından dolayı Sayın Rana Konyalıoğlu'na  
Çalışmamın yapılmasında gösterdikleri kolaylık, anlayış ve işbirliği nedeniyle T.C. Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki çalışma arkadaşlarım ebe ve hekimlere,  
Araştırmama katılan tüm gebelere,  
Hayatımın her aşamasında beni destekleyen, bana inanan ve hiç yalnız bırakmayan, başta sevgili babam Mehmet Hamlacı ve kardeşim Halil Hamlacı olmak üzere tüm aileme ve dostlarıma  
SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM...

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF .....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	Xİ
KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİİ
ÖZET .....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. NORMAL DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUM.....	4
2.1.1. Doğumun I. Devresi (Dilatasyon).....	4
2.1.2. Doğumun II. Devresi ( Ekspulsiyon ) .....	5
2.1.3. Doğumun III. Devresi ( Halas ) .....	6
2.1.4. Doğumun IV. Devresi ( Kanama Kontrol, Erken postpartum).....	7
2.2. AĞRI.....	7
2.3. AĞRI TEORİLERİ .....	8
2.3.1. Ağrının Fizyolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorileri .....	8
2.3.2. Ağrının Psikolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorileri.....	9
2.3.3. Ağrının Fizyolojik ve Psikolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorileri .....	9
2.4. DOĞUM AĞRISI VE FİZYOLOJİSİ .....	12
2.4.1. Travayın Birinci Evresindeki Ağrı.....	13
2.4.2. Travayın İkinci Evresindeki Ağrı .....	14
2.5. DOĞUM AĞRISINDA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER.....	16
2.5.1. Fizyolojik Faktörler.....	16
2.5.2. Psikolojik Faktörler.....	18
2.6. DOĞUM AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	21
2.6.1. Visual Analog Scala (VAS) .....	23
2.7. DOĞUM AĞRISININ KONTROLÜ .....	24

2.7.1. FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER.....	24
2.7.1.1. Parenteral İlaç Uygulaması .....	25
2.7.1.2. İnhalasyon Analjezisi ve Genel Anestezi.....	25
2.7.1.3. Lokal Anestezi .....	25
2.7.1.4. Regional Anestezi (Bölgesel Anestezi).....	25
2.7.1.5. Epidural Anestezi .....	26
2.7.1.6. Spinal Anestezi.....	26
2.7.1.7. Kombine Spinal-Epidural Anestezi.....	27
2.7.1.8. Kaudal Epidural Blok.....	27
2.7.1.9. Pudental Blok .....	27
2.7.1.10. Hasta Kontrollü Analjezi (HKA) .....	27
2.7.2. NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER .....	28
2.7.2.1. Biyolojik Geri bildirim (Biofeedback):.....	29
2.7.2.2. Hipnoz .....	30
2.7.2.3. Akupunktur .....	30
2.7.2.4. Akupresür .....	33
2.7.2.5. Hareket ve Pozisyon.....	38
2.7.2.6. Ses Çıkarma .....	39
2.7.2.7. Müzik .....	40
2.7.2.8. Hayal Kurma .....	40
2.7.2.9. Odak Nokta .....	41
2.7.2.10. Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS) .....	41
2.7.2.11. İntradermal Su Enjeksiyonu (ISW).....	42
2.7.2.12. Dokunma ve Masaj .....	42
2.7.2.13. Sıcak ve Soğuk Uygulamalar .....	43
2.7.2.14. Hidroterapi-Banyo Yapma veya Duş alma .....	44
2.7.2.15. Yoga .....	44
2.7.2.16. Aromaterapi.....	44
2.7.2.17. Solunum teknikleri .....	45
2.8. DOĞUM AĞRISININ GİDERİLMESİNDE EBENİN ROLÜ.....	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	49
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı .....	49

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri ve İşleyişi.....	49
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	50
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	52
3.6. Veri Toplama Araçları.....	52
3.6.1. Gebe Tanıtım Formu (EK-1).....	52
3.6.2. Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu (EK-2).....	53
3.6.3. Doğum Sonu Görüşme Formu (EK-3).....	53
3.6.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği=Visual Analog Skala=VAS (EK-5).....	53
3.6.5. Punktometre.....	54
3.7. Ön Uygulama.....	55
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI.....	55
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	59
3.10. Araştırmanın Etik Yönleri.....	60
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler.....	60
4. BULGULAR.....	61
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	62
4.2. Gebelerin Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	64
4.3. Gebelerin Doğum Sürecine İlişkin Bulgular.....	73
4.4. Gebelerin Doğum Sonrasına İlişkin Bulgular.....	95
4.5. Gebelerin Algıladıkları Ağrı (VAS) Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	108
5. TARTIŞMA.....	114
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi.....	114
5.2. Gebelerin Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	116
5.3. Gebelerin Doğum Sürecine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	122
5.4. Gebelerin Doğum Sonrasına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	133
5.5. Gebelerin Algıladıkları Ağrı (VAS) Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	138
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	140
KAYNAKLAR.....	149
7. EKLER.....	164
EK-10- ETİK KURUL KARARI.....	177
ÖZGEÇMİŞ.....	182



## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Doğum Eylemi Sırasında Yaşanan Ağrının Özellikleri.....	15
Tablo 4-1:Gebelerin Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	62
Tablo 4-2:Dismenore Yaşama Durumu ve Dismenorede Kullanılan Yöntemlere İlişkin Bulguların Dağılımı .....	64
Tablo 4-3:Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	65
Tablo 4-4:Gebelerin Gebeliği İsteme, Gebelikte Problem Yaşama Durumu ve Yaşadığı Probleme Göre Dağılımı.....	66
Tablo 4-5:Gebelerin, Gebeliğinde Sigara ve İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	67
Tablo 4-6:Gebenin Laboratuvar Bulgularının Ortalamaları .....	67
Tablo 4-7:Gebelerin Doğum Eylemi Konusundaki Bilgilerinin Dağılımı .....	68
Tablo 4-8:Doğum ile ilgili Düşüncelerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı .....	69
Tablo 4-9:Doğum Öncesi Bakım Alma Durumunun Dağılımı .....	70
Tablo 4-10:Doğum, Doğum Ağrısıyla Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı.....	72
Tablo 4-11: Doğumun 1. Evresinde Yapılanlara İlişkin Bulguların Dağılımı .....	73
Tablo 4-12:Gebenin Servikal Dilatasyon, Silinme ve FKA Sayılarının Ortalamalarının Dağılımı .....	75
Tablo 4-13:Gebelerin Kontraksiyon Sıklığı ve Şiddetinin Ortalamaları .....	77
Tablo 4-14:Gebelerin Akupresür Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası Kan Basıncı Bulgularının Ortalamaları .....	78
Tablo 4-15:Akupresür Uygulaması Öncesi ve Uygulama Sonrası Gebelerin Nabız ve Vücut Sıcaklığı Ortalamaları .....	80
Tablo 4-16:Akupresür Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası Gebelerin Ağrı Algılama Puan Ortalamaları .....	82
Tablo 4-17:Doğum Sürecinde Gebelerin Doğum Eylemiyle Baş Etme Yöntemlerini Kullanmalarına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	84
Tablo 4-18:Doğum Sürecinde Gebelerin Gösterdiği Davranışlara Yönelik Bulguların Dağılımı .....	87
Tablo 4-19:Doğum Eyleminin 2. Evresinde Yaşanılan Problem, Eyleme Katılma Durumu ve Yapılan Müdahalelere Yönelik Bulgular.....	90
Tablo 4-20:Doğum Sonrası Yapılan İlaç ve Girişimlere Yönelik Bulguların Dağılımı.	91

Tablo 4-21:Gebelerin Doğum Eylemi Süre Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	93
Tablo 4-22:Yenidoğana İlişkin Bulguların Ortalamalarının Dağılımı .....	94
Tablo 4-23:Doğum Sonu Annenin Durumuna Yönelik Bulguların Dağılımı .....	95
Tablo 4-24:Yenidoğanın Cinsiyetine ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı	96
Tablo 4-25:Annelerin Bu Doğuma Yönelik Düşüncelerine İlişkin Bulgular .....	97
Tablo 4-26:Annelerin Doğum Ağrısı İfadesi ve Ağrı Odası Hakkındaki Görüşlerine Yönelik Bulgular.....	98
Tablo 4-27:Annelerin Doğum Sürecinde Yapılan Müdahalelere ve Şu An Kendisini Nasıl Hissettiğine Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı .....	100
Tablo 4-28:Deney Grubunun Akupresür Uygulamasına Yönelik Düşüncelerinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	102
Tablo 4-29:Gebelerin Akupresür Uygulama Öncesi-Sonrası Dilatasyon, Silinme, FKA Değişim Fark Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	103
Tablo 4-30:Gebelerin Akupresür Uygulama Öncesi-Sonrası Kan Basıncı ve Nabız Değişim Fark Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	104
Tablo 4-31:Gebelerin Akupresür Uygulama Öncesi-Sonrası Kontraksiyon Sıklığı, Kontraksiyon Şiddeti ve VAS Değişim Farklarının Karşılaştırılması.....	106
Tablo 4-32:Gebelerin Yaşı İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması....	108
Tablo 4-33:Gebelerin Eğitim Durumu İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması .....	108
Tablo 4-34:Gebelerin Gebeliğinde Problem Yaşama Durumları İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması.....	109
Tablo 4-35:Gebelerin Dismenore Yaşama Durumu İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması .....	109
Tablo 4-36:Gebelerin Doğum Yeri İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması .....	111
Tablo 4-37:Doğum eyleminde Gebelere Yapılan İlaçlar İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması .....	112
Tablo 4-38:Yenidoğanın Doğum Ağırlığı ile Doğum Eyleminin Toplam Süresinin ve Doğum Sürecindeki VAS Puanlarının Karşılaştırılması .....	113

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 2-1: LI4 Noktasının Konumu .....	35
Şekil 2-2: LI4 Noktasına Akupresür Uygulanması.....	35

**RESİMLER LİSTESİ**

Resim 3-1: Araştırmada Kullanılan Punktometre Cihazı.....	55
Resim 3-2: VAS Değerlendirilmesi .....	57
Resim 3-3: LI4 Noktasının Belirlenmesi .....	58
Resim 3-4: Akupresür Uygulaması .....	59

**KISALTMALAR LİSTESİ**

<b>ACTH</b>	: Adrenokortikotropik Hormon
<b>FKA</b>	: Fetal Kalp Sesleri
<b>DÖB</b>	: Doğum Öncesi Bakım
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GKÖ</b>	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
<b>HKA</b>	: Hasta Kontrollü Analjezi
<b>KKT</b>	: Kapı Kontrol Teorisi
<b>LI4</b>	: Large Intestine 4
<b>Mak</b>	: Maksimum Değer
<b>Min</b>	: Minumum Değer
<b>TENS</b>	: Transkutan Elektrik Stimülasyonu
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
<b>VAS</b>	: Visual Analog Scala
<b>D</b>	: Deney
<b>K</b>	: Kontrol
<b>APGAR</b>	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
<b>USG</b>	: Ultrasonografi

## ÖZET

Hamlacı, Y. (2013). LI4 noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma; eldeki LI4 noktasına uygulanan akupresürün, gebelerde algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlandı. Araştırmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil-Doğumhanesine, 1 Haziran- 30 Eylül 2012 tarihleri arasında, normal doğum yapmak için başvuran kadınlar (852 gebe) oluşturdu. Araştırmanın örnekleme; Number Cruncher Statistical System-Power Analysis and Sample Size (NCSS-PASS) Programı kullanılarak hesaplandı. Evreni temsil edecek örneklem hacmi=0,01 riski, %0,99 doğruluk oranı,  $p=0,05$ ,  $1-P=0,80$  güç oranı koşulu ile Yıldız'ın (2003) çalışmasındaki VAS ortalama puanlarının karşılaştırılması sonuçları doğrultusunda, her bir grup için minimum 42 kişi olarak hesaplandı. Araştırmaya kabul koşullarına uyan, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan (44 deney, 44 kontrol) 88 gebe örnekleme alındı. Çalışmanın verileri, deney ve kontrol grubuna; Gebe Tanıtım Formu, Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu, Doğum Sonu Görüşme Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS) ve Akupresür Uygulamasına İlişkin Soru Formu kullanılarak toplandı. Deney grubuna servikal dilatasyon 4-5 cm olduğunda birinci akupresür uygulaması, 7-8 cm olduğunda ikinci akupresür uygulaması yapıldı. Akupresür önce sağ el sonra sol elde bulunan LI4 noktasına 4 kontraksiyon süresince uygulandı. VAS ile değerlendirme; gebe hastaneye geldiğinde, akupresür uygulamaları öncesi-sonrası ve doğum sonrası 2. saatte olmak üzere 6 kez yapıldı. Kontrol grubuna ise rutin bakımın dışında bir uygulama yapılmadı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, tek yönlü varyans analizi, t testi, ki-kare, Pearson korelasyon testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi. Araştırma sonucunda, LI4 noktasına akupresür uygulamanın doğum ağrısı algısını azaltmada etkili olduğu ve doğum travay süresini kısalttığı saptandı ( $p<0,05$ ). Ayrıca, annelerin akupresür uygulamasından memnun oldukları ancak yetersiz buldukları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Akupresür, Doğum Ağrısı, LI4 Akupunktur Noktası, Doğum Ağrısının Kontrolü

## ABSTRACT

Hamlacı, Y. (2013). The effect of acupressure applied to point LI4 on labor pain during child delivery. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Midwifery. Master's Thesis. Istanbul.

The research is planned as a controlled random experimental study aiming to determine effect of current acupressure technique applied to point LI4 on labor pain sensed by pregnant women. The study universe was consisted of 852 women having natural birth at T.R. Ministry of Health Bağcılar Education and Research Hospital Emergency-Delivery Room between June 1 and September 30, 2012 . Sample of the research was calculated using Number Cruncher Statistical System-Power Analysis and Sample Size (NCSS-PASS). The sample size representing the universe was calculated as minimum of 42 people for each group in accordance with comparison results of VAS average points in Yıldız's study (2003) by 0.01 risk, 0.99% correctness and the condition of  $p=0.05$  and  $1-P=0.80$  power ratio. 88 pregnant women, 44 in experiment and 44 in control groups, who fit the conditions of the study and signed informed consent forms were included in the sample. Data of experiment and control groups was collected by using Pregnancy Information Form, Child Delivery Observation Form, Post-Natal Interview Form, Visual Analog Scale (VAS) and Questionnaire on Acupressure Procedure. To the experiment group, first acupressure procedure was applied when cervical dilatation was 4-5 cm and second acupressure procedure was applied when cervical dilatation was 7-8 cm. Acupressure was applied to L14 points first on right hand, then on left hand during four contractions. Evaluation by VAS were done six times; when the pregnant woman was committed to the hospital, before and after acupressure procedure and two hours after delivery. Only routine nursing procedures were applied to the control group. Average, standard deviation, one directional variance analysis, t test, chi-square test and Pearson correlation test were used in evaluation of data. Significance level was determined as  $p<0.05$ . As a result, it is found that point LI4 acupressure procedure was effective in decreasing the sense of labor pain and in shortening the labor travail time ( $p<0,05$ ) inadequate.

Key Words: Acupressure, Labor Pain, L14 Acupuncture Point, Control of Labor Pain

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum eylemi kadının ve ailenin merakla beklediği en önemli yaşam deneyimlerinden biridir. Bu deneyim çoğu zaman kadınların hafızalarında fiziksel, duygusal ve ruhsal yönleri ile yer edinerek ayrıntıları ile hatırlanmaktadır (Mamuk 2008).

Ağrı, vücudun fizyolojik ve psiko-sosyal etkileşimi sonucu ortaya çıkan subjektif ve karmaşık bir deneyimdir (Chung ve ark 2003). İnsanoğlunun her zaman yaşadığı, paylaştığı deneyimlerin bir parçası olup, hastalıklardan daha fazla insanı etkileyen bir olgudur (Taşçı ve Sevil 2007). Doğum eylemi ise bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Hatta doğum ağrısı; bel ağrısı, kanser ağrısı, fantom ağrı ve nevroloji gibi çeşitli kronik ağrılardan daha şiddetli bulunmuştur (Yeşilçiçek 2010). Doğum ağrısının doğal olduğu, her annenin bu ağrıyı çekmesi gerektiği yanlış inancına karşılık; doğum ağrısı mutlaka kontrol altına alınmalıdır. Kontrol altına alınmayan ağrı anne ve fetüsü sıkıntıya sokar. Bugün artık doğum ağrısının anne, fetüs ve yenidoğan üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Bu olumsuz etkileri daha çok, diğer akut ağrılar gibi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nöroendokrin limbik sistemler üzerine olmaktadır (Ertem ve Sevil 2005). Doğumda yaşanan ağrı ve doğum travmaları, anne sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli sorunlardır. Bu nedenle de pek çok araştırmaya konu olmuştur (Mamuk 2008).

Doğum ağrısı anneyi aşırı şekilde yoran, hiperventilasyon ile oksijen gereksinimini, kan basıncını ve kardiyak out-putu artıran bir olaydır. Doğum ağrısı stres ve anksiyeteye cevap olarak sempatik stimülasyon ve bunun oluşturduğu adrenokortikotropik hormon (ACTH), kortizol, epinefrin, norepinefrin ve beta-endorfinlerin seviyesinde artış sonucunda annede uterin kan akımını azaltarak ve metabolik asidoz oluşturarak fetal hipoksiye neden olmaktadır (Öztürk 2006).

Doğum ağrısının kontrolü, doğum yapan kadınlara verilen bakımın temel amaçlarından biridir. Annenin ağrıyla baş etmesi ve olumlu bir doğum eylemi yaşayabilmesi için ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik birçok yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemlerin seçimi; yöntemin etkisine, uygulanabilirliğine, annenin isteğine ve doğum ekibine bağlıdır (Mamuk 2008). Farmakolojik yöntemler anne ve bebek için olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Borup ve ark. 2009). Ağrının

azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik ve destekleyici metodlar ebelik/hemşirelik uygulamalarının bir parçasıdır ve doğum eyleminde güvenle kullanılabilir (Mucuk ve Başer 2009).

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan farmakolojik yöntemler; narkotik, sedatif, trankilizan ve amnetiklerle sistemik tedavi, bölgesel ve ileti anestezisi ile genel anesteziden oluşmaktadır. Sistemik tedavide her ne kadar uterin kontraksiyonların şiddeti pik noktaya ulaştığında, rahatsızlık hissedilse de bu dayanılmaz bir ağrı değildir. Bölgesel anestezide; pudental blok, spinal anestezi, epidural analjezi ve kaudal analjezi kullanılmaktadır. Bölgesel anestezi kadının uyanık olması nedeniyle sağlık ekibiyle işbirliğini arttırabilir, ağrıyı büyük ölçüde giderebilir ve hem vajinal hem de abdominal doğum için uygun şartlar yaratabilir. Bunun yanında doğum sırasında verilen lokal anestetikler, fetal kalp atım hızı değişikliğine, tam perineal analjezi oluşması sonucu ıkıntı hissinin kaybolmasına ve doğumun ikinci evresinin uzamasına neden olabilir. (Yıldırım ve Şahin 2003).

Doğum ağrısını azaltmak için dokunma ve masaj, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu, intradermal su enjeksiyonu, soğuk ve sıcak uygulama, hidroterapi, akupunktur gibi nonfarmakolojik yöntemler doğum ağrısının kontrolünde kullanılmaktadır (Mucuk ve Başer 2009). Geleneksel Çin Tıbbında sadece doğumu kolaylaştırmak için değil aynı zamanda ağrıyı yönetmek için de çeşitli teknikler kullanılmışlardır. Bunlardan biri de akupresürdür (Kashanian ve Shalali 2010). Yurt dışında yapılan çalışmalarda gebelikte, taşıt tutmalarında, post-operatif dönemde ve kemoterapiye bağlı oluşan bulantı-kusmaların kontrolünde akupresürün etkili olduğu bulunmuştur. Akupresür, vücudun akupunktur noktalarına parmak, avuç içi veya akustimülasyon bantlarıyla (Sea-Band, Relief Band) uygulanan bir stimülasyon yöntemidir. Non-invazif, ucuz, uygulanması kolay, emniyetli olan bu uygulamayı iyi bir danışmanlıkla hastalar kendi kendilerine de yapabilirler (Taşpınar 2006).

Doğum eyleminin indüksiyonunda kullanılan akupunktur ve akupresür noktaları: BL67, SP6, LV3, LI4, BL31, BL32, GB21, ve SP9dur. Bu akupunktur noktaları üzerine akupresür yapmanın hipofizden oksitosin salınımını stimüle ederek, uterus kasılmalarını uyardığına ve doğum sürecini etkilediğine inanılmaktadır. Kasılmalar zayıfladığında veya doğum eylemi yavaşladığında BL60, BL67, GB21, ve SP6 noktasına yapılan



akupresür ile uterus kasılmalarının geri döndüğünden ve durumun düzeldiğinden bahsedilmektedir (Lee ve ark 2004).

Doğumhanede çalışan hemşire ve ebeler, doğum eylemine hazırlanmamış gebe kadına nonfarmakolojik yöntemleri öğretmek veya bu yöntemleri kadına uygulayarak, gebenin doğum ağrısı ile baş etmesine ve doğum eyleminin süresinin kısılmasına yardımcı olabilirler. Böylece farmakolojik yöntemlere duyulan gereksinim de azalacaktır. Bunun yanı sıra, anne ve fetüs sağlığı korunduğu gibi, doğum travmasının uzaması, alerjik reaksiyon vb. farmakolojik yöntemlere özgü riskler ortadan kalkacaktır (Yıldırım 2001).

Bu nedenle, bu çalışma, doğum eyleminde, elde bulunan Kalın Barsak 4 (Large Intestinal 4-LI4 ) enerji meridyen noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısı algısını azaltmaya etkisini ve LI4 noktasının etkili kullanımını geliştirmek amacıyla randomize deneysel olarak planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. NORMAL DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUM

Doğum eylemi; fetüsün dış ortamda yaşama yeteneğini kazanmasından sonra, uterus kontraksiyonları ve diğer yardımcı güçlerin etkisiyle gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı süreçtir (Archie 2007; Taşkın 2005; Coşkun 2000). Doğum eylemi dört devreden oluşmaktadır.

#### 2.1.1. Doğumun I. Devresi (Dilatasyon)

Doğumun ilk evresi, düzenli aralıklarla gelen uterin kontraksiyonlarıyla başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Yapılan medikal girişimler ve kişisel farklılıklar nedeniyle birinci evrenin ortalama süresinde farklılıklar yaşansa bile doğum eyleminin en uzun aşamasıdır. Primiparlarda doğumun birinci aşamasının ortalama 6-12 saat, multiparlarda 6-8 saat olduğu bildirilmektedir. Bu devre kendi içinde latent, aktif, geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (Archie 2007; Taşkın 2005; Coşkun 2000; Kaufman ve ark. 2010).

##### a) Latent faz

Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar, dilatasyon her iki grupta 4 cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nuliparlarda 0, multiparlarda 0 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Erken membran rüptürü gelişmediği sürece membranlar kapalıdır. Kontraksiyonlar 15- 30 dakikada bir gelip ortalama 20 sn sürer ve hafif şiddettedir. Latent faz; primiparlarda 8-9 saat, multiparlarda ise 5-6 saat sürmektedir. Bu fazda anneler genellikle rahattır. Odaklandıkları noktalar ağrı ve bebektir. Dikkatli ve iletişime açıktırlar, ağrı kontrolünde oldukça iyidirler. Bu dönemde anneler en çok susuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, karın ve sırt ağrısı, sık idrara çıkma, dönem uzarsa yorgunluktan şikâyet ederler (Mamuk 2008; Taşkın 2005; Coşkun 2000, Cunningham ve ark. 2005; Kaufman ve ark. 2010).

Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan ebelik girişimleri arasında; gezdirme/ dinlendirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, kontraksiyonlar sırasında gevşeme ve solunum tekniklerini uygulatma, duş aldırma, bilgilendirme, sık sık pozisyon değiştirme yer almaktadır (Archie 2007; Mamuk 2008; Taşkın 2005; Coşkun 2000, Cunningham ve ark. 2005; Kaufman ve ark. 2010; Wu 2012 ).

### b) Aktif faz

Dilatasyon 4 cm olduğunda başlar ve 7-8 cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nuliparlarda +1 ile +2, multiparlarda +1 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Membranlar kapalı veya açılmıştır. Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelip ortalama 30- 60 sn sürer ve orta şiddettedir. Kontraksiyon şiddetinde yaşanan artış annede yorgunluk, anksiyete ve endişe yaratarak destek ihtiyacını artırır. Anne ile iletişimin zorlaştığı bu fazda şiddetli ağrı, ağrının sırta ve bacaklara yayılması, pubisin üstünde ve sakrumda basınç hissi, terleme, yüzde kızarma, yorgunluk ve uyuklama gözlenir. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan ebelik girişimleri arasında; sık sık pozisyon değiştirme, gezdirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, sırt ve bacaklara efloraj, ılık duş, solunum ve gevşeme teknikleri, sıcak soğuk uygulama, odaklanma, müzik terapi, bilgilendirme, analjezik ve anesteziik uygulamalar yer almaktadır (Archie 2007; Taşkın 2005; Cunningham ve ark. 2005; Demir 2012; Davis 2004; Pernol ve Pernol 2002; Kaufman ve ark. 2010; Wu 2012).

### c) Geçiş Fazı

Dilatasyon 8 cm olduğunda başlar, servikal dilatasyon ve silinmenin tam olmasıyla tamamlanır. Membranlar açılmıştır. Kontraksiyonlar 2 - 3 dakikada bir gelip ortalama 40 – 90 sn sürer ve şiddetlidir. Bu dönemin primiparlarda 3 saatten, multiparlarda ise 1 saatten uzun sürmemesi beklenir. Annenin bu dönemde rahatsızlığı artmıştır, yorgun ve sinirlidir, iletişim belirsizdir ayrıca yalnız kalmaktan korkmaktadır. Bu dönemde anneyi yalnız bırakmamak, bilgilendirmek, rahatlatması için boyna ve yüze soğuk uygulama yapmak, solunum ve gevşeme tekniklerini kullanmak etkili olmaktadır (Archie 2007; Cunningham ve ark. 2005; Pernol ve Pernol 2002; Taşkın 2005; Kaufman ve ark. 2010).

### 2.1.2. Doğumun II. Devresi ( Ekspulsiyon )

Eylemin ikinci devresi Serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Literatürde ikinci devre süresine ilişkin tam bir fikir birliği yoktur ancak bu devrenin iki saatten uzun sürmesinin risk faktörlerini arttıracığı belirtilmektedir. Uzamış ikinci devrede yaşanacak riskler; fetal mortalite ve morbidite ile annede atoni riskinin artmasıdır. Doğumun ikinci devresi birinci devrede olduğu gibi pariteden etkilenmekte ve pek çok kaynak bu devrenin primipar kadınlarda ortalama 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda ise 5–30 dakika sürdüğünü bildirmektedir. Doğumun 2.

devre süresi parite kadar, epizyotomi, fundal basınç, oksitosin indüksiyonu, amniyotomi, kullanılan doğum pozisyonu, ıkınma tekniği, farmakolojik anestezi vb. girişimlerden de etkilenmektedir. Serviksin tam dilatasyonundan önce kendiliğinden erken ıkınma isteği sıklıkla görülür. Bu erken ıkınma prezante olan kısmın pelvik tabandaki kasların gerilmesi ile oluşan Ferguson refleksini tetikler. Rektum üzerine bası olduğu için defekasyon hissi oluşabilir, bu durum ıkınmanın bırakılmasına neden olabileceği için anneye oluşan bu hissin nedeni anlatılmalıdır. İkinci evrede ıkınma çoğu zaman refleks olarak başlar ve devam eder. Bazen motive etmek ve yol göstermek gereklidir. Anne bu dönemde kontraksiyonla gelişen itici gücünü nasıl kullanacağı konusunda cesaretlendirilmeli, kontraksiyon aralarında ise tam gevşemesi ve dinlenmesi sağlanmalıdır. Çoğu anne doğumun ikinci devresini, doğumun en zor ve ağrılı dönemi olarak tanımlamaktadır. Anneler bu dönemde gücünün tükendiğini, yardımsız kaldığını ve kontrolünü kaybettiğini hisseder. Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan College of Obstetricians and Gynecologists (1997) prenatal bakım kılavuzunda anne ve fetus güvenliğinin sağlanması için doğum eyleminin ikinci aşamasında her gebeye bir ebenin bakım vermesi gerektiğini bildirmektedir. İkinci devre annenin desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir. Yorgun anneyi bu dönemde rahatlatmak için terinin silinmesi, yüze dudaklara ve perineye buz uygulaması etkilidir. Ayrıca literature göre perineal sıcak uygulamayla beraber, lubrikanlı veya tek başına perine masajı yapmak, perine ağrısının azaltılmasında ve perine bütünlüğünün korunmasında yararlı olmaktadır (Archie 2007; Cunningham ve ark. 2005; Davis 2004; Çalışkan 2012; Pernol ve Pernol 2002; Taşkın 2005; Sağlık Bakanlığı 2005; Ling ve Duff 2006; Yıldırım 2005; Kömürcü ve Berkiten 2008; Adams ve Ann 2008; Demir 2012; Kaufman ve ark. 2010; Wu 2012).

### **2.1.3. Doğumun III. Devresi ( Halas )**

Eylemin üçüncü devresi bebeğin doğumundan sonra başlayıp, plasenta ve membranların tam olarak atılması ile sonlanır. Normalde ilk birkaç güçlü kontraksiyon olduğunda bebeğin doğumundan 5-10 dakika sonra plasenta ayrılır. Bu devrenin 30 dakikadan uzun olması plasenta yerleşim anomalilerinin (plasenta akreata, inkreata, perkreata), plasenta retansiyonunun ve bunlara paralel gelişen enfeksiyon ve kanamaların habercisi olabileceğinden önemlidir. Üçüncü devrede anne; titreme, hafif orta şiddetli uterus kasılmaları, susuzluk, açlık, yorgunluk, uyuklama, perinede ağrı ve analjezi azlığı yaşamaktadır. Erken postpartum kanamalar bu devrede yaşanacağından kanama kontrolü ve hayati bulguların takibi son derece önemlidir. Bu dönemde anne

konforunu sağlamak için sıcak tutmak, doğumda gelişen sırt ağrılarını azaltmak için uygun pozisyon vermek yapılacak diğer yararlı girişimlerdenidir (Archie 2007; Demir 2012; Cunningham ve ark. 2005; Pernol ve Pernol 2002; Taşkın 2005; Sağlık Bakanlığı 2005; Ling ve Duff 2006; Kaufman ve ark. 2010; Wu 2012).

#### **2.1.4. Doğumun IV. Devresi ( Kanama Kontrol, Erken postpartum)**

Plasentanın doğmasından sonraki ilk 4 saatlik süre eylemin dördüncü devresi olarak tanımlanmaktadır. Annede şiddetli titreme, susuzluk, açlık, yorgunluk, perinede sızlama ve ağrı vardır. Bu aşamada postpartum kanamaların takibi oldukça önemlidir. Ebe bu dönemde anne bebek iletişimini sağlamalı, emzirmeyi desteklemeli, annenin analjezi ihtiyacını karşılamalıdır. Ayrıca annenin uygun pozisyonda dinlenmesi ve açlık durumunun giderilmesi de sağlanmalıdır. Bu devrede perineye buz uygulamak perinede gelişecek hematoma ve ağrının giderilmesinde kullanılabilir (Archie 2007; Cunningham ve ark. 2005; Davis 2004; Taşkın 2005; Sağlık Bakanlığı 2005).

## **2.2. AĞRI**

Latince, Yunanca ve Fransızca'da "poena" yani "cezalandırma" anlamına gelen ağrı, yüzyıllardır insanoğlunun açıklamaya çalıştığı bir kavramdır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP- International Association of Study of Pain) ağrıyı; "Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, mevcut veya potansiyel doku hasarı ile birlikte bulunan veya bulunmayan, hoş olmayan, duyuşsal ve emosyonel deneyimdir." şeklinde tanımlamıştır. Melzack'a göre çok boyutlu, hoş olmayan bir duyu ve emosyonel deneyim olan ağrıyı en kabul edilebilir ve yararlı olarak Mc Caffery tanımlamıştır. Mc Caffery "Ağrı, hastanın söylediği şeydir. Eğer hasta söylüyorsa vardır" şeklinde tanımlamıştır (Erdine 2003; Eti Aslan 2002; Raj 2007; Long 2002; Yeşilçiçek Çalık 2010). Bu tanımlara göre ağrı her zaman kişiye özeldir. Kişiden kişiye büyük farklılık gösterir. Bu nedenledir ki, ağrı dediğimiz deneyimi değerlendirirken fiziksel boyutunun yanı sıra öznelliği de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda hastanın ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişecektir. Ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (Eti-Aslan 2002; Ulutaş 2011; Long 2002 Güleç ve Güleç 2006).

Ağrı, çok boyutlu bir deneyimdir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durumdur. Sınıflaması oldukça karmaşık, tedavisi ise en kötü olasılıkla imkansız, en iyi olasılıkla zordur (Raj 2007).

### 2.3. AĞRI TEORİLERİ

Ağrı algısı; bireyin çevresi, cinsiyeti, kültürü, eğitimi ve deneyimleri gibi pek çok emosyonel ve davranışsal faktörden etkilenen, bireyden bireye değişen, subjektif ve tanılaması zor olan karmaşık bir durumdur. Ağrı teorileri, doğumdaki ağrılı hastanın ağrısının giderilmesinde bazı uygulamaların temeline dayandığından, bu bölümde bazı ağrı teorilerine değinilmiştir (Ay ve Alpar 2010; Kömürcü ve Berkiten 2008; Güleç ve Güleç 2006).

Ağrı mekanizmasını açıklamak için yapılan çalışmalar;

1-Yalnızca fizyolojik mekanizma ile ilgili olanlar,

2-Psikolojik mekanizmalar şeklinde ayrılırlar.

#### 2.3.1. Ağrının Fizyolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorileri

a) **Primitif teori:** Ağrı konusunda ilk teori Aristo tarafından ileri sürülmüştür. Aristo, ağrının bir duyudan daha çok bir his olduğunu ileri sürmüştür. Ağrıyı haz duygusunun karşıtı, hoşnutsuzluklar bütünü olarak tanımlamıştır (Işık 2006).

b) **Spesifite teorisi:** Ağrı ile ilgili fizyolojik mekanizmaların açıklanmasına yönelik ilk görüş Spesifite Teorisidir. Stimüle edilen ciltten spesifik bir beyin merkezine direkt iletim olduğu fikri ilk olarak 1644 yılında Descartes tarafından ileri sürülmüştür. Ondokuzuncu yüzyılda deneysel araştırmalardaki artışla birlikte Mueller, spesifik sinir enerjisi doktrinini ortaya atmış ve beş klasik duyu tanımlamıştır. Her bir tip duyu sinirini takip eden terminal bir beyin merkezini araştırmıştır. Modern Spesifite Teorisinin babası kabul edilen Max Von Frey, 1895 yılında ciltte sıcak, soğuk, dokunma ve ağrı duyularını algılayan spesifik reseptörler olduğunu belirtmiş ve spesifik reseptör teorisini ileri sürmüştür. Diğer araştırmacılar da bunu geliştirerek; spesifik periferik sinir lifleri, omurilikte spesifik ağrı yolları, talamus ve kortekste spesifik ağrı merkezlerinden oluşan bir sistemi ileri sürmüşlerdir. Kısaca, spesifik teoriye göre ağrı spesifik liflerle iletilir. Bu uyarılar merkez sinir sisteminde spesifik bir alanda sonlanırlar (Işık 2006; Bond ve Simpson 2006).

### 2.3.2. Ağrının Psikolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorileri

a) **Pattern (Kalıp-Model) teoriler:** Ağrıda psikolojik unsurları açıklamaya yönelik olan ilk düşünce Pattern Teorisi olarak bilinmektedir. 1894 yılında Goldscheider, ağrı duyusunun son ve kritik belirleyicisinin uyarının süresi ve stimülüslerin toplamı olduğunu ileri sürmüştür. Pattern teorisine göre impuls spinal korda girdikten sonra ağrı duyusunun başlaması için uyarının birikmesi gerekir. Bu birikimin sinir sistemindeki akımlar olduğu ileri sürülmüştür. Nöronun bir kollaterali kendisinin yeniden uyarılması için uyarılır. Bu feedback mekanizma nöronu sürekli deşarj halinde tutar (Erdine 2003; Işık 2006; Bond ve Simpson 2006).

### 2.3.3. Ağrının Fizyolojik ve Psikolojik Mekanizmalarına Göre Ağrı Teorileri

a) **Kapı Kontrol Teorisi:** Kapı kontrol teorisi, 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülmüştür. 1980'lerde yeniden geliştirilen kapı kontrol teorisi; ağrının ilk olarak spinal kordda kontrol edildiği düşüncesini savunmakta ve bugünde geçerliliğini sürdürmektedir. Bu teoriye göre deriden gelen uyarılar spinal kord ve beyinde modülasyona uğrarlar. Geçmişte spinal kord sadece bir durak olarak görülmekteydi. Kapı kontrol teorisinin önemi spinal kordun sadece bir durak olmadığını, ağrı kontrolünde başlı başına bir engel organ olarak çalıştığını göstermesidir. Ancak kapı kontrol teorisi merkezi sinir sistemindeki uzun süreli değişiklikleri tam olarak açıklığa kavuşturamamıştır (Erdine 2003; Yeşilçiçek Çalık 2010; Hamilton 2009).

Teoride ağrının varlığı ve şiddetinin nörolojik uyarıların geçişine bağlı olduğu, sinir sistemindeki kapı mekanizmalarının ağrı geçişini kontrol ettiği ve kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarıların bilinç düzeyine ulaşp, ağrı hissedileceği, eğer kapı kapalı ise, uyarılan bilince ulaşamayacağı ve ağrı hissedilmeyeceği ileri sürülmektedir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011).

Bu teorinin ağrının giderilmesine katkı sağlayan üç yönü şu şekildedir;

- **Deri uyarısı ağrıyı giderebilir:** Kapı kontrol teorisine göre ağrı uyarıları küçük çaplı lifler tarafından taşınır. Büyük çaplı lifler, küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara kapıyı kaparlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının çoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir.

Masaj, sıcak ve soğuk uygulama, dokunma, TENS (transkutan elektrik stimülasyonu) ve akupunktur gibi özel tip deri uyarıları bu teoriye örnek olarak verilebilir.

- **Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir:** Beyin sapındaki retiküler yapı duyuşal girdileri düzenler. Eğer kişı yeterli ya da aşırı miktarda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri az ise ağrı uyarılarını inhibe olmaz, kapı açıktır ve ağrı uyarıları gezer. Ağrı giderme yöntemlerinin çoğunda belli derecelerde duyuşal girdi vardır. Düşleme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ile hastanın ağrısını düzene sokması sağlanabilir.

- **Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duyusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir:** Kişinin düşünceleri, duyguları ve belleğindeki olaylar korteksteki tetik, ağrı uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Ağrı ile ilgili geçmiş deneyimler hastanın o andaki ağrısına vereceği yanıtı etkiler. Ağrı gereksiz anksiyete kaynaklarının azaltılması, hastanın güven ve kontrol duygularının artırılması ile giderilebilir (Yıldırım 2001; Kömürçü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011; Mamuk 2008).

#### b) Endorfin teorileri

1970'lerin ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı opioidlere benzer maddeler (norepinefrin, serotonin) tanımlanmış ve bunlara "endorfin" denilmiştir. Endorfin terimi "endojen" ve "morfin" kelimelerinin birleşimi olup, içinde morfin olan demektir. Beyindeki bir uyarının endorfin salgılattığına inanılmaktadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulurlar (Babacan 2011; Kömürçü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011; Yıldırım 2001).

Yapılan çalışmalarda endorfin düzeylerinin yükselme ya da alçalmasında etkili olan şu faktörleri tanımlamıştır;



### Endorfin Düzeyini Azaltan Faktörler

- Uzun süreli ağrı
- Tekrarlayan stres
- Morfin ya da alkolün uzun süreli kullanımı

### Endorfin Düzeyini Yükselten Faktörler

- Hafif ağrı
- Hafif stres
- Fizik egzersiz
- Yoğun travma
- Akupunkturun bazı tipleri
- Bazı TENS uygulamaları
- Cinsel aktivite

Doğum eyleminin süresi, annenin stresli olması ve alkol ya da ilaç kullanımı, annenin gebelik egzersizleri yapma gibi durumları ağrıyı bu teoriye göre etkiler. Masaj ve akupresür, endorfin üretimi ile ağrı durusunu azaltabilmektedir (Yıldırım 2001; Karamehmetoğlu 2001; Yeşilçiçek Çalık 2010; Öztürk 2006).

Endorfin teorilerinin ağrının anlaşılması ve giderilmesine katkıları;

- Endorfinlerin doğal maddeler olması, opioidlere göre yararlarının çok, yan etkilerinin az olması gibi avantajları nedeniyle hastanın kendi endorfinlerini artırıcı çalışmalara yönelmesinin yararları gündeme gelmiştir.
- Endorfin teorileri, ağrı algılamasını ve analjezi gereksiniminin bireyden bireye farklılık gösterdiğinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur.
- Hafif ağrı, hafif stres, fiziksel egzersiz, yoğun travma, masaj, TENS ve bazı akupunktur uygulamaları gibi deri stimülasyonlarının endorfin yapımını uyararak ağrı kontrolüne yardımcı olduğu gösterilmiştir.
- Endorfin teorileri, ağrının algılanması ile ilgili kimyasal medyatörlerin tanımlanmasına ve ağrı iletisinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur (Kömürcü ve Berkiten 2008).

### c) İnteraktik Ağrı Modeli

Ağrısı olan ve ona reaksiyon gösteren hastalar çeşitli sosyal sistemlerin içindedir (aile, kültür, bakım sistemi gibi). Bu sosyal sistemler ağrının yorumlanmasını, ifade

ediliş biçimini ve ağrı giderilmesi için neyin yapılabileceğini etkiler. Sosyal sistemler hastayı ve bakım verenlerin davranışlarını düzenler ve önemli bir biçimde de ağrının giderilmesini etkiler (Kömürcü ve Berkiten 2008; Öztürk 2006).

#### **2.4. DOĞUM AĞRISI VE FİZYOLOJİSİ**

Doğum eylemi kadın yaşamının bilenen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Akut bir ağrıdır. Başta katolikler olmak üzere Hristiyan kültüründe, doğum ağrısı olmak üzere her türlü ağrılı durum, “şeytan işi” olarak algılanırdı. Ağrıya dayanmanın sonucunda cennet keşfedilir, ölümlülerin ülkesinden sonsuz yaşam doğar ve büyük bir mutluluk hissedilirdi. İnsanların bu tip bir ağrıya, hatta diğer akut ağrılara istekli olmasının nedeni, Tanrı’nın, ağrıya en çok dayanan kişiye cennetin kapılarını açacak yardımlarda bulunacağı inancıydı. Katolik kültürünün alışkanlıklarına rağmen, 150 yıllık resmi tıp tarihinde doğum ağrısını ortaya çıkaran temel nedenlere büyük ilgi duyulmuştur. Ağrı kesici olarak dietil eter ve kloroformun geçici etkileri incelenmiş, ağrıyı ne süreyle azalttığı, fetüsün çıkış süresini nasıl etkilediği izlenmiştir. Kültürel tüm direnmelere rağmen, Kraliçe Victoria’nın 1853 yılında, kloroform ile ağrısının hafifletildiği bir travay sonunda Prenses Leopold’ü, bundan dört yıl sonra da aynı yöntemle Prenses Beatrice’i doğurması büyük sansasyona yol açmıştır (Ertem ve Sevil 2005; Taşçı ve Sevil 2007; Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007).

Doğum ağrısının doğal olduğu, her annenin bu ağrıyı çekmesi gerektiği yanlış inanışına karşılık; doğum ağrısı mutlaka kontrol altına alınmalıdır. Kontrol altına alınmayan ağrı anne ve fetüsü sıkıntıya sokar (Ertem ve Sevil 2005; Taşçı ve Sevil 2007).

Doğum ağrısının fizyolojisinin anlaşılabilmesi için kadın genital organlarının yapısı ve innervasyonunun bilinmesi gerekir. Pelvik organlar hem sinirsel hem de hormonal kontrol altındadır. Doğum ağrısının fizyolojisinde periferik sistem, spinal kord, çıkan yollar, lateral medial sistemlerle, korteks rol oynamaktadır (Ertem ve Sevil 2005; Kömürcü ve Berkiten 2008).

Doğum ağrısının mekanizmaları hakkında ilk bilgiler 1933 yılında Cleland tarafından ortaya konmuş, Bonica ise bu konudaki en son bilgileri düzenlemiştir. Buna göre, uterusun düzensiz kasılmaları ile başlayan ve plasentanın çıkarılmasına kadar

devam eden travay sırasında plasentanın çıkarıldığı III. evre dışında, diğer iki evrede farklı yollarla iletilen farklı ağrılar oluşmaktadır (Kömürcü ve Berkiten 2008).

Doğum ağrısı beklenen ve hazırlık dönemi olan bir özelliğdir. Ağrı günlerce veya aylarca sürmez. Dinlenme dönemleri vardır ve şiddeti değişkendir. Doğum ağrısının nöral mekanizmaları, doğumda ağrının uygun şekilde giderilmesinde bir temel oluşturur. Üreme organlarının innervasyonu 5 genel bölüme ayrılabilir: (I) uterus; (II) alt uterin segment; (III) serviks; (IV) vajina ve (V) perine (McDonald ve Noback 2003; Ertem ve Sevil 2005).

#### **2.4.1. Travayın Birinci Evresindeki Ağrı**

Uterus ve serviksin afferent lifleri primer olarak, sempatik sinirlerle giden A-delta ve C lifleridir. Uterus ve alt uterin segmentler, T10, T11, T12 ve L1 segmentlerinin arka kök gangliyonları hücre gövdelerindeki afferentler innerve edilirler. Doğumun birinci evresinde bu liflerin yakın olduğu bölgeye yapılan anestezi enjeksiyonu ağrıyı azaltır. Afferent yollar, sempatik sinirler ile birlikte seyrederek pelvik ve servikal pleksusları oluştururlar. Bu 4 segmentten gelen afferentler, 3 hipogastrik pelvik pleksusa doğru ilerler ve en sonunda arka boynuzdaki internöronlarla sinaps yapmak üzere arka köklere geçerler. Viseral ağrının tipik bir örneği olan uterus kontraksiyonlarının neden olduğu ağrı, uterus ve serviksten input alan aynı spinal kord segmentleri ile ilgili dermatomlara yansır. Serviks de T10-T12 yolları ile innerve olur. Erken birinci evrede, T11-T12 bölgesinde künt bir ağrı hissedilir. Doğum eylemi ilerlediğinde ağrı giderek şiddetlenir ve T10-L1 sinirlerle karın, alt bel ve üst sakral bölgeye iletilir (McDonald ve Noback 2003; Lowe 2002, Özkan 2012).

Perinenin innervasyonu ise, pudental sinirler yoluyla direkt olarak spinal arka boynuza gelen sakral sinir kökleri ile olur. Vajinada, uterin- servikal bölgeden gelen afferentlerin %70'inden fazlası ile serviksin her iki yanındaki inferior hipogastrik pleksus sinirlerinin bağlantı yaptığı ve birbiri ile örtüştüğü karışık bölgeler varken, vajina ve alt genital traktustan gelen afferentlerin geri kalanı pudental sinire katılırlar. Uterus boynuzlarının innervasyonu da ayrıdır ve sempatik sinirler yolu ile olur. Reprodüktif sistemin sinir lifleri ince miyelinli ve miyelinsiz tipte olup diğer viseral organların innervasyonuna benzer (McDonald ve Noback 2003, Melzack ve Wall 2006).

### 2.4.2. Travayın İkinci Evresindeki Ağrı

Doğum eyleminin ilk safhasının sonlarında perineal ağrının başlaması fetusun ilerlediğini ve doğumun II. evresinin başladığını gösterir. II. evredeki ağrı vagina ve perinenin gerilmesiyle oluşur. Doğumun 2. ve 3. evreleri, pudental siniri ve S2, S3 ve S4'ten çıkan diğer küçük sinirleri ilgilendirdiğinden, vajina ve perine aynı nöral yollarla innerve olurlar. Bacak üst kısımlarında hissedilen ve intrapelvik oluşumlar üzerindeki basının oluşturduğu kendine özgü ağrı, genellikle yukarıda L2'ye ve aşağıda S3'e kadar olan lifleri içerebilir. Spinal kordun tüm seviyelerinden kalkan afferent impulslar beyine ulaşır ve ağrı algılanır (McDonald ve Noback 2003; Melzack ve Wall 2006; Öztürk 2006).

**Doğum ağrısı;** anneyi mekanik olarak aşırı şekilde yoran, anksiyete ve strese neden olan, hiperventilasyon ile oksijen ihtiyacını arttıran bir olaydır. Doğum ağrısı, stres ve anksiyeteye cevap olarak sempatik stimülasyon ve bunun oluşturduğu değişiklikler sonucunda annede metabolik asidoz ve uteroplantal kan akımında azalmaya neden olur. Bu durum fetal oksijenizasyonu bozar (Varassi, Marinangeli, Beltrutti 2007; Ertem ve Sevil 2005; Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011).

### Doğum Ağrısının Özellikleri

- Ağrı normal sürecin parçasıdır. Diğer ağrı çeşitleri yaralanma ya da hastalıkları işaret ederken doğum ağrısı tamamen normaldir. Hem gebenin bu durumdan kurtulmak için çaba sarfetmesini hem de bebeğin doğum yolunda ilerlemesini sağlar.
- Doğum ağrısı beklenir, bir hazırlık dönemi vardır. Gebe kadının, doğuma hazırlanabilmesi için zamanı vardır ve bu süreler içinde de gebe kadın ağrı kontrolünü başarabilecek beceriler geliştirebilir. Bilgilendirme ve hazırlama, ağrı ile baş etme becerilerinin kazanılmasını sağlar.
- Doğum ağrısı belirli bir zaman sürecini içerir. Ağrı günlerce, aylarca sürmez, birkaç saat içinde biter.
- Doğum ağrıları sürekli değildir. Dinlenme dönemleri vardır. Erken travayda (servikal dilatasyon <5 cm.) doğum ağrısı rahatsız edici, servikal dilatasyon >5 cm. ise ıstırap verici, korkunç ve dayanılmaz olarak tanımlanmıştır. Doğum ilerledikçe ağrının şiddeti ve süresi artar, dinlenme

dönemlerinde ise çok kısıda olsa rahatlarlar. Ayrıca gebelerde ağrının değişkenliği ve analjezik gereksinimi farklıdır.

- Doğum ağrısı jeneralize otonomik yanıtı uyandır. Visseral ağrının diğer formları gibi doğum ağrısı kuvvetli ve kompleks otonomik yanıtı uyarmaktadır. Bu yanıtlar, fetuse olacak ters etkilerinden dolayı obstetride önemlidir. Kontraksiyonlar sırasındaki hiperventilasyon maternal-fetal oksijen transferini bozar, kontraksiyonlar arasındaki maternal hipoventilasyon maternal ve fetal hipoksemiye neden olabilmektedir. Sempatik sinir sisteminin eksitasyonu ve dolaşan katekolaminlerin artması maternal taşikardi, hipertansiyon, uterin arter konstriksiyonu ve fetal asfiksiye yol açabilmektedir. Etkili maternal analjezi bu yanıtları kaldırır ve fetus sağlığına katkıda bulunmaktadır

- Ağrı kontrolüne katılım ve işbirliği fazladır. Doğum ağrısı çekerken annelere bebeklerinin sağlık durumunu düşündürerek ağrıyı daha kolay tolere etmeleri sağlanır (Ünlügenç 2006; Öztürk 2006; Ertem ve Sevil 2005; Yıldırım 2001; Baker ve ark. 2001; Lowe 2002).

**Tablo 2-1: Doğum Eylemi Sırasında Yaşanan Ağrının Özellikleri**

Doğum ağrısı	Doğum eyleminin birinci evresi	Doğum eyleminin ikinci evresi	Oksiput posterior pozisyon
<b>Yeri</b>	Başlangıçta belin alt kısmındadır. Doğum eylemi ilerledikçe vücudun alt kısmını sarar.	Vajina, perine	Belde
<b>Şiddeti</b>	Başlangıçta hafiftir, daha sonra şiddeti artar, özellikle geçiş fazında çok şiddetlidir.	Şiddeti geçiş fazına oranla azdır.	Şiddetli
<b>Özellikleri</b>	Dalgalanmalar gösterir. Yükselmeler ve alçalmalar vardır. Sonlara doğru ağrı periyodu 45 sn ile 90 sn arasında değişir.	Gerilme, kesilme zamanı zamanda yamıca tarzıdır.	Derinden gelen basınç ve gerilme tarzındadır.

\*Yıldırım,2001

## 2.5. DOĞUM AĞRISINDA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER

### 2.5.1. Fizyolojik Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasında iki öge etkili olmaktadır. İlki fizyolojiktir ve duyuşal reseptörlerle oluşur. İkincisi psikolojik kaynaklı olup tepki sürecini içermektedir. Bu ağrıların etkileri sıklıkla, diğler akut ağrılarda olduğu gibi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nöroendokrin ve limbik sistemler üzerine etkili olmaktadır. Doğumun I. evresindeki ağrı başlangıçta visseraldır, serviks ve alt uterin segmentin gerilme ve distansiyonu ile çıkar ve lumbar ve alt torasik dermatomlara ulaşır. İniş fazında ağrı, pelviste olup perineal ve somatik tarzda ağrı baskındır. Ağrı vajinal kanalı çevreleyen pelvik yapıların çekilmesi, pelvis tabanı ve perinedeki gerginlikten kaynaklanır (Taşkın 2005; Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008).

**Uterusta Hipoksi:** Anne, her bir kontraksiyonda önemli bir ağrı yaşar. Kontraksiyonların etkisi ile uterusu giden kan damarlarındaki sıkışmaya bağılı olarak uterusu gelen kan akımı önemli ölçüde azalır. Uterin kasların yeterli kanlanamamasına bağılı olarak bu bölgede gelişen hipoksi nedeniyle ağrı oluşur. İki kontraksiyon arasındaki gevşemeler kan akımını sağlar. Kontraksiyonlar arasında yeteri kadar gevşeme olmazsa ağrı çok yükselir (Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay 2009).

**Servikal Gerginlik ve Serviksin Sinir Ganglionlarına Baskısı:** Serviksin gerilmesiyle uterus kontraksiyonlarına neden olan fetal baş, aşağıya doğru iterek serviksin dilate olmasını sağlamaktadır. Ayrıca serviksin gerilmesi gerilimi maternal hipofiz arka loptan oksitosin salgılamasına yol açarak uterus kontraksiyonlarının sıklık, süre ve şiddetini artırmaktadır. Oksitosin bağlanma reseptörlerinin sayısının artması sonucunda gap kavşaklardan iletim akışında da artış görülür. Yaşanılan ağrı giderek şiddetlenir (Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay 2009; Yeşilçiçek Çalık 2010).

**Kontraksiyonların Süre, Şiddet ve Sıklığı:** Normal doğum için uterin kontraksiyon ve progresif servikal dilatasyon gereklidir Eylemin başında 15-30 dakikada bir gelen ve 15-30 saniye süren kontraksiyonlar, I. evrenin aktif fazı sonunda 2-3 dakikada bir gelen 60-90 saniye süren ve daha şiddetli kontraksiyonlara dönüşür. Kontraksiyonların şiddet, süre ve sıklığındaki artışla ağrı düzeyinde de artış

görülmektedir (Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay 2009; Yeşilçiçek Çalık 2010).

**Servikal Değişiklikler:** : Doğum ağrısının oluşmasında en büyük neden serviksin dilatasyonu ve efasmanıdır. Dilatasyon ve efasman için daha fazla kontraksiyonlara ihtiyaç duyulacaktır. Kontraksiyonların şiddetli olması ve gebenin ağrılarla baş etme derecesi servikal dilatasyonu ve eylemin hızını, süresini etkilemektedir (Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay 2009; Yeşilçiçek Çalık 2010).

**Perineal Gerginlik:** Başın inişi ile bazı dokuların laserasyonu ve perinenin gerilmesi ağrıya yol açar. Özellikle doğumun 2. evresinde fetus ilerledikçe perineal bölgedeki gerilme, genişleme ve bazen yırtılmaların etkisiyle somatik tarzda ağrı oluşur. Kişisel farklılıklar nedeniyle pelvik taban kaslarının değişen esnekliği ağrının farklı düzeylerde hissedilmesine neden olabilir. Kadınlar ağrıyı yanma, yırtılma ya da gerilme hissi şeklinde tanımlar. Bebeğin başının basısı ile perineal sinirler hissizleşerek doğal anestezi sağladığı da düşünülmektedir (Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay 2009; Yeşilçiçek Çalık 2010).

**Gebenin Öyküsü:** Gebenin fiziksel durumu, yaşı, doğum sayısı, yaşanmış deneyimler, sistemik bir hastalık olup olmama durumu, beslenmesi, ağrıya karşı duyarlılığı etkileyen anneye ait fiziksel bulgulardır. Bonica'ya göre, kötü fiziksel durum, malnütrisyon ağrı tolerasyonunu bozan ve distosiye yol açan önemli bir etkidir. Yaşlanma myelinli liflerin kaybına yol açtığından, yaşlı kadınlarda doğum gençlere göre daha az ağrılı olmaktadır. İlk kez doğuran kadınlar daha şiddetli ağrıdan yakınır, doğumları daha uzun sürer ve multiparlara göre daha çok analjezik gereksinimleri olmaktadır (Kömürcü ve Berkiten 2008; Batallan ve ark. 2002; Brown ve ark. 2002; Berman ve Kronenberg 2003).

**Fetal Ağırlık ve Pozisyon:** Doğum kanalı ve fetus arasındaki uyumun derecesi ve fetusun ağırlığı doğum ağrısının şiddetinde etkili olmaktadır. Örneğin oksiput posterior pozisyonda dilatasyonun yavaş olması nedeniyle eylem uzar ve oksipital kemiğin sakral sinirlere yaptığı basınç nedeniyle ciddi sırt ağrısı ortaya çıkmaktadır. Klostergaard ve arkadaşlarının Danimarka'da 139 primipar gebe ile yaptıkları çalışmada; fetus ağırlığı ile ilk kez doğum yapan kadınların doğum ağrısı karşılaştırılmış, fetus ağırlığının doğum ağrısı üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur

(Batallan ve ark. 2002; Klostergaard ve ark. 2001; Kömürcü ve Berkiten 2008; Yıldırım, Sömek ve Kayır 2006).

**Hormonal Mekanizmalar:** Yapılan birçok çalışma dismenore ile doğum ağrısının şiddeti arasında bir bağlantı olduğunu desteklemiştir. Hormonal birçok faktör bir araya geldiğinde kontraksiyonlar çözülmeye, giderek sıklaşmaya, şiddeti artmaya ve kasılma esnasında geçen süreleri uzamaya başlar (Çetingöz 2007; Da Fonseca ve ark. 2003; Bernal 2007; Avcıbay 2009). Fetus miada yaklaştıkça strese girer ve fetal hipofizden adenokortikotropik hormon (ACTH), fetal adrenalenden kortizol salgısı başlar. Yüksek kortizol düzeyinin doğum ağrısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Gerileyen progesteron üretimi ve yükselen estrogen seviyesi prostoglandinlerin üretimini hızlandırır. Prostoglandin salımının artmasıyla, kontraksiyonların şiddetinin artmasının genelde menstrüasyon ve doğum ağrısındaki mekanizmayla benzerlik gösterdiği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Avcıbay 2009; Yıldırım 2001).

**Yapılan müdahaleler:** Doğum eylemi sırasında anne ve fetüsün iyiliği için yapılan girişimler doğum ağrılarının yaşatacağı sıkıntıları daha da arttırabilir. Gebenin mobilizasyonuna engel olan intravenöz uygulamalar ve fetal monitörizasyon ile vajinal muayene ve amniyotomi çoğu gebe için rahatsızlık vericidir. Uterus kaslarının stimule edilmesi için kullanılan uterotonik ajanlar, hipotonik kontraksiyonlarda, eylem başlamasına rağmen kontraksiyonların hala başlamaması veya sistemik bir hastalık nedeniyle eylemin hızlandırılması gereken durumlarda kontrollü olarak kullanılabilirler. Bu ajanların serviks henüz yumuşak, hafif açılmamışken ve baş fikse olmadan uygulanması daha fazla ağrı hissedilmesine neden olabilmektedir (Saymer ve Özerdoğan 2009; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay 2009).

### 2.5.2. Psikolojik Faktörler

Bir kişi doğum ağrısını tolere edemezken, diğer bir kişi rahatlıkla tolere edebilir. Bu yüzden ağrı algılaması basit olarak belli uyarılarla açıklanamaz. Ağrı yaşayana özgü psikolojik faktörlere bağlı son derece kişisel bir deneyimdir. Psikolojik faktörler; kültür, anksiyete ve korku, daha önce yaşanmış deneyimler, doğuma hazırlık ve destek sistemlerini içermektedir (Öztürk 2006; Yıldırım 2001).

**Kültür:** Tüm insanların kültürel geçmişlerine ve yaşadıkları çevreye bakılmaksızın aynı tip “duygusal eşik” sahip oldukları bilinmektedir. Ancak kültürel yapı, ağrı algılama eşikinde ve ağrı tolerans düzeyinde güçlü bir etkiye sahiptir. Kısaca;



kadının sosyo-kültürel temelleri onun doğum ağrısını algılamasını, yorumlamasını ve ağrıya tepkisini etkiler. Hastanın ağrısını anlayabilmek için, onun kendi kültürel değerlerine göre ağrıyı tanımlayabilmek önemlidir. Bazı kültürlerde ağrının ifade edilmesi desteklenirken, bazı kültürlerde kendine hâkim olma önemlidir. Kadının ağlamaması onun ağrısının olmadığı anlamına gelmeyeceği gibi, ağlayıp inlemesi de şiddetli bir ağrı olduğunu düşündürmemelidir. Her iki durumda da ağrı farklı kültürel davranışlarla ifade edilmektedir. Asyalı bir kadın utandığı için ağrısını ifade edemeyebilir. Siyah kadınlar da bunu zayıflık olarak değerlendirir. Orta doğulu kadınlarda eğitim düzeyi düşük olanların yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara oranla, daha çok ağrı yaşadıkları görülmüştür. Bu nedenle gebe kadınlar, ağrı sırasında buldukları rahatlama yollarını açıklamaları konusunda cesaretlendirilmeli ve ifadeler arasındaki farklılıklara saygı duyulmalıdır (Baker ve ark. 2001; Taşkın 2005; Yıldırım 2001; Öztürk; 2006; Taşçı ve Sevil 2007).

**Anksiyete ve Korku:** Anksiyete doğum ağrısıyla yakından ilişkilidir. Fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanışını değiştirebilmektedir.

Anksiyete; ağrı korkusuna, kontrol kaybına, annenin ya da fetüsün olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Ayrıca doğum yapan kadının içinde bulunduğu çevresel faktörler örneğin; hareketlilik, gürültü, yabancı kişiler de doğum eylemi sırasında anksiyeteye neden olabilir Hafif ve orta şiddetli anksiyete ağrıyı algılamayı olumlu etkilerken, şiddeti yüksek olan anksiyete ve korku düzeyi, ağrıya duyarlılığı artırır ve gebenin ağrıyı kontrol etmeye yönelik becerilerini zayıflatır. Ağrı korkusu doğum eyleminin birinci evresindeki ağrı düzeyiyle yakından ilgilidir. Kadının kendisi ve bebeği hakkındaki endişesi doğum eyleminin ikinci evresindeki ağrı düzeyi ile ilişkilidir. Doğum korkusu ve anksiyete kadında katekolaminler gibi stres hormonlarının üretimini tetikleyerek kas tonüsünü artırır, vücuda ve uterusu giden kan akımını azaltarak ağrılı kontraksiyonlara neden olur. Buna ilaveten adrenalin miktarındaki artış doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya neden olarak doğum eyleminin süresinin uzamasına sebep olacaktır. Pelvis kaslarındaki gerilimin uzaması genel bir yorgunluğa, ağrının daha fazla hissedilmesine ve ağrı ile baş edebilme becerilerinde de azalmaya neden olur. Ayrıca, rutin işlemler, kurallar ve düzenlemeler, araç-gereç, yabancı çevre annelerin anksiyetesinin yükselmesine neden

olur (Yıldırım 2001; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay 2009; Yeşilçiçek Çalık 2010; Abuushaikha ve Oweis 2005; Caton ve ark. 2002; Niven ve Murphy-Black 2000).

**Yaşanmış Deneyimler:** Ağrıyla ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkilemektedir. Özellikle ağrılı deneyimlerin aynı durumda benzer şiddette ağrı yaşantısına yol açtığı belirlenmiştir. Geçmiş yaşantısında güç ve uzun sürmüş bir doğum eylemi öyküsü bulunan kadın sonraki doğumlarında daha çok endişeli ve üzüntülü olabilir (Baker ve ark. 2001; Lowe 2002; Avcıbay 2009; Niven ve Murphy-Black 2000; Öztürk 2006).

**Doğuma Hazırlık:** Doğum için hazırlanmanın annenin rahatlamasını sağlayarak, analjezi ihtiyacını azalttığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen verilere göre, doğum öncesi dönemde ebeveyn eğitim sınıflarına katılan kadınların, katılmayanlara oranla, doğum eylemi sırasında daha az ağrı yaşadıkları bulunmuştur (Hodnett 2002; Taşçı ve Sevil 2007; Lowe 2002; Yıldırım 2001).

Doğum öncesi dönemde bakım ve eğitim verenler, öncelikle doğumun olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya çalıştıkları eğitim programlarını hazırlamışlardır. Gelişen ve değişen istekler doğrultusunda eğitim programları ve teknikleri de zamanla farklılık göstermiştir. Ancak yapılan bazı çalışmalar göstermiştir ki bu eğitimler sırasında annenin beklentileri ile sağlık personelinin belirlediği eğitim programları genellikle örtüşmemekte veya ihtiyacı karşılar nitelikte olmamaktadır. Bu nedenle doğum öncesi dönemde eğitim planlanırken öncelikli olarak gebenin ve ailesinin beklentileri, eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir. Kullanılacak olan eğitim yöntemi ise bu eğitimin etkinliğini artırmada oldukça önemlidir (Avcıbay 2009).

Doğuma hazırlık, doğum eylemiyle ilgili bilinmezlikten doğan anksiyete ve korkuyu azaltır. Bu şekilde kadınlar, doğuma hazırlanarak doğum ağrılarıyla başa çıkma becerilerini de öğrenirler.

**Destek Sistemi:** Doğuma yardımcı bir kişinin varlığı ile (kadının esi de olabilir) doğum süresinin kısaldığı, analjezi ihtiyacının azaldığı, komplikasyonlar ile doğum ağrısının azaldığı ve tıbbi tedavinin azalması ile bebek sağlığının daha iyi olduğu, anne memnuniyetinin arttığı ayrıca forseps ve sezaryen endikasyonunun azaldığı şeklinde pozitif etkilere neden olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Bunun yanında, endişeli bir eş, doğum eylemi sırasında kadının ihtiyaç duyduğu destek ve güveni sağlamak konusunda yetersiz kalabilir ve buna bağlı olarak da kadının yaşamış olduğu anksiyete düzeyi de

artmış olabilir. Eğer kadının çevresindeki kişiler endişeli ise kadın bundan büyük ölçüde etkilenecektir (Yıldırım 2001; Brown ve ark. 2002; Hodnett ve ark. 2002; Yeşilçiçek Çalık 2010).

**Ağrının Birey İçin Anlamı:** Ağrının algılanması, kadının kendini algılaması ile ilgili olduğu gibi, kültürel beklentilere de bağlıdır. Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir. Ebenin annelere doğum eylemine karşı reaksiyonların bireysel olduğunu ve değişebileceğini anlatması önemlidir (Taşkın 2005; Öztürk 2006; Taşçı ve Sevil 2007; Caton ve ark. 2002; Chang ve ark. 2002).

**Dikkat ve Dikkati Dağıtma:** Dikkat, ağrının algılanmasını etkileyen bir faktördür. Dikkat ağrıya yöneldiğinde ağrının şiddeti artar. Dikkatin başka yöne çekilmesinin de ağrı algısını azalttığı bilinmektedir. Bu yöntem, ağrının hızla şiddetlendiği durumlardan çok, yavaş yavaş arttığı durumlarda etkili olmaktadır (Öztürk 2006; Yeşilçiçek Çalık 2010).

**Ağrının Hafızası:** Ağrı hafızasının boyutu ve şiddeti çeşitli etkenlere bağlıdır. Hastanın ağrıyı değerlendirmesi ve yargılaması ağrının süresinden çok şiddeti ile ilgilidir. Ağrının şiddeti ile ilgili olarak akut ve kronik ağrı konusunda yapılan çalışmalarda hastaların ağrının süresini değil şiddetini hatırladıkları ortaya çıkmıştır. Ağrı hafızasını belirleyen faktörlere bakıldığında; ağrının o andaki şiddeti, emosyonel durum, ağrıya karşı beklentiler, daha önceki ağrının şiddeti gibi çeşitli etkenlerin etkili olduğu görülmüştür. Bunlara ek olarak insanların hafızasının toplamı kültürlerini oluşturur. Dolayısıyla ağrıya karşı cevapları bu kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenir. Doğum yapan kadınların ne denli şiddetli bir ağrı hissettiği herkesçe iyi bilinir. İnsan yaşamında az karşılaşılan oldukça şiddetli bu ağrı tüm şiddeti ile hatırlanıyor olsaydı, hiç kuşkusuz ki kadınlar yeniden doğurma konusunda isteksiz olacaklardır (Raj 2007; Niven ve Black 2000; Avcıbay 2009).

**Halsizlik ve Uyku Sorunları:** Eylemde anne bitkin olabilir. Bu durum ağrıya verilen cevabı etkiler. Yorgunluk sonucunda annenin enerjisi azalır, anne ağrı ile baş edebilmek için enerjisini kullanamaz (Öztürk 2006).

## 2.6. DOĞUM AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Doğum ağrısı akut başlayıp çabuk ilerleyen ve emosyonel faktörlerden etkilenen bir durum olduğundan, değerlendirmesinin de bir takım güçlükleri vardır. Bu yüzden

birçok yöntem kullanılmaktadır. Ağrının ölçekler aracılığı ile ölçülerek objektif hale getirilmesinin faydaları; uygun tedavinin planlanması ve sürdürülen tedavinin etkinliğinin anlaşılmasına yardımcı olması ve de ağrı sürecinde anne ile işbirliği yapılmasını sağlaması olarak gösterilmektedir (Afşar ve Pınar 2003; Collins ve ark. 1997; Mucuk 2010; Mamuk 2008; Aslan 2002).

Ağrının en kolay değerlendirme yolu bireye ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir (Eti Aslan 2002).

Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek boyutlu ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hastanın kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadır. Ağrının tipi, hastanın ve ölçeği kullanacak sağlık personelinin özellikleri gibi bir çok faktörün kullanılacak ölçeği belirlemede etkili olduğu unutulmamalıdır (Aslan 2002; Öztürk 2006; Mamuk 2008).

<b>Tek Boyutlu Ölçekler</b>	<b>Çok Boyutlu Ölçekler</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sözel kategori ölçeği</li> <li>• Sayısal ölçekler</li> <li>• Görsel Kıyaslama Ölçeği–GKÖ (Visual Analog Scala= VAS)</li> <li>• Burford Ağrı termometresi (BAT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)</li> <li>• Dartmount Ağrı Soru Formu</li> <li>• West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi</li> <li>• Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı</li> <li>• Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi</li> <li>• Ağrı Algılama Profili</li> <li>• Davranış Modelleri</li> </ul>

### 2.6.1. Visual Analog Scala (VAS)

Doğumdaki ağrının geniş olarak tanımlanmasına yardımcıdır, sık kullanılır ve “altın standart” olarak kabul edilir. VAS yatay veya dikey olarak çizilmiş bir ucunda "ağrı yok" diğer ucunda "dayanılmaz ağrı" yazan 10 cm uzunluğunda bir cetveldir. Çabuk sonuç vermesi, kolay anlaşılır olması ve sayılarla bireyin yönlendirilmemesi nedeniyle ağrı şiddetini belirlemede tek boyutlu ölçekler içinde en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. İlk kez Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Visual Analog Skala son derece basit, etkin, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı şiddeti ölçüm yöntemidir. Kişi bu çizgi üzerine ağrısının şiddetini gösteren bir işaret koyar. Değerlendirme bu işaretlemelere göre yapılır (Collins ve ark. 1997; Eti Aslan 2002).

#### Avantajları

- Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığın yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çocuklarda bu yöntemin anlaşılır ve kolay uygulanabilir olduğu açıklanmıştır (Eti-Aslan 2002; Bailey ve ark. 2007).

#### Dezavantajları

- Hasta işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, bu da değerlendirmede yanılgılara neden olabilmektedir.
- Hastanın yorgun ya da işbirliği yapamayacak durumda olması VAS kullanımında yanılgıya neden olabilir.
- Ağrı değerlendirmesinin yapıldığı zamanın seçimi de yanılgılara neden olabilir. Bu yanılgıları önlemek için ağrı değerlendirmesini düzenli aralıklarla yapmak uygun olur.
- VAS'ın değerlendirme ve kayıtlarının aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda önceki ağrı şiddeti değerlerini görmek, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesinde etkileyici rol oynayabilir.
- Yaşlılarda VAS hattının algılanması, işaretlerle koordinasyon sağlanmasının güçlüğü nedeniyle uygulamada sorun olabilmektedir.

- Kronik ağrılı hastalarda VAS kullanımını ağrıyı tanımlamada yetersiz kalabilir (Eti Aslan 2002; Bailey ve ark. 2007).

## 2.7. DOĞUM AĞRISININ KONTROLÜ

Bugün modern uygulamalarda doğum ağrısının kabul edilebilir veya gerekli olduğu düşünceleri ortadan kalkmış ve böylece doğumda oluşan acı ve ağrının kontrolü obstetride önemli bir yere sahip olmuştur. Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jiinekoloji Derneği (ACOG); doğum ağrısının varlığını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmektedir (Mamuk 2008; Ersanlı 2007).

Yıllarca devam eden çalışmalar sonucunda doğum ağrısının kontrolünde iki ana yol belirlenmiştir. Bunlar farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerdir. Bu yöntemlerin ortak amacı; gebenin doğum ağrısını hafifletmek, ağrı sonucunda ortaya çıkabilecek duygusal çıktıları kontrol edebilmek veya gebenin kendisini kontrol edebilmesini sağlamaktır.

### 2.7.1. FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Tarihsel süreç incelendiğinde aslında doğal olması başlangıçta kaçınılmaz olan doğum olayı giderek gelişen teknoloji ve medikal bakımdan payını almıştır.

1847 yılında eter anestezisinin genel cerrahi için kullanımından kısa bir süre sonra James Young Simpson, doğum analjezisi için dietiler kullanmıştır. Morfin ve scopolamin gibi diğer metotlar bunu takip etmiştir. 1877 yılında Paul Zweifel yenidoğanın umbilikal damarlarında kloroform varlığını ispatlayınca plasental ilaç transferinin önemini farkına varılmıştır. Doğum analjesizi ancak Kraliçe Victoria'nın 8. Çocuğunun doğumunda kloroform kullanan John Snow'un 1853 yılında "Kloroform ve Diğer Anestezikler Üzerine" adlı kitabında tanımlanmasıyla saygın bir yer bulabilmiştir. 1848 yılında açık damla veya hava akımı ile buharlaştırma metotlarını ilk uygulayan A.K. Gardner olmuştur. 1900 yılında obstetrisyen Oscar Kreis, obstetride regional anestezinin avantajlarının ilk kez farkına varmış ve spinal kokain uygulayarak 6 gebede doğum ağrısını iyileştirmiştir. Ancak daha sonra spinal anestezinin deneyimsiz personel tarafından sıklıkla kullanılması komplikasyon insidansının artmasına ve teknikle ilgili şüphelere neden olmuştur. 1950'lere dek regional anestezi ile ilgili olumsuz deneyler sonucunda obstetride ağrı giderilmesi terk edilmiştir. Daha sonraki yıllarda da anne ve bebek sağlığını korumaya çalışarak, doğum ağrısının giderilmesinde önemli adımlar atılmış ve birçok yöntem bulunmuştur (Kömürcü ve Berkiten 2008).

Bugün doğumda tek bir yöntem, tek bir ilaç seçimi diye bir şey yoktur. Doğum analjezisinde alternatifler artmış olup, analjezi uygulamasının seçimi; gebenin arzusuna, obstetrik gereksinimlere, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile anestezi uzmanının kararlarına bağlıdır.

#### **2.7.1.1. Parenteral İlaç Uygulaması**

İntramüsküler opioid uygulaması, kolay olduğundan doğumda a sık kullanılan bir analjezi yöntemidir. Hemen hemen tüm opioidler ve sedatifler plasentadan geçerek fetüsü etkilerler. Özellikle meperidinin erken dönemde veya duyarlı dönemlerde uygulanması ile fetüste beyin hasarının gelişebileceğine ilişkin bulgular vardır (Kömürcü ve Berkiten 2008; Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007).

#### **2.7.1.2. İnhalasyon Analjezisi ve Genel Anestezi**

Doğum travayı analjezisinde ilk olarak kullanılan yöntem budur. 1960’larda İngiltere’de Entonox adı verilen ve travay boyunca kadına otomatik olarak, düzenli aralıklarla N<sub>2</sub>O ve O<sub>2</sub> verebilen bir cihaz kullanılmıştır. Entonox inhalasyonu ile sağlanan analjezinin etkinliği sınırlıdır. Vajinal doğumlarda genel anestezi sık uygulanmamaktadır. Yenidoğandan atılımı birkaç dakika içinde gerçekleşir ve solunum depresyonuna neden olmaz (Kömürcü ve Berkiten 2008; Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007; Ulutaş 2011; Çelik ve Apilioğulları 2012).

#### **2.7.1.3. Lokal Anestezi**

Lokal infiltrasyon anestezisi; lokal bir anestetik verilmesinden sonra vücudun küçük bir bölümünde hissin yitirilmesini ifade eder. Annenin güvenliği açısından en ideal obstetrik analjezi türlerinden biridir. Ayrıca fetüse ilişkin herhangi bir olumsuz süreç yaşanmaz, motor işlevler bozulmaz ve yenidoğan üzerinde herhangi bir etki görülmez (Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007; Çelik ve Apilioğulları 2012; Ulutaş 2011).

#### **2.7.1.4. Regional Anestezi (Bölgesel Anestezi)**

Bilinç kaybı olmaksızın girişim yapılacak bölgeye uygulanan anestezi şeklidir. Ağrısız doğum (prens doğum) adı altında son yıllarda giderek ön plana çıkan bölgesel analjezikler, doğum sırasında annenin bilinç düzeyini kaybetmeden uyanık kalması, doğuma destek olabilmesi açısından genel anesteziye göre daha çok tercih edilir olmalarını sağlamıştır. Bebeğin uyanık bir annenin ellerine, ağrı çekmeden verilmesi

hem anne hem de yakınları için çok önemlidir. Doğum analjezisinde regional yöntemler şunlardır:

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

#### **2.7.1.5. Epidural Anestezi**

Epidural anestezi, duyu kaybını meydana getirebilmek için minimal motor blok ile yapılan bir çeşit bölgesel anestezi şeklidir. Doğum travayı sırasında oluşan ağrıyı giderebildiği gibi annenin doğum olayına hem fiziksel hem de duygusal olarak katılmasını sağladığından son yıllarda oldukça kabul gören bir yöntemdir. Annede hiperventilasyon ve asidoz azalmakta, oksijen tüketimi azaldığı için oksijen gereksinimi de düşmektedir. Ağrı duyumunun ortadan kalkması, stres hormonları ve katekolaminlerin kontrolsüz bir şekilde yükselmesini de engellemekte, böylece uteroplasental dolaşıma ve uterus kasılmalarına büyük yarar sağlamaktadır (Demirok 2006; Şentürk Yazıcı 2009; Varassi, Marinangeli, Beltrutti 2007; McDonald ve Noback 2003; Azzavi 2007; Gaiser 2012).

#### **2.7.1.6. Spinal Anestezi**

Lokal anesteziğin L2-5 arası intervertebral aralıklardan birinden doğrudan serebrospinal sıvıya enjeksiyonu ile elde edilir. Bu işlem omurilik sinirlerinde iletimi engelleyerek o bölgeden aşağısının bütün bir his kaybına neden olur. Spinal anestezi doğumdan hemen önce uygulanır. Epidural analjeziye göre dezavantajları; derin hipotansiyon ve uteroplasental kan akımındaki düşüslere daha sık rastlanması, yüksek blok oluşturma riski, daha fazla baş ağrısı, doğumun sadece ikinci evresinde uygulanabilmesidir. Avantajı ise; etkisinin daha hızlı başlaması ve daha kolay yapılmasıdır (Şentürk Yazıcı 2009; Ulutaş 2011).



### **2.7.1.7. Kombine Spinal-Epidural Anestezi**

Kombine spinal-epidural teknik ilk olarak 1937 yılında uygulanmıştır. Günümüzde kombine spinal-epidural tekniğin doğum analjezisinde kullanımı bu alanda kullanılan ekipmanlarında gelişmesiyle yaygınlaşmaya başlamıştır. İntratekal uygulanan ilaçlar kısa sürede analjezi oluştururken, epidural kateter yoluyla verilen ilaçlarda doğumun ilerleyen dönemlerinde analjezi sağlarlar. Lokal anestezipler ile opioidlerin kombinasyonu analjezi kalitesini artırırken her iki ilacın dozu ve yan etkisi azalmaktadır. Bu şekilde lokal anesteziplerin doğum analjezisinde istenmeyen motor blok yapıcı etkisi ile opioidlerin solunum depresyonu, kaşıntı, bulantı gibi yan etkileri azaltmış olur. En önemli avantajı etkisinin çabuk başlaması ve gebenin hareketini engellememesidir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Varassi, Marinangeli, Beltrutti 2007; McDonald ve Noback 2003; Azzavi 2007).

### **2.7.1.8. Kaudal Epidural Blok**

Kaudal anestezi doğum eylemi başlar başlamaz uygulanır. İğne spinal aralığa yerleştirildikten sonra rektal muayene yapılarak kontrol edilir ve sonrasında kaudal kateter takılır. Birçok sebepten dolayı lumbal epidural anestezi, kaudal anesteziye tercih edilir. Çünkü kaudal epidural, lumbal epidurala göre daha zor uygulanır. Daha fazla ilaç dozu gerekir. Avantajı ise kas relaksasyonunun daha fazla olması ve perineal anestezinin olmasıdır (Şentürk Yazıcı 2009).

### **2.7.1.9. Pudental Blok**

Komplikasyonsuz doğumda, doğumun ikinci döneminde perine anestezi için kullanılır. Bu yöntemle uterus kontraksiyonlarının meydana getirdiği ağrı azalmaz. Transvajinal veya perineal yoldan gerçekleştirilebilir. Vajinal hematoma, retrosoas ve pelvik abses başlıca komplikasyonlardır (Şentürk Yazıcı 2009).

### **2.7.1.10. Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)**

Hasta Kontrollü Analjezi (HKA), hastanın ağrı duydukça küçük dozlarda analjezik ilaçları kendi kendine almasını sağlayan bir yöntemdir. Hasta gereksinim duyduğunda bir düğmeye basarak intravenöz veya epidural yolla ilacını zaman kaybetmeden alabilecek, ağrısı olmadığında gereksiz yere fazla ilaç almamış olacaktır. Bu teknik son derece kullanışlı ve etkin bir tekniktir (Ulutaş 2011; Varassi, Marinangeli ve Beltrutti 2007).

### 2.7.2. NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Farmakolojik yöntemlerin tıbbi yan etkileri olmaları bakımından, günümüzde farmakolojik olmayan yöntemlere eğilim artmıştır. Farmakolojik olmayan yöntemlerden ilk olarak Read 1940'lı yıllarda söz etmiş, ağrı algısının ve yorumunun kişiden kişiye değişmekle birlikte ağrıyı en çok arttıran etkenin korku olduğunu ve korkunun gerilime, geriliminde ağrıya neden olduğunu göstermiştir. Korkunun giderilmesinde kadının eğitilmesi, derin solunum ve gevşeme egzersizlerinin etkisinden söz etmiştir. 1960'lı yıllardan itibaren Lamaze ve Bradley benzer tepkilerle yeni teoriler ortaya atmışlardır (Erdine 2007; Simkin 2007; Mamuk 2008).

Anneler gebelikleri süresince kurslar ve egzersizlerle hazırlanarak eylem, doğum ve çocuk bakımı konusunda bilgilendirilmekte, anksiyeteleri giderilerek eylem ve doğum sırasında relaksasyon, ıkınma vb. hakkında eğitilerek ağrının daha az hissedilmesi ile analjezik ve anestezi ilaç gereksiniminin azalması sağlanmaktadır. Bu yöntemin en önemli üstünlüğü, anne ile bebek ve mümkünse baba arasında erkenden ilişki sağlamasıdır.

Non-farmakolojik ağrı kontrol metotları bugün pek çok ülkede, doğumun farklı aşamalarında etkili ve basit olmaları nedeniyle sıkça kullanılmaktadır. Sahada kullanım şansı görmesine rağmen bu yöntemlerin etkinliğini ortaya koyan kanıt düzeyi yüksek araştırma örnekleri çok azdır. Ancak ebeler ve bu yöntemleri deneyen annelerin memnuniyetinin fazla olduğu yayınlarca bildirilmektedir (Mamuk 2008).

#### **Non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin kullanım avantajları**

- Noninvaziv olması
- Çoğunlukla doktor istemi gerektirmemesi
- Maliyetinin düşük olması
- Kolay uygulanabilir olması
- Etkili olması
- Anne ve fetüs sağlığı açısından yan etkisinin olmaması
- Uterin kan akımını arttırması
- Kas gerilimini azaltması
- Doğum eylemini yavaşlatmaması
- Çoğu zaman doğum öncesi denenmesinin gerekmemesi

- Doğum eyleminden yüksek bir tatmin sağlanması
  - Annede endişeyi azaltması
  - Anne adayının doğum eylemine tam katılımını sağlaması
- şeklinde sıralanmaktadır (Brown, Douglas ve Flood 2001; Yıldırım ve Hotun Şahin 2003).

Nonfarmakolojik yöntemlerin bazı sınırlılıkları da vardır. Yapılan çalışmalarda, kadınları çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısı ile başa çıkmada başarılı olamadıkları bildirilmiştir. Bu yöntemlerin öğretilmesi için en uygun zaman ikinci trimester ile miaddan birkaç hafta öncesine kadar olan dönemdir. Bununla birlikte nonfarmakolojik yöntemler, doğum öncesi dönemde herhangi bir hazırlıktan geçmeden doğuma gelen kadınlara da öğretilbilir. Bunun içinden ideal zaman doğum eyleminin latent fazıdır. Çünkü latent fazda doğum ağrısının şiddetinin düşük olması ve gebenin dikkatinin dağılmaması, verilen eğitimin gebe tarafından etkin bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır (Yıldırım ve Hotun Şahin 2003; McCool, Smith ve Aberg 2004).

Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin ilk amacı fiziksel ağrıyı doğum sırasında duyuşal olarak elemek ikincisi ise genel olarak fiziksel ağrıyı azaltmaktır. Nonfarmakolojik yöntemler tıbbi kurallara ihtiyaç duymazlar, anne ve fetüs açısından zararsızdır, eylemi yavaşlatmaz ve yan etki ya da alerji riskleri yoktur (Beal 1999; Brown, Douglas ve Flood 2001; Huntley, Coon ve Ernst 2004; Simkin ve O'Hara 2002).

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler genelde dört ayrı teknikten oluşmaktadır. Bunlar; gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleridir.

### **2.7.2.1. Biyolojik Geri bildirim (Biofeedback):**

Anneye, doğumda yaşanan fiziksel değişiklikler, fizyolojik olaylar, yapılanlar (servikal dilatasyon, kontraksiyonlar, kan basıncı gibi) hakkında verilen bilgi, ağrı sırasında anneden geri istenir. Böylece kadının bedenine yönelttiği ilgi ve dikkati farklı bir yöne çekilerek ağrının daha az algılanması sağlanır (Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay ve Alan 2001).

### 2.7.2.2. Hipnoz

Eski Yunancada uyumak anlamına gelen hipnoz 19. yüzyılın başlarından beri doğum ağrısını azaltmakta kullanılmaktadır. Bu yöntemin savunucuları, bu yolla maternal işbirliğinin daha iyi olduğunu, hipnozun depresyon ihtimalini azalttığını ya da ortadan kaldırıldığını, acıyı, gerilimi, kan kaybını azalttığını, postpartum analjezi sağladığını ve emziren kadınlarda süt salınımına yardım ettiğini iddia etmektedir. Hipnoz, derin konsantrasyon gerektiren farklı bir bilinç durumudur. Gebe uyumaz, fakat eylem başladığında trans haline gelir ve bunu doğum tamamlanana kadar sürdürür. Ağrı ortadan kalkmaz fakat hastanın ağrı algılamasında değişiklik olur. Kısaca, hasta ağrıyı hisseder ama canı yanmaz. Farmakolojik ajan gerektirmemesi, fetüs üzerine olumsuz etkilerinin olmaması avantajlarındandır. Hipnozun bazı annelerde; mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesine neden olduğu rapor edilmiştir. Bu durumun hipnoz sonunda annenin uyandırılması aşamasında yaşanan başarısızlıktan kaynaklandığı bildirilmektedir. Profesyonel bir kişiye ihtiyaç duyulması, doğum öncesi dönemde eğitim gerektirmesi, yararının çok belirgin olmaması ve bazı insanlar üzerinde etkisiz olması ise dezavantajları olarak gösterilmektedir. Randomize olmayan bir çalışmada, Davidson hipnozun doğumun ilk evresini kısalttığını, daha iyi analjezi sağladığını ve doğumu hoş bir tecrübe haline getirdiğini göstermiş; daha yakın zamandaki randomize bir çalışma hipnozun bu analjezik etkisini göstermemiştir. Bu yöntem hipnozu uygulayan kişi ile oldukça zaman alıcı bir seri eğitim seansını gerektirir. Başarılı vakalarda, gevşeme tam anlamıyla sağlanabilmektedir (Gentz 2001; Simkin ve Bolding 2004; Tournaire, Theau-Yonneau 2007; Öztürk 2006; Mamuk 2008; Yeşilçiçek Çalık 2010).

### 2.7.2.3. Akupunktur

Akupunktur, acus-iğne ve puntura-batırmak kelimelerinden gelir. Çince'de meridyen anlamına gelen Chen Chiu ve Chinglo adı verilen, vücuda özel iğneler batırılarak tedavi ve hastalıklardan korunma sağlayan bir bilim dalıdır (Öztürk 2006).

Geleneksel Çin tıbbına göre akupunkturun asıl etkisi, holistik anlayışla vücudun kendi kendini iyileştirmesidir. Buna göre; her canlı doğar, büyür ve ölür. Bu doğal devrim sırasında araya giren faktörlerle hastalıklar ortaya çıkabilir. Hastalık faktörleri araya girmediği sürece, canlılar Yin ve Yang adlı birbirine zıt iki kuvvetin etkisi altında dengeli ve sağlıklı olma durumunu sürdürebilir. Yin ve Yang arasındaki etkileşim Qi

(chi)'yi üretir. Qi bipolar enerji akışını sağlar ve bu enerji bütün evrene yayılır. Akupunktur iğneleri ile Qi'ye ulaşılır. Qi'nin çoğaltılması veya tüketilmesi mümkündür (Simkin ve Bolding 2004; Tournaire ve Theau-Yonneau 2007; Taşçı ve Sevil 2007; Ulutaş 2011).

1979 yılında DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) akupunktur tedavisini bilimsel bir yöntem olarak kabul etmiş ve etkin olduğu tıbbi durumların listesini yayınlamıştır. Akupunktur obstetri ve jinekolojide; infertilite, sırt ağrısı, pelvik ağrı, dismenore ve hiperemesis gravidarum ve doğum eyleminde de kullanılmaktadır (Karamehmetoğlu 2001; Beal 1999; Ternov 2001; Ramnero, Hanson ve Kihlgren 2002). Akupunktur noktalarının uyarılması hipotalamik ön hipofiz sistemi ve talamik çekirdeklerinin salınım artırması olarak bilinir. Bu hipotezde akupunktur, uterusu aktif olarak etkileyen interlökin ve prostaglandin F2 gibi parasempatik etkileyen faktörler ya da merkezi oksitosin salınımı ile uterus kasılmalarını nöronal stimülasyon ile artırabilir. (Ulutaş 2011)

Geleneksel Çin inancına göre vücut yüzeyinde 12 çift, 2 adet tek meridyen vardır ve bunların üzerinde yerleşmiş olan 365 akupunktur noktası bulunmaktadır. Meridyenler, vücudun her iki yarısında da aynıdır. Vücut yüzeyinde “meridyenler” özel yollarla dolaşır. Çin tıbbına göre noktalarının hepsinin semptomatik özellikleri vardır. Akupunktur noktaları, meridyenlerin cildin yüzeyine çıktıkları ve “iğneleme” yoluyla kolayca ulaşılabilen özel bölgelerdir. Özel noktalar uyarılınca, hipofiz bezine uyarılar ulaşır, böylece endorfinler salınır. Özel noktanın uyarılmasıyla hipofiz ve hipotalamusa uzanan uyarıların kanallardan ziyade sinirlerle taşındığı düşünülmektedir. On iki meridyen bir sıraya göre dizilirler. Aralarındaki bağlantılarla düzgün Qi dolaşımı ve Yin Yang dengesi sağlanır. Enerji bu kanallar sayesinde vücut içinde sürekli yukarı ve aşağı doğru akar. Kanalların tıkanması, yetersizleşmesi ya da dengesizleşmesi sonucu Ying Yang dengesi bozulur. 12 ana meridyeni oluşturan organlar; akciğer, perikard, kalp, ince bağırsak, sanjiao, kalın bağırsak, dalak, karaciğer, böbrek, mide, safra kesesi, idrar kesesidir (Chung ve ark. 2003; Gentz 2001; Lee, Chang ve Kang 2004; Ramnero, Hanson ve Kihlgren 2002; Hantoushzadeh, Alhusseini ve Lebaschi 2007; Cheong, Hung Yu ve Ledger 2008; Karamehmetoğlu 2001; Martensson ve Wallin 2006; Cabioğlu ve Ergene 2003; Horasanlı, Usta ve Yeşilçay 2008; Öztürk 2006; Yeşilççek Çalık 2010; Cook ve Wilcox 1997; MacKenzie ve ark. 2011).

## Vücut Yüzeyinde Bulunan Meridyenler

Meridyen İsmi	Başlama Ve Sonlanma noktaları
• Akciğer Meridyeni (Lung=Lu)	• Lu1-Lu11
• Kalın Barsak (Large Intestine=LI)	• LI1- LI20
• Mide (Stomach=St)	• St1-St45
• Dalak ( Spleen=Sp)	• Sp1-Sp21
• Kalp (Hand=H)	• H1- H9
• İnce Barsak (Small Intestine=Si)	• Si1-Si19
• İdrar Kesesi (Urinary Bladder=UB)	• UB1-UB67
• Böbrek (Kidney=Ki)	• K1-K27
• Safra Kesesi (Gall Bladder=GB)	• GB1- GB44
• Karaciğer (Liver=Liv)	• Liv1- Liv14
• Perikard ( Perikard=P)	• P1-P9
• Sanjiao (Triple Warmer= Sj)	• Sj1-Sj23

Ramnero ve ark. yaptıkları çalışmada ise epidural analjezi kullanımının akupunktur grubunda daha az olduğu belirtilmiştir (Ramnero, Hanson ve Kihlgren 2002). Skilnand, Fossen ve Heiberg'in (2002) akupunkturun doğum ağrısına etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada, akupunktur grubunun ağrı puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Aynı zamanda akupunktur uygulanmaya başlanmasından doğuma kadar geçen süre daha kısa ve yenidoğanların apgar puanlarının da benzer olduğu bildirilmiştir (Skilnand, Fossen ve Heiberg 2002).

Bir pilot çalışmada Wallis ve arkadaşları, 21 gönüllü gebede akupunkturun faydalarını araştırmış, on dokuzunda yetersiz analjezi sağlandığı belirtilmiştir. Abouleish ve Depp 12 gebede akupunkturun etkilerini çalışmışlar ve analjezi tam olmadığından rutin bir metot olarak tavsiye etmemişlerdir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Öztürk 2006).

Borup ve arkadaşlarının (2009) randomize yapmış oldukları bir çalışmada, 607 sağlıklı gebeye akupunktur, TENS ve geleneksel analjezi uygulanarak 3 gruba ayrılmıştır. Çalışma sonunda; farmakolojik ve invaziv yöntem kullanımı akupunktur grubunda daha düşük bulunmuştur ancak oksitosin kullanımı ve doğum süresini

akupunktur etkilememiştir. Her 3 grupta da ağrı skorları benzer bulunmuştur (Borup ve ark. 2009).

#### 2.7.2.4. Akupresür

İğnesiz akupunktur da denilen akupresür, akupunkturda olduğu gibi geleneksel Çin Tıbbı'na dayanmaktadır. Vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına parmaklar, avuç içi, tenis topları veya özel stimülasyon bantlarıyla basınç uygulayarak yapılmaktadır. Japonca'da **shi**:parmak ve **atsu**:basınç kelimelerinden oluşan shiatsu da akupresür gibi parmak uçları veya avuç içi ile belli noktalara basınç uygulanarak yapılan masajdır. Enerji kanallarının (kan dolaşımı gibi) düzgün çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Öğrenilmesi, uygulaması kolaydır, hasta kendi kendine de uygulayabilir. İğne kullanmayı gerektirmediğinden acısız, ağrısız, zahmetsiz, güvenli, etkili, ekonomik ve yan etkisi olmayan bir tedavi yöntemidir. Akupresür, kan dolaşımını, yin ve yangın uyumunu ve nörotransmitterlerin salınımını desteklediği ve böylece insan vücudunun normal fonksiyonunu devam ettirdiği ve sağlık halini zenginleştirdiği söylenmektedir. Akupresürün hem doğumu tetiklemesi açısından hem de doğum ağrısının yönetimi açısından yararlı olduğu bildirilmektedir. . Literatürde, akupresür ile yapılan doğum indüksiyonunun vücuttaki yüksek oksitosin salınımının bir sonucu olarak meydana geldiği ileri sürülmektedir. Bu nedenle de, akupresür ile oksitosin arasındaki ilişkiyi saptamak için daha çok araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir (Cook ve Wilcox 1997; Simkin ve Bolding 2004; Qu ve Zhou 2007; Chen ve Chen 2004; Gentz 2001; Lee, Chang, Kang 2004; Hjelmstedt ve ark. 2010).

Roscoe ve arkadaşlarının 739 kanser hastası üzerinde, P6 akupunktur noktasına akupresür (Sea-Band), akustimülasyon (Relief Band) bantlarını kullanarak ve bant kullanmadan yaptıkları karşılaştırmalı çalışmalarında akupresür bandının bulantı kusmanın kontrolünde daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Beal ve arkadaşlarının (1999) meta analizinde P6 noktasında akupunktur ve akupresür kullanımı ile ilgili 42 araştırma raporunu incelemiş ve sonuçta P6 noktasına yapılan akupunktur ve akupresürün bulantı kusmanın azaltılmasında etkili olduğunu bildirmiştir. Shin ve ark. (2004) Kore'de ameliyat olan ve kemoterapi alan mide kanserli hastalarla P6 akupunktur noktasına parmak basıncı ile yaptıkları akupresür uygulamasında, kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın şiddetinin, sıklığının azaldığını ve süresinin kısaldığını saptamışlardır.

Andrew ve ark (2003) Avusturya, İspanya ve İngiltere’de akupresür uygulayıcısı 85 pratisyenin takip ettiği 633 hastanın akupresürün kısa ve uzun dönem etkilerini belirlemek amacıyla verilerini incelemiştir. Çalışmanın sonunda akupresür tedavisi alan hastalarda, akupresürün semptomları önemli ölçüde azalttığı ve bu tedaviden yarar gördüklerini ifade etmişlerdir. Taylor ve ark (2002) 58 dismenore ağrısı yaşayan kadın üzerinde randomize kontrollü yaptıkları çalışmada akupresürün dismenore semptomlarını azaltmada etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir. Chang ve ark. (2004) Korede 209 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, SP6 noktasına yapılan akupresürün yapılmayan gruba oranla sezaryen oranlarını azalttığını saptamışlardır. 1977 yılında Ulusal Sağlık Kurumları (USK) ve Alternatif Tıp Bürosu’nun (ATB) sponsorluğunda gerçekleşen konferansta bu konuya değinilmiş ve güvenli, gebelikteki bulantı ve kusmanın tedavisi için potansiyel olarak etkili olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır (Beal 1999; Roscoe ve ark. 2003; Shin ve ark. 2004; Andrew ve ark. 2003; Taylor, Miaskowski, Kohn 2002; Chang ve ark. 2004; Anderson ve Johnson 2005).

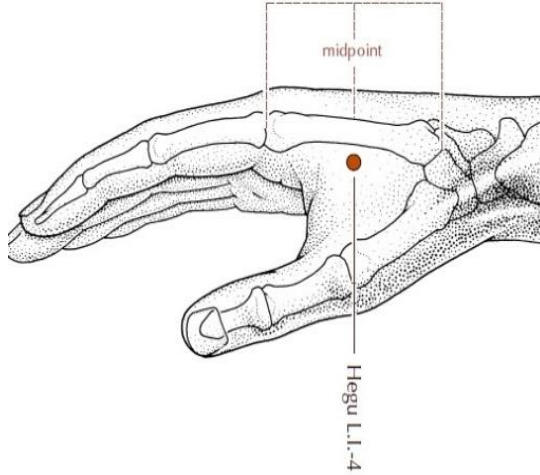
### **Akupresürün doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisi**

Obstetri ve jinekolojide akupresür; bulantıyı azaltmak, baş ve bel ağrısını, premenstrüel semptomları gidermek, kasılmaları kolaylaştırmak, doğum ağrısı ve analjezisi gibi çeşitli durumlarda uygulanabilmektedir.

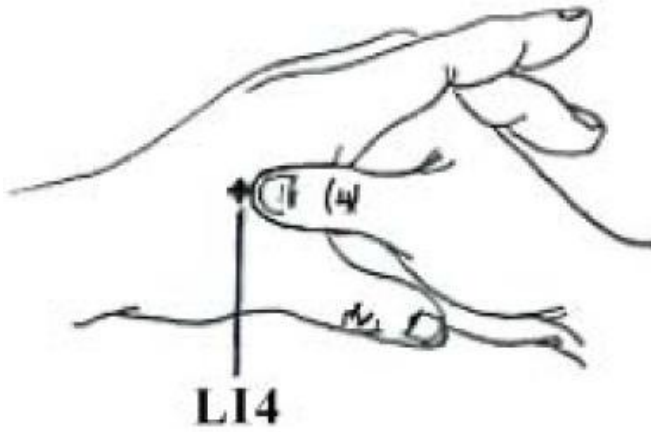
Obstetrik ve jinekolojik sorunlar pek çoğu dalak meridyenindeki noktaların kaullanımını kapsar. Doğum ağrıları zayıfladığında veya kontraksiyonlar azaldığında BL60, BL67, GB21, LI4 ve SP6 ya yapılan akupresür ile durumun düzeldiğinden bahsedilmektedir. Hegu (LI4) noktası, amenore, doğum ağrısının giderilmesi ve uzamış eylemde doğum olayının ilerlemesini desteklemek için kullanılmaktadır (Cook ve Wilcox 1997; Al-Khafaji 1998).

LI4 akupunktur noktası; Şekil 2-1’ de görüldüğü gibi elin sırtında, I. ve II. karpal kemiklerin arasındaki orta noktaya denk gelmektedir. Radial tarafta ikinci metakarpal kemiğin ortasındadır (Chao ve ark. 2007; Deadman, Al-Khafaji ve Baker 1997; Al-Khafaji 1998).





**Şekil 2-1: LI4 Noktasının Konumu**



**Şekil 2-2: LI4 Noktasına Akupresür Uygulanması**

Kim ve arkadaşlarının (2002), Kore’de 192 primipar kadın üzerinde yaptıkları SP6 ve LI4 noktasına yapılan akupresürün doğum ağrısına ve süresine etkisini inceledikleri randomize çalışmada akupresür uygulamasını servikal dilatasyon; 2-3 cm iken 15 kez, 5-6 cm iken 10 kez, 9-10 cm iken 10 kez toplam 35 kez uyguladıklarını ve bası uygulamasının hem doğum ağrısının kontrolünde hem de doğum süresinin azaltılmasında etkili olduğu sonucuna varmışlardır (Kim ve ark. 2002).

Lee ve ark.’ın (2002) Sa-Yin-Jian (SP6) noktasına yaptıkları akupresürün doğumun süresine, doğum ağrısına ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri ve 22 deney, 17 kontrol grubu toplam 39 gebe üzerinde yaptıkları pilot çalışmalarında, SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısının süresini ve doğumda yaşanan anksiyete düzeyini azalttığını belirtmişlerdir (Lee ve ark. 2002).

Waters ve Raisler (2003), 49 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, her iki elde bulunan LI4 noktasına 20 dakika ya da 3-4 kontraksiyon boyunca masaj uygulanmış ve gebelerin LI4 bölgesine uygulanan buz masajının VAS puan ortalamalarını azalttığı bulunmuştur (Water ve Railes 2003).

Lee'nin (2003) randomize kontrollü (29 deney, 29 kontrol grubu) 58 gebe üzerinde yaptığı çalışmada servikal dilatasyon 3 cm olduktan sonra her bir uterin kontraksiyon boyunca deney grubunun SP6 noktasına akupresür uygulanmış. Bu işlemi 30 dakika süresince yapmış ve sonuçta deney grubunun ağrısının ve doğum eyleminin süresinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığını bulmuştur (Lee 2003).

Chung ve ark.'nın (2003) 127 gebe üzerinde randomize kontrollü yaptıkları çalışmada doğum eyleminin birinci evresinde LI4 ve BL67 noktalarına uyguladıkları akupresürün doğum ağrısı üzerindeki etkisini araştırmışlar. 127 doğum yapmak üzere olan gebe rastgele üç gruba dağıtılmış, LI4 ve BL67 noktasına yapılan akupresür grubu, efloraj grubu ve hiçbir tedavi almayan grup. Çalışma sonuçlarına göre; akupresür grubu gebelerde doğumun I. evresinin aktif fazında belirlenen ağrı puanları bakımından gruplar arasında önemli fark bulunmuştur. Aynı çalışmada akupresür grubunda doğumun birinci evresinin süresi kontrol grubununkinden daha kısa sürdüğü bulunmuştur (Chung ve ark. 2003)

Lee ve ark.'nın (2004) SP6 noktasına yapılan akupresürün doğum süresine ve doğum ağrısına etkisini belirlemek üzere 75 kadın üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; servikal dilatasyonun en az 2-3 cm iken ve uterusun kontraksiyonlarının düzenli olduğu 30 dakika süresince her bir kontraksiyonda SP6 noktasına akupresür uyguladıklarını belirtmişler ve müdahale sonrasında tüm ölçüm zamanlarında (uygulama sonrası, uygulamadan 30 dakika ve 60 dakika sonrası) değerlendirilen VAS puanları açısından gruplar arasında önemli fark saptanmıştır. Aynı çalışmada SP6 bası uygulanan grubun, kontrol grubuna göre doğumda anksiyete düzeyi ve de doğum süresinin uzunluğunun anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır (Lee ve ark. 2004).

Heidari ve ark. (2008), doğumu başlamış ve 3 cm servikal dilatasyonu olan 128 gebede, SP6 noktasına akupress yapmanın doğum ağrısına etkisini incelemişler ve anlamlı olarak gruplar arasında fark bulunmuştur (Heidari 2008). Aynı şekilde Soon-bok ve ark.(2004) deney-kontrol grubu olarak ayrılmış primipar gebelerde, SP6

noktasına yapılan akupresürün doğum ağrısı ve süresine etkisini incelemişler ve deney grubunda hem doğum süresi daha kısa hem de algılanan doğum ağrısı daha az olarak bulunmuştur (Soon-bok ve ark. 2004)

Kashanian ve Shahali (2009) 120 nullipar gebe üzerinde Sanyinjiao (SP6) noktasına yapılan akupresürün doğumun süresi ve ağrısı üzerindeki etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında, vaka grubundaki gebelerin ağrının şiddeti kontrol grubundaki gebelerin ağrı şiddetinden daha az olduğunu (6.79+1.52'ye karşılık 5.87+1.77; p=0.003) bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada, eylemin aktif aşamasının süresi vaka grubunda daha kısa (441.38±155.88 dk'ya karşılık 252.37±108.50 dk, p=0.001) sürdüğünü bildirmişlerdir (Kashanian ve Shalali 2010)

Ozgoli ve arkadaşlarının (2010) doğumun birinci evresindeki primipar kadınlarda elde bulunan LI4 akupunktur noktasına yaptıkları akupresürün doğum ağrısını algılaması üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, serviksin 4-5 cm, 6-7 cm ve 8-10 cm dilatasyonu olduğunda altı uterus kontraksiyonu periyodunda sağ elin LI4 noktasına akupresür uygulanmış. Çalışma sonucunda; yapılan üç uygulama sonucunda da akupresür uygulanan grubun ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir (Ozgoli ve ark. 2010).

Hjelmstedt ve arkadaşlarının (2010) Hindistanda 212 gebe (71 akupresür uygulanan, 71 sadece dokunma, 70 standar bakım alan kontrol grubu) üzerinde yapılan çalışmada akupresür grubunda ağrı algılaması daha düşük bulunmuştur (Hjelmstedt ve ark. 2010).

Hamidzadeh ve arkadaşlarının (2012) 3-5 cm dilatasyonu olan 100 uygun gebede (50 deney-50 kontrol) LI4 noktasına akupresür uygulanmasının etkisi incelenmiştir. Deney grubuna 20 dakika içindeki her kontraksiyon boyunca akupresür uygulanmıştır. Uygulamanın öncesinde, hemen sonrasında, 20 dakika ve 60dakika sonrasında da VAS uygulanmıştır. Araştırma sonucunda gruplar arasında ağrı algılamaları açısından anlamlı fark bulunmuştur (Hamidzadeh ve ark. 2012)

Ülkemizde, LI4 noktasına uygulanan akupresürün (Şekil 2-2) doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisini değerlendiren çalışma çok az ve yetersizdir.

Öztürk'ün (2006) yapmış olduğu “Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi” çalışmasında 50 gebe kontrol grubunu, 50 gebe silikon uygulama grubunu ve 50 gebe buz uygulama grubunu oluşturmuştur. Çalışma sonucunda; elde bulunan LI4 noktasına yapılan buz uygulamasının doğum ağrı algısını azaltmada etkisi olmadığı ancak gebeler yapılan uygulamanın “ağrılarını azalttığı/hafiflettiğini” sözel olarak belirtmişlerdir (Öztürk 2006). Mucuk (2010) LI4 ve SP6 noktalarına akupresür yapmanın doğum ağrısına ve süresine etkisini araştırmıştır. LI4 grubunun doğumu daha kısa sürmüştür fakat gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Akupresür sonrası LI4 grubunun servikal dilatasyon ve silinmesinin, kontrol ve SP6 grubundan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Gebelerin kontraksiyon sırasındaki ağrı şiddeti tarifleri uygulama öncesi dönemde benzerken, uygulama sonrası dayanılmaz düzeyde ağrı hissedenler LI4 grubu dışındaki gruplarda daha fazla bulunmuştur (Mucuk 2010). Yeşilçiçek Çalık (2010), SP6 noktasına akupresür yapmanın doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisini incelemiş, sonuç olarak; doğum ağrısını azaltmada etkisinin olduğunu ve eylem süresini yaklaşık bir saat kısalttığını, ayrıca anne konforunu olumlu yönde etkilediğini bulmuştur (Yeşilçiçek Çalık 2010).

#### **2.7.2.5. Hareket ve Pozisyon**

Gebenin doğum pozisyonu ile ilgili uygulamalar tarihin çeşitli zamanlarında ve uygarlıklarında farklılık göstermiştir. Mezopotamya, Hitit, Yunan ve Uzak Doğu uygarlıklarında kadınların doğum yaparken dikey pozisyonu tercih ettikleri görülmektedir. Günümüzde ülkemizde kırsal kesimde halen dikey pozisyon uygulanmaktadır. Antik çağlarda ilkel toplumlarda, uzak doğuda, Arap dünyasında, Moğollarda, Amerika yerlilerinde doğumun oturarak, çömelerek ya da ayakta yapıldığını söyleyen kaynaklar vardır (Kömürcü ve Gençalp 2002).

Doğum ağrıları ile baş etmede etkili olan girişimlerden bir başkası da uygun hareket ve pozisyon değişikliğinin yapılmasıdır (Leeman ve ark. 2003). Yapılan araştırmalarda kadınların doğum eyleminde ayakta ya da oturur pozisyonda iken (vertikal pozisyonda), düz ya da yan yatış pozisyonuna oranla daha az sırt ve karın ağrısı hissettikleri belirlenmiştir. Doğum eyleminin I. evresinin erken dönemlerinde anneler dik pozisyonda yatay pozisyona oranla kendilerini daha rahat hissetmektedirler. Buna karşın I. Evrenin ilerleyen dönemlerinde ise anneler, horizontal pozisyonu vertikal

pozisyona tercih etmektedir. Başka çalışmalarda da belirtildiğine göre; doğum eyleminin I. evresinde annelerin %54'ü gezinirken, II. evre daha başlamadan tüm annelerin yatmayı tercih ettikleri belirlenmiştir (Simkin ve O'Hara 2002; Yıldırım ve Şahin 2003)

Herhangi bir riskli durum söz konusu değilse, doğum eyleminde kadın, gezinmesi ve sıkça pozisyon değiştirmesi konusunda cesaretlendirilmelidir. Ayrıca, bazı özel ritmik hareketler kadınların kontraksiyon ağrılarını tolere etmelerinde etkili olabilir. Araştırmalarda kadınların çömelme pozisyonunda ileri geri hareket etme ve sallanma gibi bir takım ritmik hareketler yaparak rahatladıkları bildirilmiştir. Doğum eylemi süresince hangi pozisyonun kullanılacağı anne ve fetüsün durumuna, annenin rahatına, doğuma yardım eden sağlık personelinin çalışma şekline ve kültürel faktörlere göre değişmektedir. Genelde travaydaki gebenin takibinde tercih edilen sol yan yatış pozisyonunda utero-plasental dolaşım daha kolay sağlanır. Sırtüstü pozisyonda vena cava üzerine basınç artar ve mide bulantısı, baş dönmesi görülebilir. Bu pozisyon tercih edilecek ise sırtın her iki yan tarafı yastıkla desteklenmelidir. Eğer bebeğin başı oksiput pozisyonda ise oturma anneyi rahatlatacaktır. Bu gibi durumlarda anneyi rahatlatmak için yatağın baş kısmı yükseltilebilir. Doğumun ikinci aşamasında litotomi pozisyonunun kullanılması ülkemizde ve dünyada oldukça yaygındır. Doğumu yaptıran için kolaylık sağlaması, müdahale için uygun zemin hazırlaması, fetal monitorizasyonun kolay olması ve asepsinin sürdürülmesi açısından kolaylık sağlamaktadır. Ancak bu pozisyon doğumda perineal travma gelişimini ve ağrı algısını arttırdığı, solunumu zorlaştırdığı, uterus kontraksiyonlarını azalttığı, fetüsün pelvis kavitesi içinde inişini yavaşlattığı ve doğum sonu tromboflebit riskini arttırdığı için önerilmemektedir. Doğumun ikinci aşamasında çömelme pozisyonu daha çok önerilmektedir (Simkin ve O'Hara 2002; Yıldırım ve Şahin 2003; Brown ve ark. 2001; Leeman ve ark. 2003; Öztürk 2006; Mamuk 2008; Avcıbay ve Alan 2001).

#### **2.7.2.6. Ses Çıkarma**

Ses çıkarma ve inleme de ağrıyı hafifletmek için kadınlar tarafından kullanılan tekniklerden biridir. Doğurmak üzere olan kadınlara, doğum eylemi sırasında gürültü yapmamaları, bağırılmaları tembih edilmesine rağmen, kadınlar doğum eyleminde sese karşı çok duyarlı olmaktadır. Özellikle doğumun güç zamanlarında kadınlar, ses çıkararak biraz da olsa rahatlamaya çalışırlar. Ses çıkarma; inleme, figan etme,

mırıldanma ve bazı cümleleri ritmik şekilde tekrarlamayı içerir. Bu durum kadının ağrıdan çok korktuğu için bağırmadığı anlamına gelmez, tam aksine kendi bedenine yöneltilmiş olan kadının var olan enerjisinin bir kısmını sesli ifadelerle dışarı yöneltilmesidir (Avcıbay ve Alan 2001; Yıldırım ve Şahin 2003; Öztürk 2006).

#### **2.7.2.7. Müzik**

Analjezik etkisi kapı kontrol teorisiyle açıklanan müziğin, insanlarda rahatlama sağlayarak ya da dikkati başka yöne çekerek etkili olduğuna inanılmaktadır. Kadını ağrılı uyaranlardan uzaklaştırıp endorfin salınımını artırarak gevşemeyi başlatır. Doğumda dinlendirici müzik aktif fazda, doğum ağrı stresini azaltmak ve rahatlama sağlamak amacıyla kullanılır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre, müzik abdominal cerrahi hastalarının ve kanser ağrılarını %31 oranında azaltmaktadır (Ersanlı 2007; Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011; Uçan ve Ovayolu 2006; Phumdoung ve Good 2003).

Doğum odalarına CD çalar konularak ya da müzik sistemi kurularak, kadınların istediği CD'leri yanında getirmesi istenebilir. Ayrıca müzik, sağlık personelinin kadına olan yaklaşımını değiştirebilecek atmosfer de yaratabilir. Literatürde bulunan pek çok çalışma, annelerin ritmik nefes alma ve hareketini desteklediği, doğum sırasında anksiyetelerinin, ağrı ve rahatsızlıklarının daha az olduğunu göstermesine rağmen bu çalışmaların pek çoğu örneklem grubu küçük ve nonrandomize çalışmalardan oluşmaktadır. Ülkemizde Ersanlı tarafından yapılan bir çalışmada, dinletilen müziğin induksiyon verilen primiparların doğum sürecine olumlu katkılarının olduğu bulunmuştur (Kömürcü ve Berkiten 2008; Simkin ve Bolding 2004; Ersanlı 2007; Tournaire ve Yonneau 2007).

#### **2.7.2.8. Hayal Kurma**

Hayal kurma dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasını sağlar. Böylece ağrı eşiği yükseldiğinden ağrının algılanışı da azalmış olur. Gebenin doğumun zor ve acı verici durumlarından uzaklaşmasına yardımcı olur. Böylelikle ağrı eşiği yükselir ve ağrının algılanışı azalır. Bu tekniğin kullanışı tamamen bireyseldir. Bazen hayal kurma ve düşleme güç olabilir. Hayal kurma kişinin kendisi tarafından yapılır. Bazı durumlarda destek olacak kişinin anlatımları ya da hikayelendirmeleri de hayal kurmada yardımcı olabilir. Kadın özel bir hayal kurma tekniği kullanmamış ise hemşire/ebe kadına bu konuda yardımcı olabilir. Yapılan çalışmalarda birçok kadının

sıcaklık, yumuşaklık, güvenlik veren ve gevşemeyi sağlayan hayalleri çok rahatlatıcı buldukları belirlenmiştir (Yıldırım 2002; Kömürcü ve Gençalp 2002; Yıldırım ve Şahin 2003; Öztürk 2006).

#### **2.7.2.9. Odak Nokta**

Doğum eylemi sırasında küçük hareketsiz objeler odak nokta olarak kullanılabilir. Kontraksiyon anında dikkati doğrudan başka bir yöne verme çok önemlidir. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur. Çocuk ya da evcil hayvan resimleri, küçük oyuncaklar, masa üzerine konulmuş küçük biblolar odak nokta olabilir. Ayrıca, odak nokta gözler de seçilebilir. Gebe ile kendisine destek veren kişi arasında göz teması kurulabilir. Bu durum dikkati dağıtır ve kontrolün sürdürülmesine yardımcı olur (Yıldırım 2002; Kömürcü ve Berkiten 2008).

#### **2.7.2.10. Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS)**

Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS); düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığıyla deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınmasıdır. TENS'in etkinliği üzerine en fazla kabul edilen görüş kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisidir (Avcıbay 2009; Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011).

Doğum analjezisi olarak TENS, basit noninvaziv bir tekniktir. İlk olarak 1970'li yıllarda İskandinavya'da doğumda kullanılmıştır daha sonra 1976'da İsveç'te yapılan bir araştırma sonucunda TENS'in doğum ağrılarının azaltılmasında etkin olduğu kanıtlanmıştır. İki elektrot kullanılır. Elektrotlar gebenin, doğumun ilk evresinde sırtta T10 -L1 seviyesine, ikinci evrede S2 -S4 seviyesine yerleştirilir. Elektrik stimülasyonunun yoğunluğu ve süresi ağrıyı optimize etmek için değiştirilebilir. Ağrı deneyiminden önce kullanılırsa daha etkin olabilir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011; Öztürk 2006; Gentz 2001)

Doğumun birinci evresinde, ikinci evreye göre daha iyidir. TENS'in noninvaziv bir yöntem olması, uzun süre ve kolay kullanılabilmesi, kapatıldığında etkisinin sona ermesi, anneye ve bebeğe zararının olmaması, gebenin kontrolü altında olması ve gebenin doğum eylemine aktif olarak katılmasını sağlaması avantajları olarak görülmektedir (Gentz 2001; Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011; Öztürk 2006; Mamuk ve Davas 2010; Mucuk ve Başer 2009).

Carrol ve ark. (1997) yaptıkları review çalışmasında, TENS'in daha az etkili olduğu bildirilmiştir. Bilgehan ve Akarcalı'nın (2002) doğum ağrısında TENS'in plaseboya göre etkili olup olmadığını değerlendirdiği çalışmasında, doğum ağrı şiddeti bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak, ağrının niteliksel değerleri karşılaştırıldığında, tepkisel ağrı puanları doğumun birinci evresinin üçüncü fazında ve ikinci evrede, TENS grubu lehine anlamlı bulunmuştur (Carrol ve ark. 1997; Bilgehan ve Akarcalı 2002).

#### **2.7.2.11. İntradermal Su Enjeksiyonu (ISW)**

İlk olarak 1980'lerin sonlarında tanıtılmıştır. Çoğunlukla Avrupa ve İskandinav ülkelerinde kullanılmaktadır. 0.05-0.1 ml'lik 4 steril su enjeksiyonu kadının sırtında sakrum üzerine yerleştirilerek tüberküloz testine benzer şekilde geçici sıvı dolu papüller bırakır. İlk iki intradermal baloncuk her bir posterior superior iliak spina üzerine, diğer iki tanesi ise ilk yapılan yerlerin 3 cm aşağısına ve 1 cm medialine yapılır. Bu yerleşimler yöntemin başarısı için önemlidir. Bu yöntemin en önemli avantajı etkili olması, anne ve fetus sağlığına olumsuz etkisinin olmaması, ucuz olması, eğitilmiş ebeler tarafından uygulanabilmesi, teknik açıdan zor bir işlem olmaması, ağrı kontrolü için strateji sağlaması ve gerektiği sıklıkta kullanılabilmesidir. Dezavantajı ise etkisinin kısa süreli olması, işlem tekrarı gerektirmesi, bel ağrısı dışında etkili olmaması ve tek yan etkisinin enjeksiyon sırasındaki şiddetli batma ağrısıdır. İsveç'te doğumun birinci evresinde sırt ağrısı olan gebelere uygulanan steril su enjeksiyonu uygulaması sonrasında ağrı düzeyinin düştüğü ve gebelerin diğer doğumlarında da bu yöntemi kullanabilecekleri belirtilmiştir (Avcıbay 2009; Kömürcü ve Berkiten 2008; Yeşilçiçek Çalık 2010; Anderson ve Johnson 2005; Öztürk 2006; Gentz 2001; Simkin ve O'Hara 2002; Ulutaş 2011; Leeman ve ark. 2003; Martensson ve Wallin 2006).

#### **2.7.2.12. Dokunma ve Masaj**

1986 yılında Hedstrom ve Newton doğum eyleminde dokunma tekniğini incelemişlerdir. Masajla derideki dokunma reseptörleri uyarılarak ağrının dar bir alanda lokalize olması sağlanmaktadır. Dokunma reseptörleri ağrıyı ileten "A" ve "C" liflerine göre daha geniş çaplı liflerdir. Bu nedenle masaj ile uyarıldıklarında, bu uyarıyı kortekse "A" ve "C" liflerinden daha hızlı iletirler. Bunun sonucu olarak dokunma uyarısını öncelikle alan korteks, ağrı algılanmasını engeller. Bu mekanizma KKT'ne göre açıklanmaktadır. Masaj kaslarda gevşeme ve zihinsel rahatlamaya yol açmasının



yanı sıra, endorfin salınımını artırır, ağrıyı, inflamasyon ve ödemi azaltmaya yardımcı olur. Masaj; monoton, ritmik, yumuşak hareketlerden oluşmalı, kuvvetli, sert, sürekli darbelerden kaçınılmalıdır. Doğum eyleminde masaj, gebe kendi kendine yaparak ya da aile üyeleri, arkadaş, sağlık personeli yardımıyla kolaylıkla uygulanabilir. Ovma, başkasının elini tutma, avuç içinde sert bir madde sıkma, yumruk ya da sert bir obje ile basınç uygulama şeklinde yapılabilir. Obstetride masaj teknikleri, vücudun her bölümü için ayrı uygulanır. Alt sırt masajı, üst sırt masajı, perine masajı, bacak masajı ve bazı doğum noktalarına uygulanan masaj bunlardan bazılarıdır (Adams ve Bianchi 2008; Kömürcü ve Berkiten 2008; Yıldırım ve Şahin 2003; Öztürk 2006; Taşçı ve Sevil 2007; Uçan ve Ovayolu 2007; Tournaire ve Yonneau 2007).

Chang, Chen ve Wang (2002), doğum eyleminde masaj uygulanan deney grubu annelerin kontrol grubu annelere oranla latent, aktif ve geçiş fazında doğum ağrısını daha az algıladıklarını bildirmiş ve masajın doğum ağrısıyla başa çıkmada önemli bir hemşirelik girişimi olduğunu ifade etmiştir (Chung ve ark. 2003).

### **2.7.2.13. Sıcak ve Soğuk Uygulamalar**

Sıcak uygulama doğum eyleminde daha çok bel ağrılarını hafifletmek için kullanılır. Sıcak uygulama iskeminin ve büyük sinir uçlarının uyarılması ile ortaya çıkan ağrıları hafifletebilir. Vazodilatasyon etkisi ile ağrıyı azaltır. Vazodilatasyon, kan dolaşımını arttırarak impulsları stimüle eden hücre metabolitlerinin eliminasyonunu sağlar. Isı reseptörleri aracılığı ile ağrıyı azaltan refleksleri harekete geçirir, böylece kas spazmında ve buna bağlı ağrıda azalma olur. Sıcak uygulamada nemli kompresler, sıcak su şişesi, ısıtılmış pedler gibi değişik yöntemler kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şahin 2003; Kömürcü ve Berkiten 2008; Mamuk ve Davas 2010; Öztürk 2006; Simkin ve Bolding 2004).

Soğuk uygulamada ise damarlarda vazokonstrüksiyon ve buna bağlı olarak da sirkülasyonda yavaşlama olur, kas spazmını önler, derideki duyarlılığı azaltır, inflamasyonu ve eklem yerlerindeki gerginliği giderir. Soğukun ağrıyı azaltmasında iki mekanizma söz konusudur. Birincisi; doğrudan periferik sinir iletimini yavaşlatması hatta bloke etmesi, ikincisi ise; indirekt olarak inflamatuvar yanıtın azalmasına bağlı nosiseptif uyarıya yol açan mediatörlerin azalması veya ödemin bölgedeki sinirlere yapılacak baskıyı azaltmasıdır. Soğuk su ile ıslatılmış pedler kadının alnına yerleştirilebilir ya da yüzü, göğsü, kolları ve elleri bu pedlerle silinebilir. İçine buz

parçaları doldurulmuş plastik eldivenler ya da hazır soğuk paketler sakral bölgeye yerleştirilerek bel ağrıları azaltılabilir. Ağrılı bölgeyi inerve eden yüzeysel bir sinir üzerine, bir akupunktur ya da tetik bölgesine yerleştirildiği için ağrı sonlandırılabilir. Öztürk'ün (2006) yaptığı bir çalışmada doğum eyleminde gebelere buz ve silikon balonlar LI4 akupunktur noktasına konulmuş ve ağrı algılamaları kontrol grubuyla kıyaslanmıştır. Sonuçta, gruplar arasında ağrı algı puan ortalaması bakımından fark saptanmamıştır. Ancak, buz ve silikon uygulaması sırasında gebeler uygulamanın 'ağrıyı azalttığını/rahatlattığını' ifade etmişlerdir (Öztürk 2006; Yıldırım ve Şahin 2003; Waters ve Raisler 2003; Kömürcü ve Berkiten 2008; Mucuk ve Başer 2009; Uçan ve Ovayolu 2007; Yıldırım 2001).

#### **2.7.2.14. Hidroterapi-Banyo Yapma veya Duş alma**

Hidroterapi son yıllarda dünyada pek çok ülkede oldukça ilgi gören bir yöntemdir. Basit bir duştan, su havuzuna girmeye kadar özel bir sistemi içerebilir. Sıcak su lokal vazodilatasyona ve kasların gevşemesine neden olur. Bunun yanında sadece abdominal kasların ısınıp artırmakla kalmaz, beraberinde kontraksiyonları da etkileyerek servikal dilatasyona yardımcı olur. Suyun sıcaklığının 36.6 °C- 37.8 °C arasında olmasına dikkat edilmelidir. Sürekli fetal monitörizasyon gereken durumlar, ağır mekonyum gibi durumlar için uygun değildir (Yıldırım ve Şahin 2003; Simkin ve O'Hara 2002; Mamuk 2008; Öztürk 2006; Brown, Douglas ve Flood 2001; Tournaire ve Yonneau 2007; Kömürcü ve Berkiten 2008).

#### **2.7.2.15. Yoga**

Hindistan kökenli bir uygulama olan Yoga'nın temel amacı, aklın ve bedenin kontrolünü sağlamaktır. Çok çeşitli yoga teknikleri vardır. Bu tekniklerden 'Enerji Yogası' gebelikte ve doğumda kullanmaya en uygun olanıdır. Enerji yogasında özel nefes alma teknikleri, bilinç yükseltme ve rahatlama sağlamaktadır. Uzmanlarına göre yoga, doğum süresini kısaltarak, acıyı, ağrıyı ve farmakolojik ilaç ihtiyacını azaltmaktadır. Ancak bunu kanıtlayan bilimsel araştırmalara rastlanmamaktadır (Tournaire ve Yonneau 2007; Mamuk 2008).

#### **2.7.2.16. Aromaterapi**

Yüzyıllar önce eski Mısır ve Hint uygarlıklarından doğmuş olan aromaterapi, bitkilerin yüksek yoğunluklu esansiyel yağlarının ve kokularının tedavi amacıyla kullanılması esasına dayanır. Konunun uzmanları aromaterapinin beden ve ruh

dengeğini koruduğu, hoş bir koku solunarak gevşemenin geręekleřtiđi, anksiyeteyi, korkuyu, ağrıyla, bulantı ve kusmayı azalttığı, kadının iyilik hissini arttırdığını bildirmektedirler. Aromaterapide en çok kullanılan bitkiler; yasemin, gül yağı, sardunya, ada ayı, lavanta yağı, ardı, turunçgil, okaliptüs ve çeşitli ttslerdir. Aromatik ajanların banyo suyuna eklenmesi, tütsü olarak yakılması, elbise veya yatak takımlarına serpiştirilerek inhaler olarak kullanılması, kompresleme, masaj ve buharlaştırma kullanım şekilleridir. Özellikle lavanta yağı ile masaj yapmak ya da banyo suyuna eklemek en çok tercih edilendir. Çünkü lavantanın kokusu yanında güçlü antiseptik özelliği vardır. Gl; antidepresan, uyuşturucu ve uterotoniktir. Yasemin; analjezik ve antispazmotik etkisi ile doğuma yardımcı olarak bilinir. Aromaterapinin ucuz ve zararsız olması avantajlarındandır. Etkinliğinin tam olarak anlaşılması için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir (Simkin ve Boldig 2004; Tournaire ve Yonneau 2007; Kömürcü ve Berkiten 2008, Burns ve ark. 2007; Khorshid ve Yapucu 2005).

#### **2.7.2.17. Solunum teknikleri**

Doğumda kullanılan solunum teknikleri, kadının dikkatini ağrı anında değişik noktalara yöneltir, doğum ağrısıyla baş etmesine katkıda bulunur. Gebenin ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesini sağlar, utero-plasental dolaşımı rahatlatır, ağrının algılanmasını azaltır.

Doğum ncesi eğitim sınıfları ve kitaplarının temelini gevşeme ve solunum teknikleri oluşturmaktadır. Bugün kullanılan çeşitli solunum teknikleri vardır, annenin gereksinimlerine göre uygulanabilir. Bu yöntemlerin temel amacı doğum ağrısına bağlı gelişecek rahatsızlığı gidermektedir. En çok kullanılan yöntemler Bradley, Dick- Read ve Lamaze yöntemleridir. Bunlardan Lamaze en yaygın kullanılan tekniktir. Lamaze Solunum Modeli dört aşamada uygulanır. Bunlar;

- İlk düzey (Normal solunum)
- İkinci düzey (Yavaş-Derin Göğüs Solunumu),
- nc Düzey (Hızlı-Yüzeyel Göğüs Solunumu)
- Dördüncü Düzey (fleme-Abdominal Solunum)

Solunum tekniklerinin travay ve doğum esnasında ne zaman değiştirileceği ile ilgili evrensel bir doğru zaman yoktur. Solunum tekniklerinin kullanımına basit olanla başlanmalı, artık etki etmediği anlaşılıncaya kadar devam edilmeli ve sonra dikkatin

başka yöne çekilmesine daha fazla ihtiyaç duyuldukça, daha karmaşık olanla devam edilmelidir. Soluk alma ve verme sırasında alınan ve verilen hava miktarının eşit olmasına çalışılmalı ve olabildiğince yavaş olmalıdır. Karmaşık tekniklerin uzun süre kullanımı yorgunluğa neden olmaktadır. Solunum teknikleri sadece ihtiyaç olduğunda, genellikle artık yürüyemediği ve kontraksiyonlar sırasında konuşamadığı zaman kullanılmalıdır. Kadın ihtiyacı olmadığı sürece basitten karmaşığa hemen değişiklik yapmamalı, sadece ihtiyaç duyulduğunda değiştirilmelidir böylece çok karmaşık tekniklerin uzun süre kullanımı sınırlandırılmış olur (Simkin ve Boldig 2004; Yıldırım 2005; Mamuk 2008; Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008, Mucuk 2010).

## **2.8. DOĞUM AĞRISININ GİDERİLMESİNDE EBENİN ROLÜ**

Doğum kadın, fetus ve aile için hem bir bitiş, hem de bir başlangıç zamanıdır. Eylem ve doğum sırasında, kadının ulaşabildiği tüm psikolojik ve fizyolojik baş etme mekanizmalarının kullanılması gerekmektedir. Bu bağlamda DSÖ yayınladığı kanıta dayalı 6 uygulamanın doğumu yöneten sağlık profesyonelleri için kılavuz olması ile; sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleşebileceği ifade edilmiştir. Bu önerilerin 3.sü olan: “Doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmelidir” uygulaması özellikle doğum ağrısının giderilmesinde önemlidir (Simkin ve O’Hara 2002; Yeşilçiçek Çalık 2010).

Bugün doğumda tıbbi müdahalelerin yaygın kullanımı ile eylemde ebelik bakımının destekleyici uygulamalardan ziyade teknik uygulamalara yöneldiği görülmektedir. Ancak temel yaklaşım; doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektiği olmalıdır. Gebe kadına doğum eylemi sırasında bilinçli ve aktif rol oynama şansı verilerek, kadının kendisini ekibin bir parçası gibi hissetmesinin sağlanması doğumda önemlidir. Anne olmanın sadece zevkinin değil aynı zamanda bu olayda aktif rol oynamanın da başarı ve tahminin yaşatılması; aynı duyguları eşinde paylaşması çağdaş yaşamın gerekliliklerinden birisi olarak görülmektedir (Hodnett 2002, Simkin 2002; Sayiner ve Özerdoğan 2009; Huntley, Coon ve Ernst 2004).

Ağrı kontrolündeki yetersizlikler arasında, sağlık ekibinin ağrı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması ve bunun sonucu olarak ağrı nedeni ve giderilmesine ilişkin yanlışlara düşülmesi, yeni geliştirilen ağrı kontrol yöntemleri ve uygulamalarının yaygın olarak kullanılmaması bulunmaktadır. Kadınların doğum yapma güvenleri ve

yetenekleri; bakım vericilerinin desteği, doğum hakkındaki bilgilendirilme düzeyleri ve doğumlarını yapacakları yere bağlı olarak artar ya da azalır. Bugün çoğu kadın doğum ağrısından korktuğu için endikasyon olmadığı halde sezaryenle doğum yapmayı tercih etmektedir. Oysa doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasında etkisi olduğu bilinmektedir. Hatta bununla ilgili yapılan çalışmalar, doğum ağrısında ebe tarafından yapılan klinik olmayan dokunuşların (elini tutma, alını okşama, sırtı okşama) gebenin sistolik kan basıncını, nabzını düşürdüğünü göstermiştir. Doğum eylemi süresince desteklenen kadınlarda forseps, vakum ve analjezi kullanım oranlarının, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen riskinin azaldığı doğum süresinin kısaldığı, apgar skorunun yükseldiği ve anne için uzun vadeli, emosyonel faydalar sağladığı belirlenmiştir. Bu bilgilere dayanarak doğumhanede çalışan ebelerin en önemli görevleri doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak, doğum eylemini olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını ve sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamak olmalıdır. Bu nedenle ebe doğum ağrısıyla baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri, etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır. Çünkü doğumda ağrı kontrolü her zaman yüksek teknolojiyi gerektirmeyebilir. Etkili ebelik girişimleriyle de ağrıyı hafifletmenin mümkün olduğu yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Ağrı kontrolünde ebeğin rolünü önemli kılan, ebeğin hasta ile diğer sağlık üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedavisini uygulaması, sonuçların izlenmesi ve empatik yaklaşımıdır (Huntley, Coon ve Ernst 2004; Sayiner ve Özerdoğan 2009, Kömürcü ve Berkiten 2008; Simkin 2002; Yıldırım 2001; Cook ve Wilcox 1997; Ersanlı 2007; Mårtensson, Mcswiggin ve Mercer 2008; Öztürk 2006).

Doğumdaki ağrıyı azaltmak hem hümanizm açısından hem de tıbbi nedenlerle gereklidir. Doğum salonlarında çalışan ebeler, doğum eylemine hazırlanmamış gebelere ve ona destek sağlayacak kişilere nonfarmakolojik yöntemleri öğretmek ve uygulatarak gebenin doğum ağrısıyla baş etmesini sağlayacak ve böylece doğum eyleminin süresinin de kısalmasına yardımcı olabileceklerdir. Böylece farmakolojik yöntemlere duyulan gereksinim de azalacaktır. Bunun yanı sıra anne ve fetus sağlığı korunduğu gibi

doğum eyleminin uzaması, alerjik reaksiyon vb. gibi farmakolojik yöntemlere özgü riskler de ortadan kalkacaktır. (Kömürcü ve Berkiten 2008; Yıldırım 2001)

Personel yetersizliği, zaman kısıtlılığı, eğitim eksikliği, hastane politikaları ya da rutinleri ve yöntemin etkisi gibi engeller ebelerin bu tip bakım vermelerini önlemektedir. Sonuç olarak, günümüzde birçok hastanede destekleyici bakımdan ziyade teknoloji ve prosedürler kullanılmakta ve bireye özel uygulamalardan ziyade rutin uygulamalar yapılmaktadır. Ancak hastaya yapılan her tür tedavi ve bakımda ya da klinik kararların verilmesinde, mevcut kanıtlar içerisinde en iyisinin seçilmesi ve kullanılması kısacası ebelik uygulamalarının yapılan araştırmalar ile desteklenmesi, ebelerin yalnızca kanıta dayalı bakım stratejilerini kullanmada otonomilerini arttırmayacak, aynı zamanda disiplinler arası işbirliğini de arttıracak, kadının doğum eylemine katılımını arttıracak ve son olarak, doğumu yapan kadın ve doğumu yaptıran personelin pozitif bir doğum eylemi yaşamalarını sağlayacaktır (Kömürcü ve Berkiten 2008; Simkin ve O'Hara 2002; Hodnett 2002; Rosen 2004; Simkin 2002, Hodnett ve ark. 2002; Carr ve Schott 2002; Karaçam ve Akyüz 2011; Öztürk Can ve Saruhan 2008; Rathfisch ve Güngör 2009).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma; doğum eyleminde elde bulunan LI4 akupunktur noktasına uygulanan akupresürün, gebelerde algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapıldı.

#### Araştırmanın Soruları

- Doğum eyleminde LI4 akupunktur noktasına akupresür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından fark var mı?
- Doğum eyleminde LI4 akupunktur noktasına akupresür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğumun süresi açısından fark var mı?
- Doğum eyleminde LI4 akupunktur noktasına akupresür uygulanan gebeler, yapılan uygulamadan doğum sonu erken dönemde memnun mu?

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, 1 Haziran - 30 Eylül 2012 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil-Doğumhanesinde yapıldı. Araştırmaya başlanmadan önce, İl Sağlık Müdürlüğünden ve etik kuruldan yazılı izin alındı.

#### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri ve İşleyişi

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006 yılının sonlarında hasta kabulüne başlamış, 438 yatak kapasitesine sahip yeni bir hastanedir. Acil-Doğumhane birimi ise Ekim 2010 tarihinde hizmete açılmıştır. Acil-Doğumhanede rotasyon halinde 13 uzman kadın doğum hekimi, 13 asistan hekim ve 13 ebe görev yapmaktadır. Çalışma sistemi 08.30-16.30 ve 16.30-08.30 saatlerinde nöbet şeklindedir. 10 yataklı doğumhanede; 2 travay/sancı odası (5 yataklı), 1 müşahade/lohusa odası (5 yataklı), 1 müdahale odası (2 masalı), 1 doğum salonu (3 masalı) bulunmaktadır. Doğum salonunda, yenidoğan için radyan ısıtıcı, oksijen kaynağı, aspirasyon ünitesi ve doğum eyleminde kullanılabilecek ilaç ve malzemeler bulunmaktadır. Oksijen kaynağı ve aspiratör ünitesi merkezi sisteme bağlı olarak çalışmaktadır.

Acil- Doğumhanenin rutin işleyişi kısaca şöyledir;

- Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce acil kadın doğum polikliniğinde ya da gebe polikliniklerinde ultrasonografi ve fiziksel muayene yapılarak değerlendirilir.
- Yatış kararı verilen gebeler doğumhaneye alınır.
- Ebeler tarafından doğumhaneye kabul edilen ve yatışı yapılan gebelere; vajinal muayene ve fetal monitorizasyon yapılmasının ardından, önlük giydirilip, damar yolu açılır ve kan örnekleri alınır. Sonrasında gebenin durumuna göre lavman uygulanıp, gebenin anamnezi alınır.
- Ebeler; hastanenin yoğunluğundan dolayı doğum ağrısını giderici non farmakolojik yöntemleri gebelere uygulayamamaktadırlar.
- Hekim istemine göre; travay süresince gebeye, doğumu hızlandırıcı yöntemler oksitosin indüksiyonu, epidosin ve lavman uygulaması gerekli görüldüğünde yapılır.
- Gebeler genellikle travay süresince fetal monitörizasyona bağlı kalır, gerekli görülmedikçe yürümelerine izin verilmez.
- Travay takibini hekimler ve ebeler beraber yapar, normal doğumu hekim olmadığı zaman ebeler yaptırır.
- Doğumdan sonra işlemleri biten anne ve bebek lohusa odasına alınır.
- Ebeler doğum sonu dönemde; annenin kanama kontrolünü ve vital bulgularının takibini yapar, ayrıca anneye anne sütü ve aile planlaması eğitimlerini verir. Bebeklere yönelik girişimler ise yenidoğan hemşiresi ve çocuk hekimleri tarafından yapılır.
- Anne ve bebek, doğum sonrası 2-3 saat lohusa odasında takip edildikten sonra kadın-doğum servisine çıkarılır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil-Doğumhane'sinde 1 Haziran 2012- 30 Eylül 2012 tarihleri arasında normal doğum yapan kadınlar (852 gebe) oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme; Number Cruncher Statistical System-Power Analysis and Sample Size (NCSS-PASS) Programı kullanılarak hesaplanmıştır. Evreni temsil edecek örneklem hacmi=0,01 riski, % 0,99 doğruluk oranı,  $p= 0,05$ ,  $1-P= 0,80$  güç oranı koşulu



ile Yıldız'ın çalışmasındaki VAS ortalama puanlarının karşılaştırılması sonuçları ele alındığında, her bir grup için minimum 42 kişi olarak belirlendi (Yıldız 2003). Aynı çalışmanın kontrol ve deney grubunun toplam doğum süresinin karşılaştırma sonuçlarına göre doğruluk oranı %99,  $p=0.05$ ,  $1-P=0.80$  koşulunda her bir grup için 41 kişi alınması hesaplandı. Araştırmaya kabul koşullarına uyan, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan (44 deney, 44 kontrol) 88 gebe örnekleme alındı. Veriler örneklem sayısına ulaşıncaya kadar deney ve kontrol grubu birlikte olacak şekilde toplandı.

**Örnekleme dahil edilme koşulları;**

- Miadında gebelik (37- 40. Hafta)
- 18-39 yaş arasında olma
- Tek ve canlı fetüsün olması
- Fetüsün baş ve verteks prezentasyonda olması
- USG'ye göre fetal ağırlık (2500-4000 gr arasında)
- Herhangi bir gebelik komplikasyonu olmaması
- Yazılı/sözlü iletişim kurabilme
- Tanı konmuş herhangi bir sistemik hastalığı olmayan
- Kontraksiyon anomalisi olmayan
- Vajinal doğum planlanan
- 5 cm'den daha az servikal dilatasyonu olan
- Doğum eyleminin kendiliginden başlaması ve
- Çalışmaya katılmayı kabul etme örnekleme dahil edilme koşullarını oluşturdu.

**Araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek araştırma dışı bırakılanlar;**

- Narkotik analjezik veya sedatif alan
- Doğum sonu komplikasyon gelişen
- Doğumu sezaryenle olan
- Yenidoğanın ağırlığı düşük veya iri fetüs olan gebeler, araştırmaya alınmadı veya araştırmadan çıkarıldı.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sayısı (Deney 44, kontrol 44), primipar-multipar olma durumu (22 primipar, 22 multipar) ve uygulamaya başlama zamanı (servikal dilatasyon 4-5 cm olduğunda) açısından eşitlendi.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

**Araştırmanın bağımsız değişkenleri;** Gebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, doğum yerleri, eşinin öğrenim durumu ve mesleği), gebelik öncesi dismenore durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, kontraksiyon özellikleri, servikal dilatasyon ve efasmanları, gebelerin doğuma yönelik düşünceleri ve uygulama sırasında gebelerin hissettikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

**Araştırmanın bağımlı değişken:** Gebelerin ağrı puan ortalamaları ve doğum süresi ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturdu.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Aşağıdaki veri toplama araçları, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanıp deney ve kontrol grubu için kullanıldı;

1. “Gebe Tanıtım Formu” (EK-1)
2. “Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu” (EK-2)
3. “Doğum Sonu Görüşme Formu” (EK-3)
4. “Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ=Visual Analog Skala=VAS)” (EK-4)

#### 3.6.1. Gebe Tanıtım Formu (EK-1)

Gebenin sosyo-demografik özellikleri, gebenin doğurganlığı, şimdiki gebeliği ve doğuma yönelik düşünceleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır (EK-1).

Sosyo-demografik özellikleri belirlemek için; gebenin yaşı, öğrenim ve çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, evlilik süresi, eşinin öğrenim ve çalışma durumu, aile tipi ve doğduğu yere ilişkin sorulara yer verildi (12 soru).

Ayrıca gebenin doğurganlığı ve şimdiki gebeliği ile ilgili olarak; gebelik öncesi dismenore sorunu olup olmadığı, gebelik, doğum, düşük, yaşayan çocuk sayısı ve cinsiyetleri, daha önceki doğum şekilleri, önceki gebeliği ile bu gebeliği arasındaki süre, son gebeliğini isteme ve bebeğinin cinsiyetini bilme durumu, gebeliğinde ne tür problem yaşadığı ve ilaç kullanma durumu, doğum öncesi kontrollere gitme, doğum öncesi eğitim alma durumu, doğumla ilgili çevresinden duyduğu deneyimler, doğumla ilgili düşünceleri, doğumla ilgili tercihi ve doğum ağrısı ile baş etmede kullanılan yöntemleri bilme durumuna ilişkin sorulara yer verildi (32 soru).

### 3.6.2. Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu (EK-2)

Doğum eylemine ilişkin izlem formunda; gebelik haftası, travay odasındaki hasta sayısı, doğum eyleminin birinci evresinde yapılan uygulama ve ilaçlar ile ilgili sorular, akupresür uygulaması öncesi ve sonrası değerlendirmelere ilişkin tablo (servikal dilatasyon ve silinme, başın seviyesi ve membranların durumu, kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti, fetal kalp atım hızı (FKA), annenin vital bulguları ve doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlar) yer almaktadır. Ayrıca doğumun 2. evresinde annenin eyleme katılma durumu, uygulama ve müdahaleler, doğum saati, doğum sonrası yapılan ilaç ve uygulamalar ve doğum süresine ilişkin sorular bulunmaktadır. Doğum sonu bebeğin değerlendirilmesine ilişkin sorular ise; bebeğin cinsiyeti, boyu, kilosu, baş çevresi, APGAR skoru ve sağlık durumuna yöneliktir (EK-2).

### 3.6.3. Doğum Sonu Görüşme Formu (EK-3)

Bu formda deney ve kontrol grubundaki gebelere doğum sonrası 2. saatte sorulan; ağrı odası, doğum eyleminde yapılan uygulamalar, doğum eylemi ve doğum ağrısı hakkındaki düşünceleri ve şu anda kendisini nasıl hissettiğine ilişkin ifadeleri yer almaktadır (7 soru, EK 3).

Ayrıca akupresür uygulamasının değerlendirilmesine yönelik soru formu; doğum sonrası 2. Saatte sadece deney grubu gebelere uygulandı. Bu soru formu; gebelerin akupresür uygulamasının etkinliğini, uygulamadan memnun kalma durumlarını, diğer gebeliklerinde de isteme, başka gebelere önerme durumları, uygulamadan rahatsız olma durumları ve uygulamayı yeterli bulup bulmadıklarını değerlendiren, liker tipi 10 sorudan oluşmaktadır. Soruların her biri 1 ile 5 arasında değişen aralıkta puanlandı. (Tamamen katılmıyorum 1 puan, Katılmıyorum 2 puan, Kısmen katılıyorum 3 puan, Katılıyorum 4 puan, Tamamen katılıyorum 5 puan) Bu testten en az 44, en fazla 220 puan alınabilmektedir. Her sorunun ortalama puanı, kişi sayısının verilen cevaba çarpımı ve çıkan sonucun deney grubu sayısı olan 44'e bölümüyle bulundu. 3 ve üzeri puanlar, gebelerin akupresür uygulamasından memnun olduklarının göstergesi olarak değerlendirildi.

### 3.6.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği=Visual Analog Skala=VAS (EK-5)

İlk olarak 1976 yılında Scott ve Huskisson tarafından kullanılan VAS, doğumdaki ağrının geniş olarak tanımlanmasına yardımcı, kullanışlı bir ölçektir. Ülkemizde, Türkçeye uyarlanması, duyarlık ve seçicilik çalışması Eti Arslan tarafından 1998 yılda

yapılmıştır (Cronbah alpha = 0,88). Sık kullanılır ve “altın standart” olarak kabul edilir. Subjektif olarak algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılmaktadır. VAS yatay veya dikey olarak çizilmiş bir ucunda "ağrı yok" diğer ucunda "dayanılmaz ağrı" yazan 10 cm uzunluğunda bir cetveldir. Cetvel üzerinde gebeden kendi durumuna uyan yere çizgi çekmesi veya nokta koyması istenerek, gebe kendi ağrısını işaretlemektedir. Değerlendirme bu işaretlemelere göre yapılır. Ağrının hiç olmadığı yerden, bireyin işaretlediği yere kadar olan mesafe bir cetvel yardımıyla ölçülür. Çabuk sonuç vermesi, kolay anlaşılır olması ve sayılarla bireyin yönlendirilmemesi nedeniyle ağrı şiddetini belirlemede tek boyutlu ölçekler içinde en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. Birden fazla uygulanması gereken durumlarda, değerlendirmenin aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda, hasta önceki ağrı puanına göre değerlendirme yapabileceğinden, tekrarlayan değerlendirmelerde her defasında yeni bir ölçek kullanılması önerilmektedir (Eti Aslan 1998; Scott ve Huskisson 1976; Collins ve ark. 1997; Eti Aslan 2002; Chung ve ark. 2003; Mucuk 2010).

### **3.6.5. Punktometre**

Uygulama noktasını belirlemek (LI4 noktası) için kullanıldı. Akupunktur noktaları düşük elektriksel dirence sahiptir. Bu özellikten faydalanılarak bir takım cihazlar geliştirilmiştir. Bu cihazların iki elektrotundan biri, nokta arama amacına yönelik olarak kalem ucu biçiminde, diğer elektrot ise hastanın elinde tutacağı şekildedir. Bu arama elektrotu akupunktur noktalarının üzerine geldiğinde özel bir ses veya ışık sinyali vermektedir (Öztürk 2006).

Araştırmada kullanılan punktometre, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Hocalarından Doç.Dr. Hafize Öztürk Can tarafından “Mekanik Elektronik” adlı firmaya orjinaline uygun yaptırılmış olup, orijinal punktometre ile ölçüm hassasiyeti karşılaştırılmıştır. Punktometre, Doç. Dr. Hafize Öztürk Can’dan çalışma bitimine kadar kullanılmak üzere ödünç alındı. Araştırmacı tarafından punktometrenin kalibrasyonu, Oluşum Medikal isimli firmada Muhsin Coşkun’a yaptırıldı ve kullanıma ilişkin bilgi alındı. Tüm gebelerde aynı cihaz kullanıldı (Resim 3-1).



**Resim 3-1:Araştırmada Kullanılan Punktometre Cihazı**

Bu araştırmada araştırmacı, LI4 noktası, bu noktanın belirlenmesi ve akupresür uygulaması hakkında, akupunktur konusunda uzman olan Gül Öztürk'ten danışmanlık aldı (EK-10).

### **3.7. Ön Uygulama**

Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formlarının işlerliğini saptamak amacıyla T.C. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil-Doğumhanesine doğum için başvuran, araştırma kriterlerine uygun olan 10 gebeye ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrası gözden geçirilen veri toplama formlarında gerekli düzeltmeler yapılarak son şekli verildi. Ön uygulamada gebelerin LI4 noktalarına akupresür uygulandı ve herhangi bir sorun/rahatsızlık görülmedi (Ön uygulama yapılan gebeler örneklem dışı bırakıldı).

### **3.8. VERİLERİN TOPLANMASI**

Araştırmanın uygulama izinlerinin alınmasından sonra, hekimler, doğumhane sorumlu ebesi ve diğer ebeler ile görüşüldü, araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verildi. Veriler araştırmacı tarafından, örneklem gruplarından (deney grubu ve kontrol grubu) ayrı ayrı toplandı.

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil-Doğumhanesine, araştırmacının çalıştığı saatler içerisinde (günlük ortalama 8 saat) doğum yapmak üzere hastaneye yatan ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan gebeler sıra ile çalışma kapsamına alındı. Gebelerle tanıştıktan sonra araştırmanın amacı açıklandı, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözel ve yazılı izinleri alındı (EK-5, EK-6).

Gebeler, randomize yöntemle araştırmacının çalıştığı günlerde bir gün deney grubu, ikinci gün kontrol grubu olacak şekilde dağıtıldı. Buradaki amaç; deney grubuna uygulama yapılırken, kontrol grubunun bundan etkilenmemesiydi. Verilerin toplanması sırasında kliniğin işleyişinde bir değişiklik yapılmadığından gebeler rutin bakım ve tedavilerini aldı. Yapılan işlem kliniğin rutinlerine ek olarak gebelerin konforunu sağlamak ve onları rahatlatmak amacıyla yapıldı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan gebelere;

1. **Gebe Tanıtım Formu (EK I) Uygulanması:** Gebenin travay odasındaki yatağında, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, ortalama 10 dakikalık sürede Gebe Tanıtım Formu dolduruldu.
2. **VAS'ın Değerlendirilmesi:** Gebe hastaneye yatışı yapıldıktan sonra, VAS'nın kullanımı her gebeye anlatıldı. Ölçeğin en altındaki çizginin hiç ağrı olmadığı, en üstteki çizginin ise dayanılmayacak kadar çok ağrı anlamına geldiği, iki uç nokta arasında kendi ağrısının şiddetine en uygun yeri işaretlemekte özgür olduğu belirtildi. VAS'ın her bir ölçümünde farklı ölçek formu kullanıldı. Bunun nedeni ise gebenin önceki ağrı şiddeti değerini görmemesi, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesinde bundan etkilenmemesiydi. VAS'da standardizasyonu sağlamak amacıyla yapılan çalışmalarda VAS'ın dikey kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtildiğinden, bu çalışmada VAS dikey kullanıldı. Gebelerin kontraksiyon sırasındaki ve kontraksiyonlar arasındaki algıladıkları ağrı yoğunlukları farklı olduğu düşünülerek, her ölçüm kontraksiyonlar arasında yapıldı. (Resim 3-2)

### 2.1. VAS'ın Uygulanma Sayısı ve Zamanı

#### VAS'ın deney grubundaki gebelere uygulanması;

VAS-1; gebenin hastaneye yatışı yapıldıktan sonra,

VAS-2; 1. Akupresür uygulaması yapılmadan önce

VAS-3; 1. Akupresür uygulaması yapıldıktan hemen sonra

VAS-4; 2. Akupresür uygulaması yapılmadan önce

VAS-5; 2. Akupresür uygulaması yapıldıktan hemen sonra  
 VAS-6; doğum sonrası 2. saatte uygulandı.

**VAS'ın kontrol grubundaki gebelere uygulanması;**

VAS-1; gebenin hastaneye yatışı yapıldıktan sonra,

VAS-2; servikal dilatasyon 4-5 cm olduğunda

VAS-3; VAS-2 değerlendirilmesinden 8 kontraksiyon sonrasında

VAS-4; servikal dilatasyon 7-8 cm olduğunda

VAS-5; VAS-4 değerlendirilmesinden 8 kontraksiyon sonrasında

VAS-6; doğum sonrası 2. saatte olmak üzere toplam altı kez uygulandı.

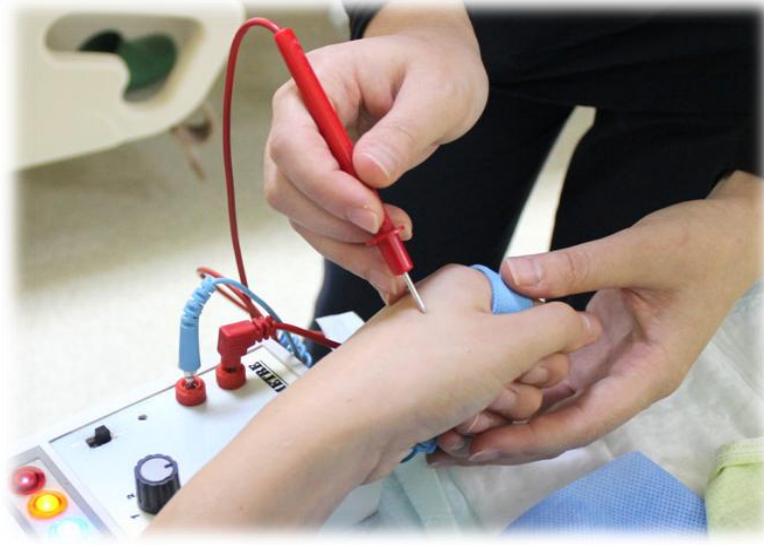


**Resim 3-2:VAS'ın Değerlendirilmesi**

- 3. Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formunun Uygulanması (EK-II):** Tüm gruplarda, gebenin vital bulguları takip edildi, akupresür uygulama süresinde, gebenin kontraksiyonları ve fetal kalp atımı fetal monitörizasyon ile izlendi. Gebenin kontraksiyonlarının sıklığı ve şiddeti değerlendirildi. Araştırmanın başlangıcından itibaren gebelerin servikal silinme ve dilatasyonlarının değerlendirilmesi, düzenli olarak araştırmacı tarafından yapıldı. Kontraksiyonların sıklığı, uygulama süresi içerisinde oluşan toplam kontraksiyon sayısı kadar gösterildi. Kontraksiyonların şiddeti, uygulama sırasındaki fetal monitörizasyon çıktısında görülen kontraksiyonların en şiddetli olanın değeri alınarak belirtildi. Birimi ise mmHg dır.

#### 4. Deney Grubuna Akupresür Uygulama Adımları

- Deney grubundaki gebelere uygulama başlamadan önce uygulamanın nasıl ve nereye yapılacağı açıklandı.
- Gebenin LI4 noktası (baş parmak ile işaret parmağı arasında) punktometre ile belirlendi. Cihazın bir elektrotu hastanın elinde tutacağı şekilde ayarlandı. İki elektrotundan diğeri (kalem ucu biçiminde olan) ile LI4 noktası bulundu. Cihaz, LI4 noktasını doğru bulduğunda ışığı yanıp, uyarı sesi verdi (Resim 3-3).



**Resim 3-3:LI4 Noktasının Belirlenmesi**

- Akupresür servikal dilatasyon 4-5 cm ve 7-8 cm olduğunda iki kez uygulandı.
- Birinci ve ikinci uygulama, dört kontraksiyon boyunca (her kontraksiyonun başlangıcından kontraksiyon bitene kadar) önce sağ eldeki LI4 noktasına, daha sonra sol eldeki LI4 noktasına akupresür uygulandı (Resim 3-4).
- Servikal dilatasyon 4-5 cm iken yapılan ilk uygulama kontraksiyonlar daha uzun aralıklarla geldiği için ortalama 1 saat sürdü. Servikal dilatasyon 7-8 cm iken yapılan 2. uygulama ise dinlenme süresi daha kısa olduğu için ortalama 30 dakika sürdü.





**Resim 3-4: Akupresür Uygulaması**

- Uygulama bittikten sonra gebenin vital bulguları alınıp, vajinal muayenesi yapıldı. Diğer uygulama başlayana kadar gebeye standart bakım verilir, akupresür uygulanmadı.

**5. Doğum Sonu Görüşme Formunun Uygulanması:** Doğum sonu 2. Saatte, lohusa odasında hasta servise çıkmadan önce, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Ayrıca, sadece deney grubuna Akupresür Uygulamasına İlişkin Soru Formu dolduruldu.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 istatistik paket programı kullanılarak bir uzman tarafından analiz edildi. İstatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, uygulama öncesi ve sonrası değerlendirmelerde eşlendirilmiş t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanıldı. Sonuçlar, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

### 3.10. Araştırmanın Etik Yönleri

- Çalışma ile ilgili etik kurul izni Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alındı (EK-7).
- Araştırmanın verilerinin toplanması aşamasında da Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı (EK-8).
- Ayrıca araştırmaya katılan katılımcılardan, çalışmanın amacı ve hedefleri açıklandıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onam alındı (EK-5, EK-6).
- Araştırmada kullanılan resimler kadınlardan izin alınarak araştırmacı tarafından çekildi (EK-9).

### 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler

Aşağıda sayılan nedenlerden dolayı 24 gebe örneklem dışı bırakıldı. Bunların yerine yeni gebe alındı.

- Travayın ilerleyen aşamalarında gelişen komplikasyonlara (uzamış eylem, kontraksiyon distozisi vb.) göre sezeryan ile doğuma karar verilmesi, (14 gebe)
- Doğum eylemi başlamış hastaların daha önceden belirlenmiş makrozomik bebek, düşük doğum ağırlıklı bebek tanıları olmamasına rağmen doğumun sonunda yenidoğan ağırlıkları 4000 gr.' in üzerinde veya 2500 gr. altında olması, (3 gebe)
- İletişim problemi yaşanması, (1 gebe)
- Uygulama sonrası narkotik analjezik veya sedatif yapılması, (1 gebe)
- Uygulama sırasında fetal distress gelişmesi, (2 gebe)
- Bazı gebelerin araştırmaya katılmayı kabul edip daha sonra vazgeçmesi (3 gebe) nedeniyle araştırmada vaka kayıpları yaşanmıştır.

#### 4. BULGULAR

Doğum eyleminde, elde bulunan LI4 akupunktur noktasına uygulanan akupresürün, gebelerde algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır. Elde edilen bulgular beş bölümde incelendi.

1. Gebelerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. Gebelerin tıbbi ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular
3. Gebelerin doğum sürecine ilişkin bulgular
4. Gebelerin doğum sonrasında ilişkin bulgular
5. Gebelerin algıladıkları ağrı (VAS) puan ortalamalarının bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

#### 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=88)

Sosyo-Demografik Özellikler	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş</b>								
19 yaş ve altı	6	13,7	5	11,4	11	12,5	1,83	0,766
20-24 yaş arası	16	36,4	18	40,8	34	38,6		
25-29 yaş arası	14	31,7	17	38,6	31	35,3		
30-34 yaş arası	6	13,6	3	6,9	9	10,2		
35 yaş ve üzeri	2	4,6	1	2,3	3	3,3		
<b>Eğitim Durumu</b>								
Okur-yazar değil	4	9,1	4	9,1	8	9,1	3,28	0,349
Okur-yazar/ilkokul	17	38,6	23	52,3	40	45,5		
Ortaokul	9	20,5	10	22,7	19	21,6		
Lise ve üzeri	14	31,8	7	15,9	21	23,9		
<b>Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	36	81,8	37	84,1	73	83	2,09	0,554
Çalışıyor	8	18,2	7	15,9	15	17		
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>								
Okur-yazar değil	1	2,3	-	-	1	1,1	6,13	0,105
Okur-yazar/ilkokul	15	34,1	26	59,1	41	46,6		
Ortaokul	12	27,3	8	18,2	20	22,7		
Lise ve üzeri	16	36,4	10	22,7	26	29,5		
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>								
İşçi	28	63,6	28	63,6	56	63,6	1,03	0,596
Serbest meslek	15	34,1	16	36,4	31	35,2		
Memur	1	2,3	-	-	1	1,1		
<b>Gelir Durumu</b>								
Gelir giderden düşük	17	38,6	18	40,9	35	39,8	0,05	0,828
Gelir gidere denk	27	61,4	26	59,1	53	60,2		
<b>Sosyal Güvence</b>								
Var	43	97,8	44	100	87	98,8	1,01	0,314
Yok	1	2,3	-	-	1	1,1		
<b>Doğum Yeri</b>								
Marmara	14	31,8	7	15,9	21	23,9	3,7	0,712
Doğu Anadolu	9	20,5	12	27,3	21	23,9		
Güneydoğu Anadolu	11	25	16	36,4	27	30,7		
Diğer	10	22,7	9	20,4	19	21,5		
<b>Aile Tipi</b>								
Çekirdek aile	21	47,7	23	52,3	44	50	0,18	0,670
Geniş aile	23	52,3	21	47,7	44	50		

Tablo 4-1’de gebelerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan tüm gebelerin (deney/kontrol) çoğunluğu 20-24 (%38,6) ve 25-29 (%35,3) yaş grubunda olup, yaş ortalamalarının  $24,6 \pm 4,58$  olduğu saptandı. Gebelerin öğrenim durumlarına bakıldığında, %45,5’inin okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu, %9,1’inin ise okur-yazar olmadığı belirlendi. Gebelerin çoğunlukla çalışmadıkları (%83) saptandı. Gebelerin eşlerinin öğrenim durumuna bakıldığında, ilk üç sırada, okur-yazar/ilkokul (%46,6), lise ve üzeri (%29,5) ve ortaokul (%22,7) olduğu görüldü ve %63,6’sının işçi olarak çalıştığı saptandı.

Araştırma kapsamında yer alan deney ve kontrol grubu gebelerin yaş, eğitim, meslek, eşinin öğrenim ve çalışma durumu bakımından benzer oldukları saptandı ( $p > 0.05$ ).

Gebelerin %60,2’sinin gelirlerinin-giderlerine denk olduğu, %39,8’inin ise gelirlerinin giderlerinden daha düşük olduğu tespit edildi. Gebelerin sosyal güvence durumları incelendiğinde tamamına yakınının (%98,8) bir sosyal güvenceye sahip olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %30,7 sinin doğum yeri Güneydoğu Anadolu bölgesi, %23,9’unun Doğu Anadolu Bölgesi, %23,9’unun ise Marmara bölgesi ve %21,5’inin diğer bölgeler (Karadeniz 8, İç Anadolu 6, Akdeniz 4, Ege 1 gebe) olduğu belirlendi. Gebelerin yarısının geniş diğer yasının ise çekirdek aile yapısına sahip olduğu görüldü.

Araştırma kapsamında yer alan deney ve kontrol grubu gebelerin gelir durumu, sosyal güvence durumları, doğum yerleri ve aile tipi bakımından bir farklılık gözlenmedi ( $p > 0.05$ ).

Ayrıca gebelerin %96,6’sının resmi nikahının olduğu ve %26,2’sinin eşiyile akraba olduğu, evlilik süre ortalamalarının ise  $3,88 \pm 3,6$  yıl olduğu saptandı.

#### 4.2. Gebelerin Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4-2:Dismenore Yaşama Durumu ve Dismenorede Kullanılan Yöntemlere İlişkin Bulguların Dağılımı (N=88)**

Dismenore Özellikleri	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Dismenore Yaşama Durumları</b>								
Evet	16	36,4	16	36,4	32	36,4	0,30	0,860
Hayır	16	36,4	18	40,9	34	38,6		
Bazen	12	27,3	10	22,7	22	25		
<b>Dismenorede kullanılan yöntem</b>								
	n=28		n=26		n=54			
Hiçbir şey	11	39,3	15	57,7	26	48,1	2,01	0,571
Ağrı kesici	12	42,9	7	26,9	19	35,2		
Nonfarmakolojik yöntem	4	14,3	3	11,5	7	13		
Hem ağrı kesici hem nonfarmakolojik	1	3,6	1	3,8	2	3,7		

Tablo 4-2’de gebelerin dismenore yaşama durumu ve dismenorede kullanılan yöntemlere ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki gebelerin %36,4’ünün dismenore yaşadığı, %27,3’ünün ise bazen yaşadığı ve bu durumda %42,9’unun ağrı kesici bir ilaç kullandığı, %14,3’ünün nonfarmakolojik bir yöntem kullandığı, %39,3’ünün ise hiçbir yöntem kullanmadığı görüldü. Kontrol grubundaki gebelerin ise, %36,4’ünün dismenore yaşadığı, %22,7’sinin bazen yaşadığı ve bu gebelerin %26,9’unun ağrı kesici bir ilaç kullandığı, %57,7’sinin ise hiçbir yöntem kullanmadığı görüldü.

Gruplar arasında, dismenore yaşama durumu ve bu durumda kullandığı yöntem açısından istatistiksel olarak bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 4-3:Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı (N=88)

Doğurganlık Özellikleri	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Sayısı</b>								
İlk gebelik	21	47,7	20	45,5	41	46,6	0,46	0,927
İkinci gebelik	14	31,8	15	34,1	29	33		
Üçüncü gebelik	8	18,2	7	15,9	15	17		
Dördüncü gebelik	1	2,3	2	4,5	3	3,4		
<b>Doğum Sayısı</b>								
Doğum yapmamış	22	50	22	50	44	50	0,52	0,772
Bir doğum	18	40,9	16	36,4	34	38,6		
İki doğum	4	9,1	6	13,6	10	11,4		
<b>Düşük /Küretaj Durumu</b>								
Olan	4	9,1	6	13,6	12	13,6	0,45	0,501
Olmayan	40	90,9	38	86,4	76	86,4		
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>								
Yok	22	50	22	50	44	50	0,52	0,772
Bir	18	40,9	16	36,4	34	38,6		
İki	4	9,1	6	13,6	10	11,4		
<b>Önceki Doğum Şekli</b>								
Normal vajinal doğum	n=22		n=22		n=44		0,09	0,757
Vajinal doğum+epizyotomi	8	36,4	9	40,9	17	38,6		
	14	63,6	13	59,1	27	61,4		
<b>Önceki Doğumunu Yaptığı Yer</b>								
Devlet hastanesi	n=22		n=22		n=44		2,13	0,711
Özel hastane	16	72,7	14	63,6	30	68,2		
Üniversite hastanesi	2	9,1	4	18,2	6	13,6		
Ev	2	9,1	1	4,5	3	6,8		
Sağlık evi/Sağlık ocağı	2	9,1	2	9,1	4	9,1		
	-	-	1	4,5	1	2,3		

Tablo 4-3’de çalışmaya dahil edilen gebelerin doğurganlık özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Deney ve kontrol grubunun toplam gebelik sayısına bakıldığında, %46,6’sının ilk gebeliği, %33’ünün ise ikinci gebeliğinin olduğu belirlendi. Gebelerin çoğunluğunun (%50) hiç doğum yapmadığı, %38,6’sının yaşayan bir çocuğunun olduğu, %13,6’sının ise düşük/küretaj yapmış olduğu saptandı.

Her iki grup arasında gebelik, doğum, yaşayan çocuk sayısı ve düşük/küretaj olma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Gebelerin %61,4’ünün bir önceki doğumu, vajinal doğum+epizyotomi şeklinde olduğu, %68,2’sinin doğumunu devlet hastanesinde yaptığı saptandı.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin önceki doğumunun şekli ve doğumu yaptığı yer açısından benzer oldukları saptandı ( $p>0.05$ ).

Ayrıca gebelerin ilk gebelik yaş ortalamalarının  $21,11\pm 3,83$  olduğu, multipar gebelerin son gebeliği ile şimdiki gebeliği arasındaki süre ortalamalarının ise  $48,18\pm 31,85$  ay olduğu saptandı.

**Tablo 4-4: Gebelerin Gebeliği İsteme, Gebelikte Problem Yaşama Durumu ve Yaşadığı Probleme Göre Dağılımı (N=88)**

Gebeliğe İlişkin Özellikler	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebeliği İsteme Durumu</b>								
İstiyor	33	75	38	86,4	71	80,7	1,96	0,161
İstemiyor	11	25	6	13,6	17	19,3		
<b>Gebeliğinde Problem Yaşama</b>								
Evet	28	63,6	25	56,8	53	60,2	0,43	0,513
Hayır	16	36,4	19	43,2	35	39,8		
<b>Yaşadığı Problem Türü *</b>								
	n=28		n=25		n=53			
Bulantı-kusma	24	85,7	21	84	45	84,9		0,985
Kanama	2	7,1	3	12	5	9,4		0,833
Üst solunum yolu enfeksiyonu	1	3,6	-	-	1	1,8		0,634
İdrar yolu enfeksiyonu	5	17,8	4	16	9	16,9	1,25	0,984

\*Birden fazla problem yaşandığı belirtilmiştir.

Tablo 4-4'de çalışmaya dahil edilen gebelerin, gebeliği isteme, gebeliğinde problem yaşama durumları ve yaşadığı probleme yönelik dağılımları görülmektedir. Gebelerin %80,7'sinin isteyerek gebe kaldığı saptandı. Deney grubunun %63,6'sının gebeliğinde problem yaşadığı, bu gebelerin de %85,7'sinin bulantı-kusma problemi, %17,8'inin ise idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı saptandı. Kontrol grubunun, %60,2'sinin gebeliğinde problem yaşadığı, bu problemlerin ise %84'ünün bulantı-kusma, %16'sının ise idrar yolu enfeksiyonu olduğu görüldü.

Her iki grup arasında gebeliği isteme durumları, gebeliğinde problem yaşama ve yaşadığı probleme yönelik bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).



**Tablo 4-5:Gebelerin, Gebeliğinde Sigara ve İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (N=88)**

Gebelikte Sigara ve İlaç Kullanma	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>								
Kullanıyor	10	22,7	6	13,6	16	18,2		
Kullanmıyor	34	77,3	38	86,4	72	81,8	1,22	0,269
<b>Gebeliğinde İlaç Kullanma Durumu</b>								
Evet	36	63,6	40	90,9	76	86,4		
Hayır	8	36,4	4	9,1	12	13,6	1,54	0,241
<b>Kullandığı İlaç Türü</b>								
Demir/vitamin	32	88,8	37	92,5	69	90,8		
Antibiyotik	2	5,5	-	-	2	2,6		
Düşük önleyici	1	2,8	2	5	3	4		
Antiemetik	1	2,8	1	2,5	2	2,6	2,49	0,476

Tablo 4-5’de gebelerin gebeliğinde sigara ve ilaç kullanma durumuna göre dağılımı görülmektedir. Gebelerin %18,2’sinin şimdiki gebeliğinde sigara kullandıkları, bu gebelerin günlük ortalama sigara içme sayısının ise  $5,07 \pm 2,94$  adet olduğu görüldü. Gebelerin gebelik süresince ilaç kullanma oranlarının %86,4 olduğu, ilaç kullananların ise %90,8’inin demir/vitamin ilacı, %2,6’sının antibiyotik, %2,6’sının antiemetik kullandığı saptandı.

Gebelikte sigara, ilaç kullanma durumu ve kullanılan ilacın türü bakımından gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4-6:Gebenin Laboratuvar Bulgularının Ortalamaları (N=88)**

Laboratuvar Bulgusu	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	
<b>Kan şekeri</b>	88,52±15,88	63-135	91,54±18,32	56-150	90,03±17,11	56-150	0,411
<b>Hemoglobin</b>	11,23±1,49	6,7-14	11,58±1,5	8,2-14,5	11,41±1,49	6,7-14,5	0,282
<b>Hemotokrit</b>	35,11±4,2	23-43,10	35,78±4,2	27,3-45,5	35,45±4,19	23-45,5	0,453

Tablo 4-6’da gebelerin laboratuvar bulgularının ortalamaları görülmektedir. Gebelerin laboratuvar bulgularına bakıldığında, kan şekeri ortalamaları  $90,03 \pm 17,11$ ,

hemoglobin ortalamaları  $11,41 \pm 1,49$ , hemotokrit ortalamaları ise  $35,45 \pm 4,19$  olduğu görüldü.

Her iki grup arasında laboratuvar bulgularının ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4-7: Gebelerin Doğum Eylemi Konusundaki Bilgilerinin Dağılımı (N=88)**

Bilgi Durumu	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Daha Önce Duyduğu Doğum Deneyimi</b>								
Yok	5	11,4	12	27,3	17	19,3		
Hastane/çalışanlar kötü	11	25	8	18,2	19	21,6		
Ağrılar dayanılmaz oluyor	4	9,1	-	-	4	4,5		
Normal doğum iyi	5	11,4	7	15,9	12	13,6		
Normal doğum çok kötü	16	36,4	11	25	27	30,7		
İyi ve kötü diyen de var	3	6,8	6	13,6	9	10,2	9,61	0,08
<b>Doğum Konusunda Bilgisi</b>								
Yok	13	29,5	14	31,8	27	30,7		
Var	8	18,2	9	20,5	17	19,3		
Kısmen	23	52,3	21	47,7	44	50	0,19	0,911
<b>Doğum Bilgisini Nereden Öğrendiği*</b>								
	<b>n=31</b>		<b>n=30</b>		<b>n=61</b>			
Tv-radyo	3	9,6	3	10	6	9,8	0,01	0,966
Basın/yayın-internet	9	29	4	13,3	13	21,3	2,24	0,134
Arkadaştan	10	32,2	15	50	25	40,9	1,98	0,159
Sağlık personelinde	6	19,3	3	10	9	14,7	1,06	0,303
Akrabalardan	5	16,1	5	16,6	10	16,3	0,03	0,954
Önceki deneyimlerden	19	61,2	19	63,3	38	62,2	0,02	0,969

Tablo 4-7’de gebelerin doğum eylemi konusundaki bilgilerinin dağılımları görülmektedir. Gebelere daha önce çevresinden duyduğu doğum deneyimleri sorulduğunda, “normal doğum çok kötü” (%30,7), “hastane/çalışanların davranışları kötü” (%19), “normal doğum iyi” (%12) şeklinde yanıt verdiği, %17’sinin ise daha önce çevresinden doğum deneyimi duymadığı belirlendi. Gebelerin %50’sinin doğum konusunda kısmen bilgisinin olduğu, doğum konusunda bilgisi olanların bu bilgiyi, önceki deneyimlerinden (%62,2), arkadaşından (%40,9) ve sağlık personelinde (%14,7) öğrendiği belirlendi.

Her iki grup arasında daha önce çevresinden duymuş olduğu doğum deneyimi, doğum konusundaki bilgi durumu ve bu bilgiyi nereden öğrendiği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-8:Doğum ile ilgili Düşüncelerine İlişkin Bilgilerin Dağılımı (N=88)**

Doğum İle İlgili Düşünceler	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğum İçin Hazır Olma Durumu</b>								
Evet	16	36,4	15	34,1	31	35,2	0,91	0,852
Kısmen	23	52,3	23	52,3	46	52,3		
Hayır	2	4,5	4	9,1	6	6,8		
Bilmiyorum	3	6,8	2	4,5	5	5,7		
<b>Doğumla İlgili Düşünceleri</b>								
Sancı ve dikişlerden korkuyorum	15	34,1	18	40,9	33	37,5	0,43	0,508
Doğum çok güzel bir şey	10	22,7	3	6,8	13	14,8	<b>4,42</b>	<b>0,035*</b>
Doğuramamaktan/uzun sürmesinden korkuyorum	5	11,4	4	9,1	9	10,2	0,12	0,725
Önceki deneyim zor olduğundan zor olacak	4	9,1	5	11,4	9	10,2	0,12	0,725
Bilmediğimden korkuyorum	4	9,1	5	11,4	9	10,2	0,12	0,725
Bebeğime ve bana bir şey olur diye korkuyorum	4	9,1	6	13,6	10	11,4	0,45	0,502
Önceki deneyim kolay olduğundan kolay olacak	1	2,3	2	4,5	3	3,4	0,35	0,557
Yok	1	2,3	1	2,3	2	2,3	0,00	0,982
<b>Doğum Kararını Veren Kişi</b>								
Doktor	25	56,8	23	52,3	48	54,5	0,18	0,668
Kendisi	19	43,2	21	47,7	40	45,5		
<b>Doğum Konusundaki Tercihi</b>								
Normal doğum	31	70,5	26	59,1	57	64,8	1,25	0,265
Sezaryenle doğum	13	29,5	18	40,9	31	35,2		

Tablo 4-8’de gebelerin bu doğumla ilgili düşüncelerinin dağılımına yer verildi. Gebelerin %35,2’sinin kendisini doğum için hazır hissettiği, %52,3’ünün kendisini doğuma kısmen hazır hissettiği, %6,8’inin ise hazır hissetmediği belirlendi. Gebelerin %54,5’inin şimdiki gebeliğinde doğum kararını doktorun verdiği, kendisinin doğum tercihi sorulduğunda ise %35,2’sinin sezaryenle doğumu istediği belirlendi.



Tablo 4-9’da gebelerin doğum öncesi bakım alma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Gebelerin tamamının gebeliğinde kontrollere gittiği ve gidilen kontrol sayısı ortalamasının  $8,54 \pm 2,84$  olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %35,22’sinin sadece devlet hastanesi/sağlık ocağına gittiği, %55,68’inin ise hem devlet hem de özel hastaneye gittiği belirlendi. Gebelerin %56,8’inin doğum öncesi kontrollerini doktor ve ebe karışık yaptığı, %95,5’inin gebeliğinde doğumla ilgili bir eğitim almadığı, eğitim alanların tamamına (4 gebe) ise bu eğitimin bir ebe tarafından yapıldığı görüldü.

Her iki grup arasında doğum öncesi kontrole gidilen yer, kontrolü yapan kişi, doğum eğitimi alma dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenemedi ( $p > 0,05$ ).

Tablo 4-10:Doğum, Doğum Ağrısıyla Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı (N=88)

Doğum Ağrısı ve Baş Etme Yöntemleri	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğumunda Yakınını İsteme Durumu</b>								
Evet	36	81,8	37	84,1	73	83	0,08	0,776
Hayır	8	18,2	7	15,9	15	17		
<b>Yanında Kimi İsteddiği</b>								
	n=36		n=37		n=73			
Eşi	15	41,67	18	48,65	33	45,2	0,37	0,549
Annesi	10	27,78	8	21,62	18	24,6	0,37	0,542
Arkadaşı	2	5,55	-	-	2	2,7	2,11	0,146
Kayınvalide	2	5,55	1	2,7	3	4,1	0,38	0,539
Abla/kızkardeş	2	5,55	7	18,92	9	12,3	3	0,082
Görümce	2	5,55	-	-	2	2,7	2,11	0,146
Elti	1	2,78	2	5,4	3	4,1	0,32	0,572
Annesi+eşi	2	5,55	1	2,7	3	4,1	0,38	0,539
<b>Doğum Ağrısıyla Baş etme Yöntemleri</b>								
Bilmiyor	25	56,8	30	68,2	55	62,5	1,32	0,518
Solunum egzersizi	14	31,8	11	25	25	28,4		
Rahatlatici diğer uygulamalar	5	11,4	3	6,8	8	9,1		
<b>Yaşadığı Ağrının Tanımı</b>								
Sırttan başlayıp karna yayılan	18	40,9	21	47,7	39	44,3	6,17	0,187
Bele vuran	9	20,5	7	15,9	16	18,2		
Bütün vücutta hissedilen	5	11,4	3	6,8	8	9,1		
Dayanılabilir bir ağrı	4	9,1	-	-	4	4,5		
Bele vuran, bazen de sırttan başlayıp karna yayılan	8	18,1	13	29,5	21	23,8		

Tablo 4-10'da gebelerin doğum ve doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin %83'ünün doğumunda bir yakınının yanında olmasını istediği belirlendi. Bu gebelerin %45,2'si eşini yanında isterken, %24,6'sının annesini yanında istediği saptandı. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %62,5'inin doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini bilmediği, %28,4'ünün sadece solunum egzersizlerini bildiği görüldü. Gebelere şu anda yaşadığı ağrının nasıl bir ağrı olduğu sorulduğunda, %47,3'ünün "sırttan başlayıp karına yayılan" %23,8'inin ise "bele vuran, bazen de sırttan başlayıp karna yayılan" tarzda bir ağrı olduğu şeklinde tariflediği belirlendi.

Deney ve Kontrol gruplarının doğumda yanında birini isteme, doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini bilme, yaşadığı doğum ağrısını tanımlamasına yönelik dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

### 4.3. Gebelerin Doğum Sürecine İlişkin Bulgular

**Tablo 4-11: Doğumun 1. Evresinde Yapılanlara İlişkin Bulguların Dağılımı (N=88)**

Doğumun 1. Evresinde Yapılanlar	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>								
37. Hafta	6	13,6	5	11,4	11	12,5	1,18	0,758
38. Hafta	14	31,8	11	25	25	28,4		
39. Hafta	9	20,5	13	29,5	22	25		
40. Hafta	15	34,1	15	34,1	30	34,1		
<b>Travay Odasında Bulunan Hasta Sayısı</b>								
Bir	3	6,8	2	4,5	5	5,7	0,22	0,893
İki	21	47,7	21	47,7	42	47,7		
Üç	20	45,5	21	47,7	41	46,6		
<b>Doğumun 1. Evresinde Yapılan Uygulamalar*</b>								
Aç Bırakma	44	100	44	100	88	100	-	-
Lavman	40	90,9	41	93,2	81	92	0,15	0,693
İndüksiyon	33	75	34	77,3	67	76,1	0,06	0,803
Amniyotomi	21	47,7	20	45,4	41	46,6	0,05	0,830
Yürütme	15	34,1	13	29,5	28	31,9	0,21	0,647
Oksijen inhalasyonu	2	4,5	2	4,5	4	4,5	-	-
<b>Doğumun 1. Evresinde Uygulanan İlaçlar</b>								
Yok	5	11,4	5	11,4	10	11,4	3,55	0,615
Synpitan+epidosin	15	34,1	20	45,5	35	39,8		
Synpitan	14	31,8	13	29,5	27	30,7		
Epidosin	5	11,4	5	11,4	10	11,4		
Synpitan+hidrasyon	4	9,1	1	2,3	5	5,7		
Hidrasyon	1	2,3	-	-	1	1,1		

Tablo 4-11'de gebelerin gebelik haftası, travay odasındaki hasta sayısı ve gebelere doğumun birinci evresinde yapılanlara yönelik bulguların dağılımına yer verildi. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %34,1'inin 40. hafta içinde, %28,4'ünün 38. hafta içinde olduğu, gebelik hafta ortalamalarının ise  $38,8\pm 1,04$  olduğu saptandı. Travay odasındaki hasta sayısının ortalaması  $2,4\pm 0,59$  bulundu. Gebelerin tamamının

doğumun birinci evresinde aç bırakıldığı, %92'sine lavman uygulandığı, %76,1'ine indüksiyon uygulandığı, %46,6'sına ise amniyotomi yapıldığı saptandı. Gebelerin %39,8'ine synpitan+epidosin'in (500 cc dextroz içinde 5 ü synpitan+ 2 amp IV epidosisin) beraber uygulandığı, %30,7'sine sadece synpitan (500 cc dextroz içinde 5 ü synpitan) uygulandığı, gebelerin sadece %11,4'üne ise hiçbir ilacın uygulanmadığı belirlendi.

Araştırma kapsamında yer alan deney ve kontrol grubundaki gebelerin, doğumun birinci evresinde yapılan uygulama ve ilaçlar bakımından benzer oldukları saptandı ( $p>0.05$ ).



Tablo 4-12: Gebenin Servikal Dilatasyon, Silinme ve FKA Sayılarının Ortalamalarının Dağılımı (N=88)

Dilatasyon, Silinme, FKA	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		t	P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
<b>Servikal Dilatasyon</b>								
Hastaneye geldiğinde	3,38±0,86	1-4	3,22±1,09	1-5	3,3±0,98	1-5	0,75	0,453
İlk uygulama öncesi	4,02±0,15	4-5	4,09±0,29	4-5	4,05±0,23	4-5	-1,38	0,171
İlk uygulama sonrası	5,02±0,45	4-6	4,97±0,45	4-6	5±0,45	4-6	0,47	0,642
P	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					
İkinci uygulama öncesi	7,02±0,15	7-8	7±0	7-7	7,01±0,1	7-8	1,00	0,320
İkinci uygulama sonrası	8,13±0,5	7-9	7,93±0,54	7-9	8,03±0,53	7-9	1,82	0,073
P	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					
<b>Silinme %</b>								
Hastaneye geldiğinde	57,27±14,68	0-80	53,86±21,04	0-80	55,56±18,12	0-80	0,88	0,381
İlk uygulama öncesi	63,63±6,5	50-80	63,86±6,89	50-80	63,75±6,66	50-80	-0,16	0,874
İlk uygulama sonrası	69,54±5,26	60-80	66,59±6,44	50-80	68,06±6,03	50-80	2,35	<b>0,021</b>
p	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					
İkinci uygulama öncesi	75,9±5,42	70-90	73,86±5,79	60-80	74,88±5,67	60-90	1,71	0,091
İkinci uygulama sonrası	81,13±5,37	70-90	81,36±5,09	70-90	81,25±5,21	70-90	-0,20	0,839
p	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					
<b>Fetal Kalp Atım Sayısı</b>								
Hastaneye geldiğinde	139,09±10,93	123-173	136,65±7,39	118-157	137,87±9,36	118-173	1,22	0,225
İlk uygulama öncesi	137,13±11,7	115-168	139,36±9,08	123-156	138,25±10,47	115-168	-1,00	0,321
İlk uygulama sonrası	139,31±10,81	115-169	142,56±10,07	123-162	140,94±10,51	115-169	-1,46	0,148
p	0,158		<b>0,032</b>					
İkinci uygulama öncesi	136,97±11,99	112-163	136,25±11,24	112-163	136,61±11,56	112-163	0,29	0,770
İkinci uygulama sonrası	136,93±12,12	113-168	139,47±10,61	116-164	138,2±11,4	113-168	-1,05	0,298
p	0,984		0,056					

Tablo 4-12’de gebelerin servikal dilatasyon, silinme ve fetal kalp atım sayısına yönelik bulguların ortalamaları yer almaktadır. Hastaneye geldiğinde deney ( $3,38\pm 0,86$ ) ve kontrol ( $3,22\pm 1,09$ ) grubunun servikal dilatasyon ortalamasının araştırmaya alınma kriterlerine uygun olduğu görüldü.

Deney ve kontrol gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonra, servikal dilatasyon ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

Deney ve kontrol gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonraki silinme yüzde ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**İlk uygulamadan sonraki silinme yüzdesine bakıldığında; deney grubunun ortalaması ile ( $69,54\pm 5,26$ ) kontrol grubunun ortalaması ( $66,59\pm 6,44$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,021$ ).**

Deney ve kontrol gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonradaki fetal kalp atım sayılarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

Tablo 4-13:Gebelerin Kontraksiyon Sıklığı ve Şiddetinin Ortalamaları (N=88)

Kontraksiyon Özelliği	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		t	P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
<b>Kontraksiyon Sıklığı ( kaç dakika aralıkla geldiği)</b>								
Hastaneye geldiğinde	9±4,19	4-20	9,97±7,04	4-30	9,48±5,78	4-30	-0,79	0,432
İlk uygulama öncesi	6,59±2,2	4-13	6,81±2,09	3-13	6,7±2,13	3-13	-0,50	0,621
İlk uygulama sonrası	5,13±1,48	3-10	5,4±1,57	2-9	5,27±1,52	2-10	-0,84	0,406
p	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					
İkinci uygulama öncesi	3,59±1,04	2-7	3,72±1,1	2-7	3,65±1,07	2-7	-0,60	0,553
İkinci uygulama sonrası	2,4±0,81	1-5	2,77±0,98	1-6	2,59±0,91	1-6	-1,89	0,063
p	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					
<b>Kontraksiyon Şiddeti (Şiddet mmHg olarak belirtilmiştir)</b>								
Hastaneye geldiğinde	35,34±13,69	15-70	34,31±13,01	10*80	34,82±13,29	10*80	0,36	0,72
İlk uygulama öncesi	41,47±11,93	20-70	41,59±10,55	20-80	41,53±11,2	20-80	-0,05	0,962
İlk uygulama sonrası	48,29±12,84	20-80	50,22±10,22	30-80	49,26±11,58	20-80	-0,78	0,437
p	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					
İkinci uygulama öncesi	61,25±13,98	40-90	64,54±13,37	40-90	62,89±13,7	40-90	-1,13	0,262
İkinci uygulama sonrası	73,63±13,31	50-100	75,45±13,88	40-100	74,54±13,55	40-100	-0,63	0,532
p	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					

Tablo 4-13’de gebelerin kontraksiyonlarının sıklığı ve şiddetine yönelik bulguların ortalamaları yer almaktadır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce ve ikinci

uygulamadan sonra kontraksiyon sıklığı ve kontraksiyon şiddeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-14:Gebelerin Akupresür Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası Kan Basıncı Bulgularının Ortalamaları (N=88)**

Kan Basıncı	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		t	P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
<b>Kan basıncı Sistolik (mmHg)</b>								
Hastaneye geldiğinde	110,2±9	90-130	110,2±8,4	90-130	110,2±8,7	9-130	0,00	0,998
İlk uygulama öncesi	110,4±9,6	90-130	110±7,7	90-120	110,2±8,7	90-130	0,24	0,808
İlk uygulama sonrası	110,9±9,8	90-130	113,4±8,8	90-130	112,1±9,4	90-130	-1,25	0,214
p	0,750		<b>0,012</b>					
İkinci uygulama öncesi	111,1±8,9	90-130	112,7±7,5	100-130	111,9±8,2	90-130	-0,90	0,371
İkinci uygulama sonrası	113,6±11	90-130	118,6±9,5	100-140	116,1±10,5	90-140	-2,28	<b>0,025</b>
p	0,336		<b>0,01</b>					
Doğum sonrası 2. saatte	112±8,5	90-120	115,4±6,6	100-120	113,7±7,7	90-120	-2,10	<b>0,039</b>
<b>Kan basıncı Diastolik (mmHg)</b>								
Hastaneye geldiğinde	69,1±8,5	50-90	66,3±6,1	60-80	67,7±7,5	50-90	1,72	0,09
İlk uygulama öncesi	67,2±7,5	60-80	65,9±7,2	60-80	66,5±7,4	60-80	0,86	0,391
İlk uygulama sonrası	65,9±6,9	50-80	69,5±6,8	60-80	67,7±7	50-80	-2,48	<b>0,015</b>
p	0,07		<b>0,0001</b>					
İkinci uygulama öncesi	67±8,2	60-90	69,1±9,3	60-90	68±8,8	60-90	-1,09	0,279
İkinci uygulama sonrası	71,8±10,8	60-90	74,3±10,8	50-90	73±10,8	50-90	-1,08	0,283
p	<b>0,003</b>		<b>0,004</b>					
Doğum sonrası 2. saatte	69,5±8,3	60-80	72,9±8,2	60-90	71,2±8,4	60-90	-1,93	0,057

Tablo 4-14’de gebelerin akupresür uygulaması öncesi ve sonrası kan basıncı bulgularının ortalamaları yer almaktadır. Deney ve kontrol grubunun hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra ve ikinci uygulamadan önce sistolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. saatteki sistolik kan basıncı ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,025$ ,  $p=0,039$ ).**

Deney ve kontrol grubunun hastaneye geldiğinde, ilk uygulama öncesi, ikinci uygulama öncesi, ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. saatteki diastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ilk uygulama sonrası diastolik kan basıncı ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,015$ ).**

Tablo 4-15: Akupresür Uygulaması Öncesi ve Uygulama Sonrası Gebelerin Nabız ve Vücut Sıcaklığı Ortalamaları (N=88)

Nabız ve Vücut Sıcaklığı	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		t	P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
<b>Nabız</b>								
Hastaneye geldiğinde	83,8±4,3	76-96	84,3±5,5	72-96	84±4,9	72-96	-0,45	0,656
İlk uygulama öncesi	80±5,1	72-92	81,3±4,3	72-92	80,6±4,7	72-92	-1,32	0,191
İlk uygulama sonrası	80,4±7,2	64-96	81,4±7,7	68-100	80,9±7,4	64-100	-0,63	0,533
p	0,753		0,968					
İkinci uygulama öncesi	83,4±7,3	68-104	85,1±8,1	68-100	84,2±7,7	68-104	-1,04	0,300
İkinci uygulama sonrası	86,5±7,1	72-104	89±8,4	68-108	87,7±7,8	68-108	-1,52	0,131
p	<b>0,008</b>		<b>0,001</b>					
Doğum sonrası 2. saatte	86,1±6,1	72-100	85,1±5,3	68-96	85,6±5,7	68-100	0,81	0,421
<b>Vücut Sıcaklığı (°C)</b>								
Hastaneye geldiğinde	36,66±0,09	36,5-36,9	36,64±0,09	36,4-36,9	36,65±0,09	36,4-36,9	1,09	0,279
İlk uygulama öncesi	36,66±0,08	36,5-36,9	36,67±0,49	36,5-36,9	36,68±0,35	36,5-36,9	-0,57	0,574
İlk uygulama sonrası	36,67±0,09	36,5-36,9	36,63±0,09	36,5-36,9	36,65±0,09	36,5-36,9	2,22	<b>0,029</b>
p	0,197		0,311					
İkinci uygulama öncesi	36,67±0,1	36,5-37,0	36,65±0,1	36,5-37,0	36,66±0,1	36,5-37,0	0,92	0,361
İkinci uygulama sonrası	36,69±0,1	36,5-37,0	36,67±0,1	36,5-37,0	36,68±0,1	36,5-37,0	0,52	0,605
p	0,323		0,107					
Doğum sonrası 2. saatte	36,73±0,12	36,5-37,0	36,66±0,11	36,5-37,0	36,7±0,12	36,5-37,0	2,69	<b>0,009</b>

Tablo 4-15’de akupresür uygulama öncesi ve sonrası gebelerin nabız ve vücut sıcaklığı ortalamaları yer almaktadır. Deney ve kontrol gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonra nabız ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney ve kontrol grubunun İkinci uygulama sonrası nabız ortalamaları ilk uygulama öncesinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,008$ ;  $p=0,001$ ).**

Deney ve kontrol gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonradaki vücut sıcaklığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ilk uygulama sonrası ve doğum sonrası vücut sıcaklığı ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,029$ ;  $p=0,009$ ).**

**Tablo 4-16: Akupresür Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası Gebelerin Ağrı Algılama Puan Ortalamaları (N=88)**

	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		t	P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
<b>VAS</b>								
Hastaneye geldiğinde	3,42±1,51	0,2-6,7	3,52±1,6	0,5-6,9	3,47±1,55	0,2-6,9	-0,31	0,760
İlk uygulama öncesi	4,65±1,36	1-7	4,88±1,37	0,8-7,8	4,76±1,36	0,8-7,8	-0,81	0,421
İlk uygulama sonrası	3,77±1,3	0,3-6,5	6,22±1,14	3,8-8,4	4,99±1,73	0,3-8,4	-9,39	<b>0,0001</b>
p	<b>0,0001</b>		<b>0,0001</b>					
İkinci uygulama öncesi	7,37±1,11	3,4-9,4	7,68±0,85	5,7-9,3	7,52±0,99	3,4-9,4	-1,47	0,145
İkinci uygulama sonrası	7,57±1,27	4-10	8,61±0,71	7-10	8,09±1,15	4-10	-4,73	<b>0,0001</b>
p	0,062		<b>0,0001</b>					
Doğum sonrası 2. saatte	0,58±0,38	0,1-2,2	0,62±0,4	0,2-1,8	0,6±0,39	0,1-2,2	-0,51	0,610



Tablo 4-16'da akupresür uygulama öncesi ve uygulama sonrası gebelerin ağrı algılama puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Gebenin hastaneye geldiğinde algıladığı puan ortalaması deney grubunda  $3,42 \pm 1,51$ , kontrol grubunda  $3,52 \pm 1,6$ , ilk uygulama öncesinde deney grubunda  $4,65 \pm 1,36$ , kontrol grubunda  $4,88 \pm 1,37$  olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulama öncesi VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p > 0,05$ ). İlk uygulama sonrası deney grubunun VAS ortalaması  $3,77 \pm 1,3$  iken, kontrol grubunun ise  $6,22 \pm 1,14$  olduğu saptandı.

**Deney grubunun ilk uygulama sonrası VAS ortalaması, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ve düşük bulundu ( $p=0,0001$ ).**

İkinci uygulamadan önce deney grubunun VAS ortalaması  $7,37 \pm 1,11$ , kontrol grubunun  $7,68 \pm 0,85$  olduğu saptandı. Deney ve kontrol gruplarının ikinci uygulama öncesi VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p > 0,05$ ).

İkinci uygulama sonrası deney grubunun VAS ortalaması  $7,57 \pm 1,27$  iken, kontrol grubunun ise  $8,61 \pm 0,71$  olduğu saptandı.

**Deney grubunun ikinci uygulama sonrası VAS ortalaması, Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ve düşük bulundu ( $p=0,0001$ ).**

Doğum sonrası 2. saatte deney grubunun VAS ortalaması  $0,58 \pm 0,38$ , kontrol grubunun  $0,62 \pm 0,4$  olduğu saptandı.

Deney ve kontrol gruplarının doğum sonrası 2. saatte VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p > 0,05$ ).

Tablo 4-17:Doğum Sürecinde Gebelerin Doğum Eylemiyle Baş Etme Yöntemlerini Kullanmalarına İlişkin Bulguların Dağılımı (N=88)

Doğum Eylemiyle Baş Etme Yöntemi	HASTANEYE GELDİĞİNDE			İLK UYGULAMA ÖNCESİ			İLK UYGULAMA SONRASI			İKİNCİ UYGULAMA ÖNCESİ			İKİNCİ UYGULAMA SONRASI		
	Deneş (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P	Deneş (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P	Deneş (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P	Deneş (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P	Deneş (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P
Solunum egzersizlerini uygulamak	2 4,5	4 9,1	0,71 0,397	9 20,5	10 22,7	0,06 0,795	11 25,0	13 29,5	0,22 0,632	11 25,0	11 25,0	-	7 15,9	5 11,4	0,4 0,534
Ajite ve ağlama	1 2,3	-	1,01 0,315	4 9,1	-	<b>4,19</b> <b>0,04 *</b>	4 9,1	8 18,2	1,54 0,214	5 11,4	14 31,8	5,4 0,019	6 13,6	15 34,1	<b>5,1</b> <b>0,024*</b>
Kendisine masaj uygulama	-	-	-	-	-	-	21 47,7	-	<b>27</b> <b>0,0001 *</b>	25 56,8	-	<b>34,9</b> <b>0,0001*</b>	7 15,9	-	<b>7,6</b> <b>0,005*</b>
Yataktan kalkmak istemek	-	-	-	5 11,4	7 15,9	0,38 0,534	12 27,3	21 47,7	<b>3,92</b> <b>0,047 *</b>	29 65,9	27 61,4	0,19 0,657	12 27,3	21 47,7	<b>3,92</b> <b>0,047 *</b>
Yürümek	5 11,4	6 13,6	0,1 0,747	-	-	-	6 13,6	6 13,6	-	1 2,3	4 9,1	1,9 0,167	1 2,3	1 2,3	-
Çömelmek	5 11,4	8 18,2	0,81 0,367	-	-	-	1 2,3	-	1,01 0,314	-	1 2,3	1,01 0,314	-	1 2,3	1,01 0,314
İkınmak	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 4,5	-	2,04 0,152	28 63,6	24 54,5	0,75 0,385
Doğum hakkında soru sormak	23 52,3	17 38,6	1,65 0,199	16 36,4	18 40,9	0,19 0,662	6 13,6	5 11,4	0,1 0,747	4 9,1	6 13,6	0,45 0,501	5 11,4	13 29,5	<b>4,47</b> <b>0,034*</b>
Dikkatini başka yöne vermek	-	-	-	1 2,3	2 4,5	0,21 0,647	3 6,8	2 4,5	0,21 0,645	2 4,5	2 4,5	-	1 2,3	1 2,3	-
Hiç birşey	16 36,4	20 45,5	0,75 0,386	15 34,1	13 29,5	0,18 0,668	5 11,4	6 13,6	0,1 0,747	2 4,5	1 2,3	0,34 0,556	-	-	-

Tablo 4-17’de doğum sürecinde gebelerin doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini kullanmalarına ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye geldiğinde doğum eylemiyle baş etme yöntemlerini kullanma dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilk uygulamadan önce, doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden solunum egzersizlerini uygulamak, yataktan kalkmak istemek, doğum hakkında soru sormak, dikkatini başka yöne vermek ve hiç bir şey yapmamak dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ilk uygulamadan önce “ajite ve ağlama” (n=4, %9,1) kontrol grubundan (n=0, %0) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,04$ ).**

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilk uygulamadan sonra, doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden solunum egzersizlerini uygulamak, ajite ve ağlama, yürümek, çömelmek, doğum hakkında soru sormak, dikkatini başka yöne vermek, hiç bir şey yapmamak dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ilk uygulamadan sonra doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden “kendisine masaj uygulama” yı kullanması (n=21, %47,7) kontrol grubundan (n=0, %0) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,0001$ ).**

**Deney grubunun ilk uygulamadan sonra doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden “yataktan kalkmak istemek” i kullanması (n=12, %27,3) kontrol grubundan (n=21, %47,7) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,047$ ).**

Deney ve kontrol grubunun ikinci uygulamadan önce, doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden solunum egzersizlerini uygulamak, ajite ve ağlama, yürümek, çömelmek, ıkmak, doğum hakkında soru sormak, dikkatini başka yöne vermek, hiç bir

şey yapmamak dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ikinci uygulamadan önce doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden “kendisine masaj uygulama” yı kullanması (n=25, %56,8), kontrol grubundan (n=0, %0) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,0001$ ).**

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ikinci uygulamadan sonra, doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden solunum egzersizlerini uygulamak, yürümek, çömelmek, ıkınmak, dikkatini başka yöne vermek, hiç bir şey yapmamak dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ikinci uygulamadan sonra doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden “ajite ve ağlama” yı kullanması (n=6, %13,6), kontrol grubundan (n=15, %34,1) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,024$ ).**

**Deney grubunun ikinci uygulamadan sonra doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden “kendisine masaj uygulama” yı kullanması (n=7, %15,9), kontrol grubundan (n=0, %0) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,005$ ).**

**Deney grubunun ikinci uygulamadan sonra doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden “yataktan kalkmak istemek” i kullanması (n=12, %27,3), kontrol grubundan (n=21, %47,7) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,047$ ).**

**Deney grubunun ikinci uygulamadan sonra doğum eylemiyle baş etme yöntemlerinden “doğum hakkında soru sormak”ı kullanması (n=5,%11,4), kontrol grubundan (n=13, %29,5) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,034$ ).**

Tablo 4-18:Doğum Sürecinde Gebelerin Gösterdiği Davranışlara Yönelik Bulguların Dağılımı (N=88)

Doğum Eyleminde Gösterdiği Davranış	HASTANEYE GELDİĞİNDE			İLK UYGULAMA ÖNCESİ			İLK UYGULAMA SONRASI			İKİNCİ UYGULAMA ÖNCESİ			İKİNCİ UYGULAMA SONRASI		
	Deney (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P	Deney (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P	Deney (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P	Deney (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P	Deney (n/%)	Kontrol (n/%)	$\chi^2$ P
Korku ifadesi	11 25,0	7 15,9	1,12 0,291	4 9,1	9 20,5	2,2 0,133	2 4,5	3 6,8	0,21 0,645	1 2,3	1 2,3	-	1 2,3	2 4,5	0,34 0,556
Heyecanlı görünüm	9 20,5	10 22,7	0,07 0,795	4 9,1	2 4,5	0,72 0,397	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yalnız kalmaktan kaçınma	2 4,5	-	2,04 0,153	4 9,1	6 13,6	0,45 0,501	2 4,5	4 9,1	0,71 0,397	1 2,3	2 4,5	0,34 0,556	1 2,3	4 9,1	1,9 0,167
Huzursuzluk/yüz ifadesinde değişiklik	7 15,9	5 11,4	0,38 0,534	7 15,9	15 34,1	<b>3,88</b> <b>0,048*</b>	6 13,6	15 34,1	<b>5</b> <b>0,024*</b>	-	1 2,3	1,01 0,314	-	-	-
Duyarlılık	1 2,3	1 2,3	-	-	3 6,8	3,1 0,07	-	1 2,3	1,01 0,314	-	1 2,3	1,01 0,314	-	-	-
Sessiz ve sakin	25 56,8	23 52,3	0,18 0,668	15 34,1	13 29,5	0,2 0,647	7 15,9	-	<b>7,6</b> <b>0,005*</b>	-	-	-	1 2,3	3 6,8	1,04 0,36
Davranışlarını kontrol etmede güçlük	1 2,3	1 2,3	-	2 4,5	-	2 0,152	6 13,6	4 9,1	0,45 0,501	3 6,8	9 20,5	3,47 0,06	3 6,8	6 13,6	1,11 0,291
Mahremiyetin azalması	-	-	-	1 2,3	1 2,3	-	2 4,5	5 11,4	1,4 0,237	6 13,6	8 18,2	0,34 0,56	4 9,1	2 4,5	0,72 0,397
Yüksek sesle ağlama/ Çığlık atma	-	-	-	-	-	-	3 6,8	1 2,3	1,04 0,306	5 11,4	11 25,0	2,7 0,097	3 6,8	12 27,3	<b>6,5</b> <b>0,01*</b>
Sessizce ağlama	1 2,3	-	1,01 0,314	6 13,6	1 2,3	<b>3,88</b> <b>0,048*</b>	3 6,8	9 20,5	3,47 0,06	3 6,8	4 9,1	0,15 0,693	6 13,6	3 6,8	1,11 0,291
Ses çıkarma/ inleme	-	2 4,5	2,04 0,152	4 9,1	4 9,1	-	2 4,5	13 29,5	<b>9,72</b> <b>0,002*</b>	4 9,1	12 27,3	<b>4,88</b> <b>0,02</b>	14 31,8	10 22,7	0,91 0,338
Auçlarını/ herhangi bir şeyi sıkma/ dudaklarını ısırma	-	3 6,8	3,1 0,07	1 2,3	8 18,2	<b>6,1</b> <b>0,013*</b>	9 20,5	13 29,5	0,96 0,342	15 34,1	13 29,5	0,2 0,647	7 15,9	8 18,2	0,08 0,776
Bulantı-kusma	-	-	-	-	-	-	-	1 2,3	1,01 0,314	2 4,5	10 22,7	<b>6,17</b> <b>0,013*</b>	7 15,9	10 22,7	0,65 0,417
Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 2,3	4 9,1	1,9 0,167	1 2,3	6 13,6	<b>3,8</b> <b>0,048*</b>
Muayeneye izin vermeme	-	1 2,3	1,01 0,314	-	3 6,8	3,1 0,07	1 2,3	3 6,8	1,04 0,306	-	4 9,1	<b>4,2</b> <b>0,041*</b>	4 9,1	5 11,4	0,12 0,725

Tablo 4-18’de doğum sürecinde gebelerin gösterdiği davranışlara ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye geldiğinde gösterdikleri davranış dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilk uygulamadan önce gösterdiği davranışlardan; korku ifadesi, heyecanlı görünüm, yalnız kalmaktan kaçınma, duyarlılık, sessiz ve sakin olma, davranışlarını kontrol etmede güçlük, mahremiyetin azalması, yüksek sesle ağlama/ çığlık atma, ses çıkarma/inleme, muayeneye izin vermeme dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ilk uygulamadan önce gösterdiği davranışlardan, huzursuzluk/yüz ifadesinde değişiklik (D=7 %15,9; K= 15 %34,1) ve avuçlarını veya herhangi bir şeyi sıkma/ dudaklarını ısırma (D=1 %2,3; K=8 %18,2) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,048$ ;  $p=0,013$ ).**

**İlk uygulamadan önce gebelerin gösterdiği davranışlardan “sessizce ağlama” deney grubunun (n=6, %13,6) kontrol grubundan (n=1, %2,3) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,048$ ).**

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilk uygulamadan sonra gösterdiği davranışlardan; korku ifadesi, heyecanlı görünüm, yalnız kalmaktan kaçınma, duyarlılık, davranışlarını kontrol etmede güçlük, mahremiyetin azalması, yüksek sesle ağlama/çığlık atma, sessizce ağlama, avuçlarını veya herhangi bir şeyi sıkma/dudaklarını ısırma, bulantı-kusma, muayeneye izin vermeme dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ilk uygulamadan sonra “sessiz ve sakin” davranışını gösteren (n=7, %15,9) gebe, kontrol grubundan (n=0, %0) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p=0,005$ ).**

**Deney grubunun ilk uygulamadan sonra gösterdiği davranışlardan, huzursuzluk/yüz ifadesinde değişiklik (D=6 %13,6; K=15 %34,1) ve ses çıkarma/inleme (D=2 %4,5; K= 13 %29,5) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,024$ ;  $p=0,002$ ).**

Gebelerin ikinci uygulamadan önce gösterdiği davranışlardan; korku ifadesi, yalnız kalmaktan kaçınma, huzursuzluk/yüz ifadesinde değişiklik, duyarlılık, davranışlarını kontrol etmede güçlük, mahremiyetin azalması, yüksek sesle ağlama/çığlık atma, sessizce ağlama, avuçlarını veya herhangi bir şeyi sıkma/dudaklarını ısırma, kendine zarar verecek davranışlarda bulunma dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ikinci uygulamadan önce “bulantı-kusma” yaşaması (n=2, %4,5) kontrol grubundan (n=10, %22,7) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,013$ ). Deney grubunda ikinci uygulamadan önce “ses çıkarma/inleme” davranışını gösteren gebe (n=4, %9,1), kontrol grubunda (n=12, %27,3) olduğundan, deney grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,02$ ).**

**Deney grubunun ikinci uygulamadan önce “muayeneye izin vermeme”si (n=0, %0) kontrol grubundan (n=4, %9,1) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,041$ ).**

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ikinci uygulamadan sonra gösterdiği davranışlardan; korku ifadesi, yalnız kalmaktan kaçınma, davranışlarını kontrol etmede güçlük, sessiz ve sakin, mahremiyetin azalması, sessizce ağlama, ses çıkarma/inleme, avuçlarını veya herhangi bir şeyi sıkma/dudaklarını ısırma, bulantı-kusma, muayeneye izin vermeme dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun ikinci uygulamadan sonra gösterdiği davranışlardan, “yüksek sesle ağlama/çığlık atma” (D=3 %6,8; K=12 %27,3) ve “kendine zarar verecek davranışlarda bulunma” (D=1 %2,3; K= 6 %13,6) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,01$ ;  $p=0,048$ ).**

**Tablo 4-19:Doğum Eyleminin 2. Evresinde Yaşanılan Problem, Eyleme Katılma Durumu ve Yapılan Müdahalelere Yönelik Bulgular (N=88)**

2. Evre Özellikleri	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğumun 2. Evresinde Eyleme Katılma Durumu</b>								
Söylenenleri uygulayıp etkin ıkınabiliyor	28	63,6	23	52,3	51	58	7,04	0,07
Etkin ıkınabiliyor	3	6,8	-	-	3	3,4		
Söylenenleri uygulayabiliyor ama etkin ıkınması yetersiz	8	18,2	8	18,2	16	18,2		
Etkin ıkınması yetersiz ve söylenenleri uygulamada zorlanıyor	5	11,4	13	29,5	18	20,5		
<b>Eylemde Yaşanılan Obstetrik Problem</b>								
Problem yaşanmadı	41	93,2	41	93,2	82	93,2	3	0,223
Amniyotik sıvıda mekonyum	3	6,8	1	2,3	4	4,5		
Omuz takılması	-	-	2	4,5	2	2,3		
<b>Doğumun 2. Evresinde Yapılan Müdahaleler</b>								
Yok	6	13,6	4	9,1	10	11,4	0,14	0,706
İndüksiyon + fundal basınç + epizyotomi	11	25	13	29,5	24	27,3		
İndüksiyon	9	20,5	4	9,1	13	14,8	0,03	0,984
İndüksiyon + epizyotomi	7	15,9	6	13,6	13	14,8	0,08	0,768
Epizyotomi	4	9,1	7	15,9	11	12,5	0,4	0,581
İndüksiyon + fundal basınç	3	6,8	4	9,1	7	8	0,04	0,840
Fundal basınç + epizyotomi	2	4,5	3	6,8	5	5,7	0,03	0,855
Fundal basınç	1	2,3	3	6,8	4	4,5	0,4	0,554
Amniyotomi	1	2,3	-	-	1	1,1	0,6	0,472

Tablo 4-19’da doğum eyleminin 2. evresinde yaşanan problem, gebelerin eyleme katılma durumu ve yapılan müdahalelere yönelik bulguların dağılımı görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin %63,6’sı söylenenleri uygulayıp etkin ıkınabilirken, kontrol grubundaki gebelerin %52,3’ünün söylenenleri uygulayıp etkin ıkındığı saptandı. Deney grubundaki gebelerin %11,4’ünün etkin ıkınmasının yetersiz olduğu ve söylenenleri uygulamada zorlandığı, kontrol grubunun ise %29,5’inin etkin ıkınması yetersiz ve söylenenleri uygulamada zorlandığı belirlendi.

Bu verilere rağmen deney ve kontrol gruplarının doğumun 2. evresinde eyleme katılma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).



Eylemde yaşanan obstetrik problemlere bakıldığında her iki grubun %93,2'sinde hiçbir problem yaşanmazken, deney grubunun %6,8'inde (3 kişi), kontrol grubunun %2,3'ünde (1 kişi) amniyotik sıvıda mekonyum varlığı; omuz takılması probleminin kontrol grubunun %4,5'inde (2 kişi) yaşandığı saptandı.

Gruplar arasında, eylemde obstetrik problem yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

Gebelere doğumun 2. evresinde yapılan müdahalelerin dağılımına bakıldığında, gebelerin %27,3'üne İndüksiyon, Fundal Basınç ve Epizyotomi beraber uygulandığı, %11,4'üne ise hiçbir şey uygulanmadığı görüldü.

Deney ve kontrol grubu arasında doğumun 2. evresinde yapılan müdahalelerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-20:Doğum Sonrası Yapılan İlaç ve Girişimlere Yönelik Bulguların Dağılımı (N=88)**

Doğum Sonrası Yapılan Girişimler	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğum Sonrası Yapılan İlaçlar</b>								
30ü synpitan+methergin	44	100	43	97,7	87	98,9		
30ü synpitan+ Methergin+cytotec	-	-	1	2,3	1	1,1	1,01	0,314
<b>Doğum Sonrası Yapılan Girişimler</b>								
Girişimde bulunulmadı	11	25	6	13,6	17	19,3		
Emizyotomi tamiri	22	50	27	61,4	49	55,7	1,27	0,260
Laserasyon tamiri	9	20,5	8	18,2	17	19,3	0,12	0,727
Fundus masajı+epizyotomi tamiri	2	4,5	2	4,5	4	4,5	0,3	0,585
Rektal cytotec	-	-	1	2,3	1	1,1	0,05	0,814

Tablo 4-20'de doğum sonrası yapılan ilaç ve girişimlerin dağılımı görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki her hastaya 30ü synpitan+ methergin (500 cc dextroz içinde 30ü synpitan+ 1 amp methergin IM) yapıldığı, kontrol grubunda bir hastaya ise bu tedavinin yanında rektal cytotec uygulandığı saptandı. Doğum sonrası yapılan girişimlere bakıldığında ise, kontrol grubunun %61,4'üne epizyotomi tamiri yapılırken deney grubunun %50'sine epizyotomi tamiri yapıldığı görüldü. Deney

grubunun %25'ine girişimde bulunulmadığı halde kontrol grubunun %13,6'sına girişimde bulunulmadığı belirlendi.

Deney ve kontrol grupları arasında doğum sonrası yapılan ilaçlar ve doğum sonrası yapılan girişimlere yönelik dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-21:Gebelerin Doğum Eylemi Süre Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=88)**

Evre	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		t	P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
<b>İkinci Evrenin Süresi</b>	6,84±3,67	3-20	8,02±4,45	2-25	7,43±4,1	2-25	-1,47	0,195
<b>Üçüncü Evrenin Süresi</b>	7,68±3,08	3-15	9,29±4,02	3-20	8,48±3,65	3-20	-1,37	0,178
<b>Doğum Eyleminin Toplam Süresi*</b>	244,02±98,8	115-480	260,25±115,19	90-570	252,13±107	90-570	-2,11	<b>0,038</b>

Dakika olarak hesaplanmıştır

\*servikal dilatasyon 4 cm olduktan sonra

Tablo 4-21’de deney ve kontrol grubunun doğum eyleminin ikinci, üçüncü evresinin süre ortalamaları ile doğum eyleminin toplam süresinin ortalaması görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu arasında ikinci ve üçüncü evrenin süre ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Deney grubunun doğum eyleminin toplam süresi ortalamasının (244,02±98,8, ~4 saat), kontrol grubundan (260,25±115,19, ~4 saat 30 dakika) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulundu ( $p=0,038$ ).**

Tablo 4-22:Yenidoğana İlişkin Bulguların Ortalamalarının Dağılımı (N=88)

Yenidoğanın Özellikleri	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		t	P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Yenidoğanın 1. dakika apgar puanı	8,84±0,52	6-9	8,93±0,25	8-9	8,88±0,41	6-9	-1,03	0,305
Yenidoğanın 5. dakika apgar puanı	9,84±0,52	7-10	9,93±0,25	9-10	9,88±0,41	7-10	-1,03	0,305
Yenidoğanın ağırlığı (gr)	3237,8±332,5	2500-3920	3284,7±404,9	2550-4000	3256,7±385	2500-4000	-0,72	0,502
Yenidoğanın boyu (cm)	50,7±1,63	48-54	51,34±1,53	48-55	51,02±1,61	48-55	-1,88	0,064
Yenidoğanın baş çevresi (cm)	35,11±1,23	33-38	35,18±1,18	32-37	35,14±1,2	32-38	-0,26	0,792

Tablo 4-22’de yenidoğanın 1. ve 5. dakikadaki apgar puan ortalamaları, ağırlığı, boyu ve baş çevresinin ortalaması görülmektedir. Yenidoğanların ağırlık ortalamaları 3256,7±385 gr, boylarının ortalamaları 51,02±1,61 cm, baş çevrelerinin ortalamaları ise 35,14±1,2 cm olduğu saptandı. Yenidoğanların birinci dakikadaki apgar puan ortalamalarının 8,88±0,41, beşinci dakikadaki apgar puan ortalamalarının ise 9,88±0,41 olduğu belirlendi.

Deney ve kontrol grubu arasında yenidoğanın 1. dakika ve 5.dakika apgar puanı, boyu, ağırlığı ve baş çevresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

#### 4.4. Gebelerin Doğum Sonrasına İlişkin Bulgular

**Tablo 4-23:Doğum Sonu Annenin Durumuna Yönelik Bulguların Dağılımı (N=88)**

Doğum Sonu Annenin Durumu	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Bebeğini rahat emzirme	31	70,5	33	75	64	72,7	0,23	0,632
Yorgun	20	45,5	27	61,4	47	53,4	2,2	0,134
Mutlu	24	54,5	16	36,4	40	45,5	2,9	0,08
Oturmakta zorlanma	19	43,2	23	52,3	42	47,7	0,72	0,393
Ağrılarının devam ettiğini belirtme	11	25	20	45,5	31	35,2	4	<b>0,044 *</b>
Bebeğini emzirmekte zorlanma	10	22,7	10	22,7	20	22,7	-	-
Üzgün	1	2,3	1	2,3	2	2,3	-	-
Halsiz ve baygın	-	-	2	4,5	2	2,3	2,04	0,153
Bebeğini görmek istememe	1	2,3	-	-	1	1,1	1,01	0,314

Tablo 4-23’de doğum sonu dönemde annenin durumuna ilişkin bulgular görülmektedir. Tüm annelerin %72,7’sinin bebeğini rahat emzirdiği,% 53,4’ünün kendisini yorgun hissettiği, %45,5’inin ise mutlu hissettiği görüldü.

Gruplar arasında doğum sonu, oturmakta zorlanma, bebeğini rahat emzirme, bebeğini emzirmekte zorlanma, bebeğini görmek istememe, kendisini yorgun, halsiz ve baygın, mutlu, üzgün hissetme dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Fakat deney grubundaki annelerin % 25’i ağrılarının devam ettiğini belirtirken, kontrol grubundaki annelerin ise % 45,5’i ağrılarının devam ettiğini belirtti. Deney grubunun ağrılarının devam ettiğini belirtmesi, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,04$ ).**

**Tablo 4-24:Yenidoğanın Cinsiyetine ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (N=88)**

Yenidoğanın Özellikleri	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Bebeğin Cinsiyetini Bilme Durumu</b>								
Kız	19	43,2	23	52,3	42	47,7		
Erkek	21	47,7	20	45,5	41	46,6		
Bilmiyorum	4	9,1	1	2,3	5	5,7	2,2	0,332
<b>Yenidoğanın Cinsiyeti</b>								
Kız	23	52,3	23	52,3	46	52,3		
Erkek	21	47,7	21	47,7	42	47,7	-	-
<b>Yenidoğanın Sağlık Durumu</b>								
Anne yanında+ emmesi yeterli	38	86,4	35	79,5	73	83		
Anne yanında+ emmesi yetersiz	3	6,8	8	18,2	11	12,5		
Emmesi yeterli değil	1	2,3	-	-	1	1,1	4,39	0,355
Sevk edildi	1	2,3	1	2,3	2	2,3		
Isıtılıyor	1	2,3	-	-	1	1,1		

Tablo 4-24'de gebenin bebeğinin cinsiyetini bilme, yenidoğanın cinsiyeti ve sağlık durumuna yönelik bulgulara yer verildi. Gebelerin sadece %5,7 sinin bebeğinin cinsiyetini bilmediği belirlendi. Deney ve kontrol grubunun yenidoğan cinsiyetlerinin dağılımının eşit olduğu görüldü. (23 kız, 21 erkek) yenidoğanların %83'ünün annesinin yanında ve emmesinin yeterli olduğu saptandı.

Gruplar arasında, bebeğin cinsiyetini bilme, yenidoğanın sağlık durumu ve cinsiyetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-25: Annelerin Bu Doğuma Yönelik Düşüncelerine İlişkin Bulgular (N=88)**

Doğuma yönelik düşünceler	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğuma İlişkin Düşünceler</b>								
Zor bir doğumdu	22	50	24	54,5	46	52,3		
Normal bir doğumdu	17	38,6	15	34,1	32	36,4		
Kolay bir doğumdu	5	11,4	5	11,4	10	11,4	0,21	0,899
<b>Normal Doğumun Olumlu Yönleri</b>								
Daha sağlıklı	18	40,9	14	31,8	32	36,4	1,05	0,304
Hemen ayağa kalkmak	8	18,2	13	29,5	21	23,9	0,05	0,809
Daha çabuk kilo verilmesi	6	13,6	3	6,8	9	10,2	1,24	0,264
İçinin temizlenmesi	3	6,8	3	6,8	6	6,8	0,16	0,689
Hemen ayağa kalkmak+bebekle erken temas	3	6,8	3	6,8	6	6,8	0,16	0,689
Bebekle erken temas	4	9,1	3	6,8	7	8	0,48	0,488
Yok	1	2,3	4	9,1	5	5,7		
Hemen ayağa kalkmak+daha sağlıklı	1	2,3	1	2,3	2	2,3	0,6	0,427
<b>Normal Doğumun Olumsuz Yönleri</b>								
Sancılar	23	52,3	18	40,9	41	46,6	0,03	0,868
Sancılar+dikişler	8	18,2	8	18,2	16	18,2	0,15	0,695
Dikişler	3	6,8	7	15,9	10	11,4	0,31	0,576
Uzun sürmesi	3	6,8	4	9,1	7	8	0,34	0,558
Sancılar+uzun sürmesi	3	6,8	3	6,8	6	6,8	0,11	0,740
Muayeneler	1	2,3	2	4,5	3	3,4	0,05	0,462
Yok	3	6,8	2	4,5	5	5,7		

Tablo 4-25’de annelerin bu doğuma yönelik düşüncelerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Annelerin %52,3’ünün bu doğumunu “zor bir doğum” olarak, %11,4’ünün “kolay bir doğum” olarak nitelendirdiği saptandı. Annelere normal doğumun olumlu ve olumsuz yönleri sorulduğunda, olumlu yönleri olarak %36,4’ünün “daha sağlıklı”, %23,9’unun “hemen ayağa kalkabilmek” olduğunu, olumsuz yönleri olarak ise %46,6’sının sadece “sancılar”, %11,4’ünün ise sadece “dikişler” olarak belirttiği saptandı.

Gruplar arasında bu doğuma yönelik, normal doğumun olumlu ve olumsuz yönlerine ilişkin düşüncelerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-26: Annelerin Doğum Ağrısı İfadesi ve Ağrı Odası Hakkındaki Görüşlerine Yönelik Bulgular (N=88)**

	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğum Ağrısı Hakkında Düşünceleri</b>								
Dayanılmaz bir ağrıydı	30	68,2	36	81,8	66	75	2,19	0,335
Duyduklarım kadar varmış Beklediğimden daha kolaydı/hafifti	5	11,4	3	6,8	8	9,1		
	9	20,5	5	11,4	14	15,9		
<b>Ağrı Odasının Ortamı Hakkında Düşünceleri</b>								
Başka birilerinin olması iyiydi	20	45,5	21	47,7	41	46,6	0,36	0,947
Başka birilerinin olması kötüydü	17	38,6	16	36,4	33	37,5		
Ağrıdan dolayı dikkat etmedim	5	11,4	4	9,1	9	10,2		
Destek olmadıktan sonra başkalarının olması bir anlam ifade etmiyor	2	4,5	3	6,8	5	5,7		
<b>Normal Doğumda Yaşanılan Ağrının İfadesi</b>								
Korkunçtu	17	38,6	21	47,7	38	43,2	1,63	0,803
Tarif edilemez	9	20,5	9	20,5	18	20,5		
Çok kötü değildi/beklediğimden azdı	5	11,4	3	6,8	8	9,1		
Yorucu	4	9,1	5	11,4	9	10,2		
Şiddetli	9	20,5	6	13,6	15	17		

Tablo 4-26 'da annelerin doğum ağrısı ifadesi ve ağrı odası hakkındaki görüşlerine yönelik bulgular görülmektedir. Deney grubundaki annelerin %68,2'si, kontrol grubundakilerin ise %81,8'i yaşadığı ağrının “dayanılmaz bir ağrı” olduğunu söylerken, iki gruptaki annelerin %15,9'u “beklediğimden daha kolay/hafif” olduğunu söyledi. Ağrıyı çektikleri travay odası hakkındaki düşünceleri incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubundaki annelerin ağrı odasını ilk sırada % 46,6'sı “başkalarının olmasının iyi” olarak değerlendirdikleri, ikinci sırada ise %37,5'inin “başkalarının olmasının kötü” olarak değerlendirdiği saptandı. Doğumda yaşadıkları ağrının tarifi incelendiğinde, her iki gruptaki annelerin ağrıyı ilk sırada %43,2'sinin “korkunçtu”, ikinci sırada ise %20,5'inin “tarif edilemez” olarak değerlendirdiği görüldü.



Gruplar arasında annelerin yaşadıkları doğum ağrısı, ağrıyı çektikleri travay odası hakkındaki düşünceleri ve yaşadığı ağrının tarifine yönelik bulguların dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-27: Annelerin Doğum Sürecinde Yapılan Müdahalelere ve Şu An Kendisini Nasıl Hissettiğine Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (N=88)**

Doğum Sonrası Görüşler ve Kendisini Nasıl Hissettiği	Deney Grubu n=44		Kontrol Grubu n=44		Toplam		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğum Sürecinde Yapılan Müdahaleler Hakkındaki Görüşler*</b>								
Lavman yapılmasını istemezdim	3	6,8	4	9,1	7	8	0,16	0,693
Lavman yapılırken kendimi rahatlamış hissettim	32	72,7	37	84,1	69	78,4	1,67	0,195
Ağrım varken muayene yapılması rahatsız ediciydi	17	38,6	25	56,8	42	47,7	2,9	0,087
Suni sancı verilmesi ağrılarımı şiddetlendirdi/dayanılmaz oldu	8	18,2	15	34,1	23	26,1	2,88	0,089
Suni sancı verildiğinde doğumum hızlandı bu da beni rahatlattı	9	20,5	6	13,6	15	17	0,72	0,395
Çalışanların işlemden önce açıklama yapması güzeldi/rahatladım	13	29,5	4	9,1	17	19,3	<b>5,9</b>	<b>0,015*</b>
Doğum sırasında karnıma bastırmalarından dolayı korktum	10	22,7	10	22,7	20	22,7	-	-
Doğum sırasında karnıma bastırmaları bebeğimin doğmasını kolaylaştırdı	11	12,5	15	34,1	26	29,5	0,87	0,350
<b>Şu Anda Kendisini Nasıl Hissettiği</b>								
Iyiyim	16	36,4	13	29,5	29	33	4,3	0,635
Yorgunum	13	29,5	12	27,3	25	28,4		
Mutluyum	6	13,6	8	18,2	14	15,9		
Bilmiyorum	4	9,1	8	18,2	12	13,6		
Ağrım var	1	2,3	-	-	1	1,1		
Yorgunum ve ağrım var	3	6,8	1	2,3	4	4,5		
Iyiyim ve mutluyum	1	2,3	2	4,5	3	3,4		

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-27’de annelerin doğum sürecinde yapılan müdahalelere ve şu an kendisini nasıl hissettiğine yönelik düşüncelerinin dağılımı yer almaktadır. Her iki gruptaki annelerin %78,4’ünün “lavman yapılırken kendimi rahatlamış hissettim”, %47,7’sinin “ağrım varken muayene yapılması rahatsız ediciydi”, %29,5’inin “doğum sırasında karnıma bastırmaları bebeğimin doğmasını kolaylaştırdı” dediği görüldü.

Gruplar arasında, “lavman yapılmasını istemezdim”, “lavman yapılırken kendimi rahatlamış hissettim”, “ağrım varken muayene yapılması rahatsız ediciydi”, “suni sancı verilmesi ağrılarımı şiddetlendirdi/dayanılmaz oldu”, “suni sancı verildiğinde doğumum hızlandı bu da beni rahatlattı”, “doğum sırasında karnıma bastırmalarından dolayı korktum” ve “doğum sırasında karnıma bastırmaları bebeğimin doğmasını kolaylaştırdı” görüşlerinin dağılımı arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Deney grubundaki annelerin %29,5’inin, kontrol grubundaki annelerin ise %17,0’sinin “çalışanların işlemde önce açıklama yapması güzeldi/rahatladım” dediği görüldüğünden yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ( $p=0,015$ )**

Annelere kendilerini şuanda nasıl hissettikleri sorulduğunda, her iki gruptaki annelerin çoğunlukla, ilk sırada %33,0’ünün “iyiyim”, ikinci sırada %28,4’ünün “yorgunum” dediği, %15,9’unun ise “mutluyum” dediği saptandı.

Deney ve kontrol grubu arasında kendilerini o anda nasıl hissettikleri konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-28:Deney Grubunun Akupresür Uygulamasına Yönelik Düşüncelerinden Aldıkları Puan Ortalamaları**

<b>Akupresüre Yönelik Düşünceler</b>	<b>Hiç Katılmıyorum n(%)</b>	<b>Katılmıyorum n(%)</b>	<b>Kısmen Katılmıyorum n(%)</b>	<b>Katılıyorum n(%)</b>	<b>Tamamen Katılıyorum n(%)</b>	<b>Aldığı Puan</b>
Doğumda yaşadığım ağrı beklediğim ağrıdan azdı	10(22,7)	14(31,8)	14(31,8)	5(11,4)	1(2,3)	2,38
Yapılan akupresür uygulaması rahatlamamda etkili oldu	-	-	5(11,4)	27(61,4)	12(27,3)	3,88
Akupresür uygulamasından memnun kaldım	-	-	1(2,3)	23(52,3)	20(45,5)	4,43
Yapılan akupresür uygulaması acı verici değildi	1(2,3)	-	2(4,5)	30(68,2)	11(25,0)	4,13
Akupresür uygulamasını başka hastalara da öneririm	-	-	-	19(43,2)	25(56,8)	4,56
Akupresür uygulamasını kendim de yapabilirim	-	11(25,0)	20(45,5)	10(22,7)	3(6,8)	3,11
Akupresür uygulamasını ileriki doğumlarımda da yapılmasını isterim	-	-	3(6,8)	26(59,1)	15(34,1)	4,27
Akupresür uygulaması beni rahatsız etmedi	-	-	1(2,3)	31(70,5)	12(27,3)	4,25
Akupresür uygulamasının eylem süresince sürekli yapılmasını isterdim	-	-	3(6,8)	6(13,6)	35(79,5)	4,72
Doğumumda akupresür uygulaması yeterli oldu	-	17(38,6)	19(43,2)	7(15,9)	1(2,3)	2,81
<b>Toplam Puan Ortalaması</b>						<b>3,85</b>

Tablo 4-28’de deney grubundaki annelerin akupresür uygulamasına yönelik düşüncelere katılma durumları ve puan ortalamaları görülmektedir. Annelerin %31,8’i nin“doğumda yaşadığım ağrı beklediğim ağrıdan azdı” önermesine kısmen katıldığı belirlendi. Annelerin çoğunluğu (%52,3’ü katılıyorum, %45,5’i tamamen katılıyorum) akupresür uygulamasından memnun kaldığını ifade etti

(Puan=4,43). Ancak, “akupresür uygulaması yeterli oldu” önermesine annelerin %38,6’sının katılmıyorum, %43,2’sinin ise kısmen katılıyorum dediği ve puan ortalamasının “kısmen katılıyorum” seçeneğine yakın çıktığı saptandı (Puan=2,81). Akupresür uygulaması genel olarak değerlendirildiğinde memnun kalma puanının “katılıyorum” seçeneğine yakın olduğu görüldü (Puan=3,85).

**Tablo 4-29:Gebelerin Akupresür Uygulama Öncesi-Sonrası Dilatasyon, Silinme, FKA Değişim Fark Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=88)**

Değişim Farkı %			Deney Grubu	Kontrol Grubu	Total	p
Dilatasyon	İlk Uygulama	Ort±SS	19,32±7,32	17,35±7,32	18,33±7,34	0,116
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	20 (20-20)	20 (20-20)	20 (20-20)	
	İkinci Uygulama	Ort±SS	13,38±5,27	11,33±6,22	12,36±5,82	0,152
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	12,5 (12,5-12,5)	12,5 (12,5-12,5)	12,5 (12,5-12,5)	
Silinme	İlk Uygulama	Ort±SS	8,42±7,1	3,96±6,57	6,19±7,16	0,006
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	14,29 (0-14,29)	0 (0-13,84)	0 (0-14,29)	
	İkinci Uygulama	Ort±SS	6,25±6,63	9,11±6,35	7,68±6,61	0,029
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	11,11 (0-12,5)	12,5 (0-12,5)	11,11 (0-12,5)	
CKS	İlk Uygulama	Ort±SS	1,35±7,32	1,99±6,53	1,67±6,91	0,937
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	2,94 (-3,78-6,99)	1,06 (-1,57-6,37)	1,405 (-2,68-6,69)	
	İkinci Uygulama	Ort±SS	-0,59±10,52	2,05±7,96	0,73±9,37	0,087
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	-0,75 (-7,82-4,83)	3,51 (-3,52-7,19)	2,33 (-5,4-6,27)	

\*Bulguların farkı; uygulama sonrasında, öncesi çıkartılarak bulundu.

Tablo 4-29'da gebelerin akupresür uygulama öncesi-sonrası dilatasyon, silinme, FKA değişim fark ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin, ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası dilatasyon ve FKA değişim farklarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Deney ve kontrol grubunun ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası silinme değişim farkına bakıldığında ise, deney grubunun ilk uygulama sonrası silinmesi, ilk uygulama öncesinden %8,42 artarken, kontrol grubunda %3,96 arttığı görüldü. Deney grubunun ikinci uygulama sonrası silinmesi, ikinci uygulama öncesinden %6,25 artarken, kontrol grubunda %9,11 arttığı görüldü.

**Gruplar arasında ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası silinme değişim yüzdesi açısından anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ( $p=0,006$ ;  $p=0,029$ ).**

Tablo 4-30:Gebelerin Akupresür Uygulama Öncesi-Sonrası Kan Basıncı ve Nabız Değişim Fark Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=88)

Değişim Farkı %			Deney Grubu	Kontrol Grubu	Total	p
Kan Basıncı (Sistolik)	İlk Uygulama	Ort±SS	0,05±8,33	2,65±7,82	1,35±8,14	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	0 (-8,9-6,25)	0 (0-8,33)	0 (0-8,33)	0,086
	İkinci Uygulama	Ort±SS	0,42±9,14	2,01±9,11	1,22±9,11	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	0 (-8,9-8,33)	4,17 (-6,25-8,33)	0 (-8,33-8,33)	0,267
Kan Basıncı (Diastolik)	İlk Uygulama	Ort±SS	-2,9±13,51	4,53±12,43	0,81±13,44	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	0 (-14,29-0)	0 (0-14,29)	0 (-14,29-14,29)	<b>0,009</b>
	İkinci Uygulama	Ort±SS	40,83±5,97	41,62±7,63	41,23±6,82	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	41,67 (36,36-45,45)	44,16 (36,36-46,15)	41,67 (36,36-45,45)	0,240
Nabız	İlk Uygulama	Ort±SS	-0,24±10,37	-0,63±8,98	-0,43±9,64	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	3,14 (-5,56-9,52)	-4,88 (-5,37-4,94)	-1,19 (-5,52-8,35)	0,834
	İkinci Uygulama	Ort±SS	3,25±8,5	4,03±8,5	3,64±8,46	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	4,26 (-4,76-9,09)	4,55 (-3,79-9,09)	4,55 (-4,31-9,09)	0,726

\*Bulguların farkı; uygulama sonrasında, öncesi çıkartılarak bulundu

Tablo 4-30'da gebelerin akupresür uygulama öncesi-sonrası kan basıncı ve nabız değişim fark ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin, ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası sistolik kan basıncı ve nabız değişim farklarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Deney grubunun ilk uygulama sonrası diastolik kan basıncı ortalama %2,9 düşmüşken, kontrol grubunda ise tam tersine %4,53 artmıştır.

**Gruplar arasında ilk uygulamadan sonar diastolik kan basıncı ortalaması değişim yüzdesi açısından anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ( $p=0,009$ ).**



**Tablo 4-31:Gebelerin Akupresür Uygulama Öncesi-Sonrası Kontraksiyon Sıklığı, Kontraksiyon Şiddeti ve VAS Değişim Farklarının Karşılaştırılması (N=88)**

Değişim Farkı %			Deney Grubu	Kontrol Grubu	Total	p
Kontraksiyon Sıklığı	İlk Uygulama	Ort±SS	20,55±10,71	19,9±11,22	20,23±10,91	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	20 (16,67-25)	20 (16,67-25)	20 (16,67-25)	0,829
	İkinci Uygulama	Ort±SS	32,81±12,42	25,1±14,44	28,95±13,94	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	33,33 (25-40)	25 (20-33,33)	33,33 (25-33,33)	<b>0,004</b>
Kontraksiyon Şiddeti	İlk Uygulama	Ort±SS	13,75±12,32	17,14±11,13	15,45±11,8	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	16,03 (0-25)	20 (14,89-20)	20 (0-25)	0,256
	İkinci Uygulama	Ort±SS	17,04±8,91	14,38±8,05	15,71±8,55	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	16,67 (11,11-25)	14,29 (11,11-16,67)	15,48 (11,11-22,02)	0,120
VAS	İlk Uygulama	Ort±SS	-31,79±39,19	22,91±12,73	-4,44±39,95	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	-25 (-32,89--13,57)	21,19 (15,58-25)	10,22 (-25-21,8)	<b>0,0001</b>
	İkinci Uygulama	Ort±SS	2,07±9,37	10,89±6,03	6,48±9	
	Sonrası-Öncesi*	Median (IQR)	1,46 (-4,69-10,6)	9,85 (6,75-14,48)	7,36 (1,26-11,76)	<b>0,0001</b>

\*Bulguların farkı; uygulama sonrasında, öncesi çıkartılarak bulundu

Tablo 4-31'de gebelerin akupresür uygulama öncesi-sonrası kontraksiyon sıklığı, kontraksiyon şiddeti ve VAS değişim farklarının karşılaştırılması görülmektedir.

Deney ve kontrol grubunun ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası kontraksiyon sıklığı değişim farkına bakıldığında, gruplar arasında ilk uygulama sonrası, ilk uygulama öncesinde fark yokken, deney grubunun ikinci uygulama sonrası kontraksiyon sıklığı, ikinci uygulama öncesinden %32,81 artarken, kontrol grubunda %25,1 arttığı görüldü.

**Gruplar arasında ikinci uygulama öncesi-sonrası kontraksiyon sıklığı değişim yüzdesi açısından anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ( $p=0,004$ ).**

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin, ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası kontraksiyon şiddeti değişim farkında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Deney ve kontrol grubunun ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası VAS puanlarının değişim farkına bakıldığında, deney grubunun ilk uygulama sonrası VAS puanı, ilk uygulama öncesinden %31,79 azalırken, kontrol grubunda % 22,91 arttığı görüldü. Deney grubunun ikinci uygulama sonrası VAS puanı, ikinci uygulama öncesinden %2,07 artarken, kontrol grubunda % 10,89 arttığı görüldü.

**Gruplar arasında ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası VAS puanı değişim yüzdesi açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ( $p=0,0001$ ;  $p=0,0001$ ).**

#### 4.5. Gebelerin Algıladıkları Ağrı (VAS) Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-32:Gebelerin Yaşı İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması (N=88)

VAS	18-19 Yaş	20-24 Yaş	25-29 Yaş	30-34 Yaş	35-39 Yaş	F	p
Hastaneye Geldiğinde	3,55±1,21	3,86±1,5	3,23±1,7	3,28±1,41	1,93±1,4	1,53	0,200
İlk Uygulama Öncesi	5,01±0,8	5,14±1,1	4,49±1,59	4,38±1,45	3,7±2,34	1,75	0,147
İlk Uygulama Sonrası	4,99±1,37	5,34±1,69	4,86±1,85	4,68±1,43	3,53±3,07	0,99	0,413
İkinci Uygulama Öncesi	7,8±1,15	7,59±0,93	7,4±1,13	7,48±0,67	7,3±0,85	0,40	0,810
İkinci Uygulama Sonrası	8,36±1,13	8,23±1,14	7,89±1,26	8,3±0,42	7,2±1,61	1,03	0,397
Doğum Sonrası 2. Saatte	0,64±0,26	0,61±0,43	0,6±0,43	0,54±0,28	0,7±0,44	0,11	0,978

Tablo 4-32’de gebelerin yaşı ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırılması yer almaktadır.

18-19, 20-24, 25-29, 30-34 ve 35-39 yaş gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce, ikinci uygulamadan sonra ve doğum sonrası 2. saatte VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

Tablo 4-33:Gebelerin Eğitim Durumu İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması (N=88)

VAS	okur-yazar değil	okur-yazar/ ilkokul	ortaokul	lise ve üzeri	F	p
Hastaneye Geldiğinde	3,03±0,93	3,45±1,7	3,66±1,58	3,53±1,47	0,32	0,810
İlk Uygulama Öncesi	4,49±1,41	4,95±1,25	4,46±1,67	4,8±1,31	0,66	0,577
İlk Uygulama Sonrası	4,99±1,94	5,24±1,57	4,83±2,05	4,7±1,72	0,52	0,669
İkinci Uygulama Öncesi	7,55±0,56	7,55±1,07	7,42±1,1	7,58±0,95	0,10	0,958
İkinci Uygulama Sonrası	8,21±1,14	8,08±1,27	8,01±1,22	8,17±0,9	0,09	0,964
Doğum Sonrası 2. Saatte	0,71±0,55	0,62±0,43	0,57±0,31	0,58±0,34	0,29	0,835

Tablo 4-33'de gebelerin eğitim durumu ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırılması yer almaktadır.

Okur-yazar olmayan, okur-yazar/ilkokul, ortaokul, lise ve üzeri eğitim gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulama öncesi, ilk uygulama sonrası, ikinci uygulama öncesi, ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. Saatte VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-34:Gebelerin Gebeliğinde Problem Yaşama Durumları İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması (N=88)**

VAS	Gebelikte Problem (-)	Gebelikte Problem (+)	t	p
Hastaneye Geldiğinde	3,36±1,57	3,65±1,54	-0,87	0,385
İlk Uygulama Öncesi	4,62±1,56	5±0,99	-1,30	0,199
İlk Uygulama Sonrası	4,82±1,77	5,27±1,68	-1,19	0,239
İkinci Uygulama Öncesi	7,55±1,04	7,5±0,95	0,19	0,847
İkinci Uygulama Sonrası	8,03±1,09	8,2±1,25	-0,66	0,514
Doğum Sonrası 2. Saatte	0,62±0,42	0,59±0,36	0,43	0,670

Tablo 4-34'de gebelerin gebeliğinde problem yaşama durumları ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırılması yer almaktadır. Gebeliğinde problem yaşamayan ve gebeliğinde problem yaşayan grupların hastaneye geldiğinde, ilk uygulama öncesi, ilk uygulama sonrası, ikinci uygulama öncesi, ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. Saatte VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-35:Gebelerin Dismenore Yaşama Durumu İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması (N=88)**

VAS	Adet Ağrısı (+)	Adet Ağrısı (-)	Adet Ağrısı Bazen	F	P
Hastaneye Geldiğinde	3,36±1,62	3,26±1,47	3,97±1,54	1,52	0,224
İlk Uygulama Öncesi	4,64±1,44	4,66±1,28	5,13±1,4	1,01	0,368
İlk Uygulama Sonrası	4,85±1,5	4,99±1,79	5,23±2	0,30	0,743
İkinci Uygulama Öncesi	7,43±1,14	7,3±0,85	8,02±0,86	3,91	0,064
İkinci Uygulama Sonrası	8,14±1,3	7,89±1	8,35±1,14	1,09	0,338
Doğum Sonrası 2. Saatte	0,48±0,22	0,68±0,44	0,68±0,47	2,7	0,073

Tablo 4-35’de gebelerin dismenore yaşama durumu ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırılması yer almaktadır. Adet ağrısı yaşamayan, adet ağrısı yaşayan ve adet ağrısını bazen yaşayan grupların hastaneye geldiğinde, ilk uygulama öncesi, ilk uygulama sonrası, ikinci uygulama öncesi, ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. saatte VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-36:Gebelerin Doğum Yeri İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması (N=88)**

VAS	Karadeniz	Diğer	Marmara	Doğu Anadolu	Güneydoğu Anadolu	F	p
Hastaneye Geldiğinde	3±1,77	3,99±1,62	3,13±1,43	3,47±1,31	3,68±1,73	0,85	0,493
İlk Uygulama Öncesi	3,89±1,72	5,32±1,71	4,56±1,16	4,64±1,21	5,07±1,29	1,84	0,129
İlk Uygulama Sonrası	4,9±2,33	5,7±1,76	4,28±1,5	5,09±1,5	5,53±1,64	3,04	0,101
İkinci Uygulama Öncesi	6,73±1,58	7,82±1,1	7,64±0,87	7,51±0,75	7,89±0,88	2,86	0,098
İkinci Uygulama Sonrası	7,2±1,52	8,4±1,13	7,79±1,1	8,13±0,94	8,46±1,1	2,64	0,119
Doğum Sonrası 2. Saatte	0,56±0,31	0,57±0,23	0,6±0,44	0,67±0,33	0,6±0,49	0,17	0,955

Tablo 4-36’da gebelerin doğum yeri (bölge olarak) ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırılması görülmektedir. Karadeniz, Marmara, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve diğer coğrafi bölgelerinin hastaneye geldiğinde, ilk uygulama öncesi, ilk uygulama sonrası, ikinci uygulama öncesi, ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. saatte VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-37:Doğum eyleminde Gebelere Yapılan İlaçlar İle Ağrı Algılama Puanlarının (VAS) Karşılaştırılması (N=88)**

VAS	Synpitan	Epidosin	Synpitan+ Epidosin	Synptan+ Hidrasyon	Yok	F	p
Hastaneye Geldiğinde	3,35±1,67	3,65±1,16	3,29±1,69	4,3±0,81	3,84±1,38	0,69	0,604
İlk Uygulama Öncesi	4,64±1,53	4,8±0,77	4,81±1,45	5,1±0,94	4,76±1,47	0,14	0,958
İlk Uygulama Sonrası	4,68±2,04	4,98±1,56	5,4±1,53	4,16±1,67	4,9±1,72	0,99	0,416
İkinci Uygulama Öncesi	7,41±0,87	7,45±1,13	7,54±1,14	7,84±0,56	7,69±0,93	0,28	0,884
İkinci Uygulama Sonrası	7,81±1,2	8,24±1,17	8,29±1,15	7,9±1,25	8,13±1,01	0,73	0,574
Doğum Sonrası 2. Saatte	0,66±0,44	0,61±0,38	0,59±0,4	0,4±0,16	0,63±0,36	0,49	0,739

Tablo 4-37’de doğum eyleminde gebelere yapılan ilaçlar ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırılması görülmektedir. Synpitan, epidosin, synpitan+epidosin ve synptan+hidrasyon uygulanan grupların hastaneye geldiğinde, ilk uygulama öncesi, ilk uygulama sonrası, ikinci uygulama öncesi, ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. saatte VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-38:Yenidoğanın Doğum Ağırlığı ile Doğum Eyleminin Toplam Süresinin ve Doğum Sürecindeki VAS Puanlarının Karşılaştırılması (N=88)**

		<b>Doğum Ağırlığı</b>	
<b>Doğum Eyleminin</b>	<b>r</b>	0,119	
	<b>p</b>	0,269	
<b>Toplam Süresi (4cm den sonra)</b>	<b>r</b>	-0,014	
	<b>p</b>	0,894	
<b>VAS</b>	<b>Hastaneye Geldiğinde</b>	<b>r</b>	-0,071
		<b>p</b>	0,514
	<b>İlk Uygulama Öncesi</b>	<b>r</b>	-0,023
		<b>p</b>	0,829
	<b>İlk Uygulama Sonrası</b>	<b>r</b>	-0,178
		<b>p</b>	0,097
	<b>İkinci Uygulama Öncesi</b>	<b>r</b>	-0,118
		<b>p</b>	0,275
	<b>İkinci Uygulama Sonrası</b>	<b>r</b>	0,042
		<b>p</b>	0,698
	<b>Doğum Sonrası 2. Saatte</b>	<b>r</b>	
		<b>p</b>	

Tablo 4-38'de yenidoğanın doğum ağırlığı ile doğum eyleminin toplam süresinin ve doğum sürecindeki VAS puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Yenidoğan doğum ağırlığı ile Doğum eyleminin Toplam süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ( $r=0,119$   $p=0,269$ ).

Yenidoğan doğum ağırlığı ile gebenin hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce, ikinci uygulamadan sonra ve doğum sonrası 2. Saatteki VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ( $p>0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA

Doğum eylemi kadının hayatı boyunca yaşadığı en önemli ve mutluluk verici deneyimlerden biridir. Doğumda yaşanan ağrı ise çoğu kadın için yaşamının bilinen ve tanımlanan en şiddetli ve travmatik ağrısıdır. Kadınların bu deneyimini olumlu hale getirmek için, doğum ağrısının yönetimi üzerinde durulmakta ve çeşitli yöntemler denenmektedir. Doğum ağrısını azaltıp, doğum süresinin kısalmasını sağlayacak bir yöntem kadının doğum deneyimini daha olumlu hale getirebilecektir (Avcıbay 2009; Mucuk 2010).

### **Araştırma sonunda elde edilen bulgular 5 başlık altında tartışıldı.**

1. Gebelerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerin incelenmesi (Tablo 4-1)
2. Gebelerin tıbbi ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların incelenmesi (Tablo 4-2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)
3. Gebelerin doğum sürecine ilişkin bulguların incelenmesi (Tablo 4-11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)
4. Gebelerin doğum sonrasına ilişkin bulguların incelenmesi (Tablo 4-23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31)
5. Gebelerin algıladıkları ağrı (VAS) puan ortalamalarının bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin bulguların incelenmesi (Tablo 4-32, 33, 34, 35, 36, 37, 38)

### **5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi**

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalamaları incelendiğinde, deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu, büyük çoğunluğun 20-24 (%38,6) ve 25-29 (%35,3) yaş aralığında yer aldığı ve istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında gebe yaşı açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ , Tablo 4-1).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008) verilerine göre; Türkiye genelinde en yüksek doğurganlık hızının 20-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir (TNSA-2008). Araştırmamızdan elde edilen bulgular, TNSA 2008 verileri ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin öğrenim durumlarına bakıldığında, %45,5'inin okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu, %23,9'unun lise ve üzerinde eğitim aldığı, %9,1'inin ise okur-yazar olmadığı belirlendi (Tablo 4-1).

TNSA 2008 verilerine bakıldığında, ülke genelinde kadınların %18'inin hiç okula gitmediği, %21'inin ise lise ve üzerinde eğitim aldığı, İstanbul bölgesi incelendiğinde ise, kadınların %12,2'sinin ilköğretimi bitirmediği, %60,2'sinin ilköğretim %27,5'inin lise ve üzeri bir okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucumuz, İstanbul bölgesindeki kadınların eğitim düzeyi ile karşılaştırıldığında, genel anlamda uyumlu olmasına karşın, lise ve üzeri eğitim alma oranı daha düşük bulundu. Bu durum, çalışmanın yapıldığı hastanenin sosyo-ekonomik seviyesi düşük ve orta olan gebeler tarafından tercih edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Gebelerin ağırlıklı olarak çalışmadıkları (%83) ancak sosyal güvence durumları incelendiğinde tamamına yakınının (%98,8) sosyal güvenceye sahip olduğu görüldü (Tablo 4-1).

TNSA-2008 verilerine göre, 12 aylık süre içinde çalışan kadın oranının %31 olduğu, kadınların %82'sinin bir sağlık sigortasına sahip olduğu görülmektedir. Bu verilerin çalışmamızdaki çalışan kadın oranından yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise, gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmaması olabilir.

Ersanlı (2007), Öztürk (2006), Berkiten'in (2005), Karakaplan'ın (2007) yaptıkları çalışmalarda gebelerin çoğunlukla ev hanımı olduğu bildirilmiştir. Mamuk'un (2008), Yeşilçiçek Çalık (2010) çalışmalarında; gebelerin büyük çoğunluğunun herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu bildirilmiştir. Bulgularımız bu çalışma örnekleri ile benzerlik göstermekle birlikte, kadınların sosyal güvenceye sahip olma durumu ile çalışma oranı sonuçları çelişmektedir. Bu durumun gebelerin sahip oldukları sosyal güvencenin, eşlerinin sosyal güvencesinden ya da araştırmanın yapıldığı tarihte, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu"nun 67. maddesi gereğince, devlet hastanesine başvuran ve herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan gebelerin her türlü girişim, muayene ve doğumundan ücret alınmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya alınan gebelerin doğum yerlerinin çoğunlukla Güneydoğu Anadolu bölgesi ve Doğu Anadolu Bölgesi olduğu belirlendi (Tablo 4-1). Bu sonuçların diğerlerinden farklı olmasının nedeni hastanenin bulunduğu bölgenin Türkiye'nin Doğu Bölgesindeki illerinden çok fazla göç alıyor olması olabilir.

## 5.2. Gebelerin Tıbbi ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda, deney ve kontrol grubundaki gebelerin çoğunlukla dismenore yaşadığı ve bu gebelerin çoğunlukla ağrı kesici bir ilaç kullandığı saptandı. Yapılan istatistiksel analizde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4-2).

Phumdoung ve Good'un (2003) yaptıkları çalışmada, örneklem grubundaki gebelerin %61'inin ağrılı menstrasyon yaşadığı belirtilmiştir. Chen ve Chen'in (2004) çalışmasında, ABD'de adölesanlar ile yapılan çalışmalarda, dismenore görülme oranı %42 olarak saptanmıştır. Dismenoresi olanların %33'ünün orta şiddette, %25'inin de şiddetli olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde Erenel ve Şentürk'ün (2007) yaptığı "Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile baş etmeye yönelik uygulamaları" çalışmasında dismenore sıklığının %86.9 olduğu ancak, dismenore yaşayanların %87.2'sinin tıbbi yardım almadığı görülmüştür. Araştırma bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelik sayısı, düşük/küretaj oranları ile ortalama doğum aralığının her iki grupta da istatistiksel olarak benzer olduğu görülmektedir (Tablo 4-3).

TNSA-2008 verilerine göre; Türkiye'de ortalama bir kadın başına 2,1 çocuk düşmektedir, İstanbul bölgesinde ise özel doğurganlık hızı 1.78'dir. 100 gebelik için istemsiz düşük oranı % 20,4, isteyerek düşük oranı ise %22,1 olarak gösterilmiştir.

Kadının sahip olduğu çocuk sayısı ile isteyerek düşük yapma sıklığı arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Bulgularımız TNSA-2008 verileri ile karşılaştırıldığında düşük/küretaj oranlarının düşük bulunması, gebelerin yarısının ilk doğumunun olmasından ya da gebelerin küretaja bakış açılarından kaynaklanıyor olabilir.

Multipar gebelerin %61,4'ünün bir önceki doğumunun, epizyotomili vajinal doğum şeklinde olduğu, %68,2'sinin doğumunu devlet hastanesinde yaptığı saptandı (Tablo 4-3). Deney ve kontrol grubundaki gebeler, önceki doğumunun şekli ve doğumu yaptığı yer açısından benzer bulundu ( $p>0.05$ ).

TNSA 2008 verilerine göre, gebelerin %89,7'sinin bir sağlık kurumunda doğum yaptığı ve doğumların %63,7'sinin normal doğum şeklinde bu doğumların da %64,1'nin doktor yardımıyla gerçekleştiği şeklinde bildirilmiştir. Hastanede ve doktor kontrollü

doğumların fazlalığı; İstanbul'da her çeşit gelir düzeyine hitap eden hastanelerin çokluğu, gebelerin neredeyse tamamının sosyal güvenceye sahip oluşu ve devlet politikası gereği, gebeler hastane doğumlarını tercih etmektedir. Doğumu yaptıran kişinin çoğunlukla doktor olması ise doğumhanelerde sorumluluğun kadın doğum hekimlerine ait olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin ilk kez gebe kaldıkları yaş ortalamalarına bakıldığında  $21,11 \pm 3,83$  olduğu, multipar gebelerin son gebeliği ile şimdiki gebeliği arasındaki süre ortalamalarının ise  $48,18 \pm 31,85$  ay olduğu saptandı.

TNSA 2008 verilerine göre ortanca ilk gebelik yaşı 22,3 tür. İstanbul ilinde yaşayan kadınların gebelikleri arasındaki süre ise ortalama 53,0 aydır. Çalışmamızın ilk gebelik yaşı sonuçlarıyla TNSA 2008 verileri benzerlik göstermekle birlikte, doğum aralığının bizim çalışmamızda daha kısa bulunması, sosyo ekonomik düzeyi düşük olan gebelerin doğum kontrol yöntemlerini etkili kullanamıyor oluşu olabilir.

Dünyada her bir dakikada 380 kadın gebe kalmakta olup, bu gebeliklerden 190'ı planlanmamış ya da istenmeyen gebeliktir (Ersanlı 2007). Tablo 4-4'de gebelerin %80,7'sinin isteyerek gebe kaldığı görülmektedir. Öztürk (2006), Mucuk (2008), Demiryay (2006), Avcıbay (2009)'ın yapmış oldukları çalışmalara göre gebelerin şimdiki gebeliklerini isteme oranı sırasıyla %78, %75,8, %91,7, %81,6' dır. TNSA-2008 verilerine göre hiç çocuğu olmayan kadınların %71,6'sı hemen çocuk sahibi olmayı isterken, 15-49 yaş arasındaki kadınların % 11,5'i çocuk sahibi olmayı hemen istiyor. Bulgularımız yukarıda verilen çalışma örnekleri ve TNSA-2008 verileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %60,2'sinin gebeliğinde problem yaşadığı, bu gebelerin de %84,9'unun bulantı-kusma problemi, %16,9'unun ise idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı belirlendi (Tablo 4-4).

Öztürk'ün (2006) yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin gebeliğe ilişkin problem yaşama durumu ve yaşadıkları problem türleri incelendiğinde; %85,3'ünün gebeliklerinde problem yaşadığı ve büyük çoğunluğunun (%60,1) bulantı-kusma, %22,5'inin idrar yolu enfeksiyonu şikayetleri yaşadığı saptanmıştır. Yeşilçiçek Çalık'ın (2010) yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin %75 i gebeliğinde problem yaşamış. Bu problemlerin en başında bulantı-kusma (%54) geliyor. Gebelikte ilk trimesterde bulantı ve kusma %50-70 oranında, idrar yolu enfeksiyonu ise tüm gebeliklerin %17-20' sinde

görülmektedir. (Yeşilçiçek Çalık 2010) Bulgularımız yukarıda verilen çalışma örnekleri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, gebelerin %18,2'sinin şimdiki gebeliğinde sigara kullandıkları, bu gebelerin günlük ortalama sigara içme sayısının ise  $5,07 \pm 2,94$  adet olduğu saptandı (Tablo 4-5).

TNSA 2008 verileri, ülkemizdeki kadınlar arasında sigara içme oranının %22, günlük ortalama sigara tüketimi 10,5 adet olduğunu, İstanbul'da kadınların %29,5' unun ve gebe kadınların %11,4'ünün, emziren kadınların %17'sinin sigara içtiğini göstermektedir. Gebelik döneminde sigara içilmesi ile ilgili bulgumuz bu verilerle benzerlik göstermektedir.

Gebelikte annenin mineral gereksinimleri artar ve bu ihtiyacı karşılayabilmek için vitamin/demir desteğine başvurmak gerekebilir. Çalışmamızda, gebelerin gebelik süresince ilaç kullanma oranlarının %86,4 olduğu, ilaç kullananların ise %90,8'inin demir/vitamin ilacı kullandığı görülmektedir. Gebelerin ilaç kullanma durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4-5).

Öztürk'ün (2006) yapmış olduğu çalışmadaki gebelerin %91,3'ünün gebeliklerinde ilaç kullandığı ve %79,4'ünün vitamin ve demir preparatı kullandığı belirlenmiştir.

Sözeri ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında gebelerin %61 inin gebelik süresince demir preparatları, %71,6'sının vitamin ilaçları kullandığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermekle birlikte bizim çalışmamızda demir ve vitamin kullanım oranı daha yüksek bulundu. Gebelikte vitamin, demir kullanımının yüksek olmasının doğum öncesi kontrollere gitme sıklığı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca günümüzde, geçmiş yıllara oranla demir kullanımına yönelik eğitim çalışmalarının daha çok yapılıyor oluşu, sağlık bakanlığının anne ve bebek sağlığı açısından "anemi"yi önlemek amacıyla demir ve vitamin kullanımını desteklemesi, çalışmaya katılan gebelerin tamamının doğum öncesi bakım hizmeti almış olması, çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip olması bu durumu olumlu yönde etkilemiştir.

Gebelerin laboratuvar bulgularına bakıldığında, kan şekeri ortalamaları  $90,03 \pm 17,11$ , hemoglobin ortalamaları  $11,41 \pm 1,49$ , hematokrit ortalamaları ise  $35,45 \pm 4,19$  olduğu görüldü (Tablo 4-6).

Gebelikte hemoglobin değerinin 11g/dl'nin, hematokrit değerinin %34'ün altında olması, anemi olarak tanımlanır. Gebelikte anemi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde sık karşılaşılan bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünyada gebelikte anemi prevalansı %55'tir. Maternal mortalitenin %15-20'sinden sorumlu olan anemi, gebelik komplikasyonlarının hazırlayıcı etkeni olmasının yanı sıra, doğumda kanama ve enfeksiyon riskini artırır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve UNİCEF'in ortaklaşa gerçekleştirdiği çalışmada, anemi insidansı %74 olarak belirlenmiştir. Bölgelere göre gebelikte anemi görülme sıklığı ise, Karadeniz Bölgesi'nde % 95, Marmara Bölgesi'nde % 66 olarak bildirilmiştir (Davas ve ark. 2008; Karahan 2010). Bizim çalışmamızda gebelerin hemoglobin ve hematokrit değerleri ortalamaları anemi için sınırda bulundu.

Gebelerin özellikle arkadaş, anne ve yakın çevredeki kişilerin doğum deneyimleri ve bunu ifade etme şekilleri gebelerin doğum eylemi hakkındaki beklentilerini önemli düzeyde etkilemektedir. Çalışmamızda gebelerin, başka doğum yapan kadınların doğum deneyimlerini dinleyip dinlemedikleri değerlendirildiğinde, "normal doğum çok kötü" (%30,7), "hastane/çalışanların davranışları kötü" (%19), "normal doğum iyi" (%12) şeklinde deneyimler duyduğu, %17'sinin ise daha önce çevresinden doğum deneyimi duymadığı saptandı (Tablo 4-7).

Gebelerin çevresinden duyduğu doğum deneyimlerine bakıldığında, normal doğum çok kötü, hastane ve çalışanların davranışları kötü diye duyanların hastaneye bir önyargıyla ve endişe haliyle geldikleri düşünölmektedir. Gebe kadınların korku ve endişelerini kulaktan dolma bilgilerle çözmeye çalışması onu daha çok ruhsal bunalıma iter. Gebelerin doğum öncesi eğitim almaması da bu önyargıları arttırmaktadır. Gebelere hastaneye geldiğinde yapılan işlemler hakkında açıklama yapmak, normal doğum konusunda kısa bir bilgi vermenin bu endişeyi azaltacağı düşünölmektedir.

Çalışmamızda gebelerin %69,3'ünün doğum konusunda yeterli/kısmen bilgisinin olduğu, doğum konusunda bilgisi olanların bu bilgiyi, önceki deneyimlerinden (% 62,2), arkadaşından (%40,9) ve sağlık personelinden (%14,7) aldığı göröldü (Tablo 4-7).

Ersanlı'nın (2007) yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin %27,5'inin doğum konusunda bilgisi var, bunlarında %30'unun bu bilgiyi sağlık personelinden aldığı görölmektedir. Avcıbay'ın (2009) çalışmasına göre ise gebelerin %46,7'sinin bu bilgiyi

sağlık personelinin aldığı görülmektedir. Bu verilerle bizim bulgularımız karşılaştırıldığında, gebelerin doğum konusundaki bilgisi çalışmamızda yüksek bulunmuş olup bunun nedeninin bizim çalışmamızdaki multipar gebelerin önceki deneyimlerini de bilgi olarak değerlendirmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna rağmen, sağlık personelinin bilgi alma oranının az olmasının nedeni çalışmanın yapıldığı hastanede doğum ile ilgili gebeye eğitim verilmiyor olması ayrıca gebelerin gebelik kontrollerine düzenli gitmelerine karşın, bu kontroller sırasında sağlık personelinin gebeye yeterince doğum konusunda bilgi vermiyor olması olabilir. Gebe doğum hakkında ne kadar çok bilgi alırsa, doğuma adaptasyonu o kadar kolay olur ve iletişim problemi yaşamaz.

Tablo 4-8’de, gebelerin çoğunluğunun (%87,5) kendisini doğum için hazır/kısmen hazır hissettiği görüldü. Gebelerin %54,5’inin şimdiki gebeliğinde doğum kararını doktorun verdiği, kendisinin doğum tercihi sorulduğunda ise %35,2’sinin sezaryenle doğumu istediği görülmektedir (Tablo 4-8).

Ersanlı’nın (2007) yapmış olduğu çalışmada gebelerin %70,5’inin kendisini doğuma hazır hissettiği görülmektedir ve bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere ilişkin çalışmalarda, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi ve böylece doğum ağrısından korkmaları gibi faktörlerden söz edilmektedir. Vatansever ve Okumuş’un (2013) çalışmasına göre gebelerin %77,3’ü normal doğum yapmak istediği, Bektaş’ın uzmanlık tezine göre gebelerin %15,9’unun sezaryen istediği, Uçum, Kitapçoğlu ve Karadeniz’in (2010) yapmış olduğu çalışmaya göre ise kadınların %33,1’inin sezaryen istediği ve %57,1’ine doğum yöntemini doktorun önermiş olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların verileri ile bizim çalışmamızın verileri benzerlik göstermektedir.

Doğum eylemi yaklaşan kadınların en temel korkularından biri doğum ağrısıdır. Doğum korkusu yaşayan kadınların doğum sırasında hissettikleri ağrı daha fazladır. Tablo 4-8’de gebelerin doğumla ilgili düşüncelerine bakıldığında, %37,5’inin sancı ve dikişlerden korktuğu görülmektedir. Bu konuda, deney ve kontrol gruplarının, “Önceki deneyim zor olduğundan zor olacak”, “doğuramamaktan/uzun sürmesinden korkuyorum”, “bebeğime ve bana bir şey olur diye korkuyorum” ve “bilmediğimden korkuyorum” diyenlerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

gözlenmediği görülmektedir. Ancak, deney grubunun %22,7'si “doğumun çok güzel bir şey” olduğunu düşünürken, kontrol grubunun ise sadece %6,8'i “doğumun çok güzel bir şey” olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Deney grubunun eylemin başındaki bu düşüncesi dikkat çekicidir.

Ersanlı'nın (2007) yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin doğumdan korkma nedenleri; sancıdan/acı çekmekten, bağırarlardan/sağlık personelinin vereceği tepkiden, ilk olduğundan/bilmediği için korktukları yönündedir. Yeşilçiçek Çalık'ın (2010) çalışmasında gebelerin %43,5'inin ağrı çekmekten,%28,3'ünün doğuramamaktan korktuğu görüldü. Fisher ve arkadaşlarının (2006) Avustralyada 22 gebe ile görüşerek yaptıkları çalışmada gebelerin en fazla doğum ağrısından ve kontrolünü kaybetmekten korktukları belirlenmiştir. Bulgularımız bu çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir. Gebelerin doğum öncesi bakım alma oranlarının yüksek olmasına rağmen, doğuma yeterince hazırlanamadıkları ve eğitim alamadıklarından dolayı doğum korkusunu yaşadıkları düşünülebilir. Gebelerin, doğum konusundaki yetersiz bilgileri, sağlık personelinin ne yaptığını, ne için yaptığını tam olarak anlamamaları nedeni ile de gebeler doğumdan korkmuş olabilir. Doğum sırasında yapılanlar ve olacaklar konusunda gebeyi bilgilendirmek, ekibin bir parçası olarak kendine düşenler konusunda bilgilendirilip usulüne göre uygulanmasını sağlayacak beceri oluşturmak ve gebenin bedensel/ruhsal yönden desteklenmesi korkuyu azaltmayı sağlamaktadır.

Tablo 4-9'da gebelerin doğum öncesi bakım alma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Gebelerin tamamının gebeliğinde kontrollere gittiği ve gidilen kontrol sayısı ortalamasının  $8,54 \pm 2,84$  olduğu ve %95,5'inin gebeliğinde doğumla ilgili bir eğitim almadığı saptandı.

TNSA-2008 verilerine göre gebelerin %92'si (İstanbulda %95,7) doğum öncesi bakım almakta, bu gebelerin %73,7'si gebeliğinde ortalama 4 kez ve üzerinde kontrole gitmektedir. Doğum öncesi bakımı ise genelde doktorlar yapmakta, %2,5'ini ebe yapmaktadır. Kaya ve Serin'in (2008) ve Mamuk'un (2008) araştırmalarına bakıldığında, gebelerin büyük çoğunluğunun prenatal bakım aldığı görülmektedir. Avcıbay'ın (2009) yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin doğum öncesi kontrollerine gitme oranı %93,3, bu gebelerin % 12,5'i özel hastaneye gitmiştir. Yine aynı çalışmaya göre; doğum öncesi eğitim alma oranı %46,7, bu eğitimin %57,2'sini yapan kişi ise hemşire/ebedir. Araştırmamızın verileri ile literatürdeki veriler benzerlik göstermekle



birlikte gebelerin doğum öncesi kontrole gitme sıklığının yüksek olmasına rağmen, yeterli doğum öncesi eğitim almadıkları görülmektedir. Bu durum, ülkemizde doğum öncesi eğitim sınıflarının oldukça sınırlı sayıda olmasından ve sağlık personelinin kontroller sırasında bu durumu göz ardı etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Doğumda anne adayının sevdiği birisiyle desteklenmesinin anne ve bebek sağlığı açısından çok önemli yararları vardır. Doğumda destek olunan gebelerin, olunmayan gebelere oranla daha az sezaryena ihtiyacı olur, doğumda vakum veya forseps uygulaması azalır, ağrı kesiciye olan ihtiyaç azalır, doğuma ilişkin negatif duyguları daha azdır, doğumda desteğe doğumun erken evresinde başlanmak daha etkili ve faydalıdır (Coşar ve Demirci 2012). Çalışmamızda, gebelerin %83'ünün doğumunda bir yakınının yanında olmasını istediği ve bu gebelerin de %45,2'sinin eşini %24,6'sının annesini yanında istediği görülmektedir (Tablo 4-10). Ancak hastane kuralları nedeniyle hiçbir hastanın yanına kimse alınamadı. Günümüzde devlet hastanelerin doğumhanesine halen gebenin bir yakını alınamamaktadır.

Çalışma sonuçlarına göre, deney ve kontrol grubundaki gebelerin %62,5'inin doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini bilmediği, %28,4'ünün sadece solunum egzersizlerini bildiği görüldü. Elde ettiğimiz sonuçlara göre, gebeler ağrı ile baş etme yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip değildir (Tablo 4-10). Bu bulgu, Ersanlı (2007), Yıldırım (2001), Berkiten (2005), Avcıbay (2009) ve Yeşilçiçek Çalık'ın (2010) bulguları ile de benzerlik göstermektedir.

Gebelere şuanda yaşadığı ağrının nasıl bir ağrı olduğu sorulduğunda, %47,3'ünün "sırttan başlayıp karna yayılan" %23,8'inin ise "bele vuran, bazen de sırttan başlayıp karna yayılan" tarzda bir ağrı olduğu şeklinde tariflediği belirlendi. Callister ve arkadaşlarının (2003) "doğum ağrısında kültürel farklılığı incelemek" üzere yaptıkları çalışmada, katılımcıların batıcı, kramp şeklinde, keskin, bıçak saplanır gibi, şiddetli, yorucu, tüketici ve gergin ağrılardan bahsettikleri görülmektedir.

### **5.3. Gebelerin Doğum Sürecine İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Doğumun ilk evresi, düzenli aralıklarla gelen uterin kontraksiyonlarıyla başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Yapılan medikal girişimler ve kişisel farklılıklar nedeniyle birinci evrenin ortalama süresinde farklılıklar yaşansa bile doğum eyleminin en uzun aşamasıdır. Eylemin ikinci devresi ise serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Çoğu anne doğumun

ikinci devresini, doğumun en zor ve ağırlı dönemi olarak tanımlamaktadır. Anneler bu dönemde gücünün tükendiğini, yardımsız kaldığını ve kontrolünü kaybettiğini hisseder. Bu dönemlerde yapılan anneyi rahatlatıcı girişimler anne ve fetus sağlığı açısından oldukça önemlidir (Archie 2007; Taşkın 2005; Coşkun 2000; Kaufman ve ark. 2010).

Çalışmaya katılanların hepsi miadında ve gebelik haftası ortalaması  $38,8 \pm 1,04$  olan gebelerdir. Çalışma sırasında gebelerin takip edildiği travay odasındaki hasta sayısının ortalaması  $2,4 \pm 0,59$ 'dir (Tablo 4-11). Gebelerin takip edilmesi sırasında başka gebelerin de aynı ortamda bulunması, bazı gebeleri olumlu etkilerken, uyumsuz bir gebenin varlığında rahatsız olabilmektedirler. Yıldırım (2001) ve Kızılkaya'nın (1997) çalışmalarında çok sayıda gebenin bir arada bulunmasından dolayı gebelerin olumsuz etkilenecekleri belirtilmiştir. Travay odasının özelliği nedeniyle eylemin farklı evrelerinde olan gebelerin, aynı ortamda bulunmaları sonucunda, korku ve endişe düzeylerindeki artışın kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir (Avcıbay 2009).

Doğumda gebelere travayı hızlandırmak amacıyla bazı uygulama ve girişimler yapılır. Bu uygulama ve girişimler, travay sürecini olumlu/olumsuz olarak etkilemektedir.

Çalışmamızda gebelerin tamamının doğumun birinci evresinde aç bırakıldığı, %92'sine lavman uygulandığı, %76,1'ine indüksiyon (500 cc dextroz içinde 5 ü synpitan) uygulandığı, %46,6'sına ise amniyotomi yapıldığı görülmektedir (Tablo 4-11). Eylemde kadınların ağızdan gıda alımının tamamen durdurulması ya da sınırlandırılması, midenin boş olmasının sağlanacağı inancına dayanmaktadır. Boş bir mide, genel anestezi sonucunda oluşan kusma ve regürjitasyonu kompanse edici bir faktör olarak düşünülmektedir. Ürdün'de Al Olaimat tarafından yapılmış olan çalışmada, 390 kadının eylemde ağızdan sıvı ya da hafif gıdalar almalarına izin verilirken, kontrol grubuna alınan 1950 kadına göre ağızdan hiç bir şey verilmemiştir. Çalışmada izin verilen gruptaki kadınlarda eylemin ikinci evresinin süresinin, kontrol grubundaki kadınlara göre daha kısa sürdüğü saptanmıştır (Al Olaimat 2007). Eylemde gebelerin aç bırakılması gerektiğinde acil sezaryen durumuna bir önlem olarak görülmektedir. Ancak gebeler eylem sırasında harcadıkları fiziksel güç nedeniyle fazla miktarda kaloriye ihtiyaç duymaktadırlar. Lavman rektumun boşaltılmasını sağlayarak, fetal başın inişini kolaylaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Lavmanın travay süresine etkisini araştıran pek çok çalışma, travayı kısaltmada ve enfeksiyonu önlemede anlamlı

bir etkisinin olmadığı sonucuna varmıştır (Reivez, Gaitan ve Guervo 2007; Cuervo, Bernal ve Mendoza 2006). Lavmanın; kadın için hoş olmayan bir işlem olması, ağrının şiddetini arttırması ve etkinliğini gösteren kanıtlar olmaması nedeniyle rutin olarak uygulanması önerilmemektedir (Berghella, Baxter ve Chauhan 2008). Ancak bu literatüre rağmen bizim çalışmamızda lavman uygulaması oldukça yüksek bulunmuştur. Amniotomi, amniotik sıvıda mekonyum varlığını belirlemesi, kontraksiyonları arttırıcı etkisi nedeniyle sıkça uygulanmaktadır. Amniotominin travay süresini kısalttığını gösteren çalışmaların yanı sıra kordon sarkması ve enfeksiyona yol açtığını gösteren ve rutin olarak kullanımını önermeyen çalışmalar da vardır (Smyth, Alldred ve Markham 2007). Amniyotomi uygulama sıklığını Yıldırım (2005) %44, Karahan (2010) %14,7, Yeşilçiçek Çalık (2010) %8 olarak saptamıştır. Araştırmada amniotomi uygulanma sıklığının yüksek bulunmasının nedeni, doğum ekibinin hasta yoğunluğundan dolayı gebelerin travay sürelerini kısaltmak için bu uygulamaya sıklıkla başvurulmasına bağlanabilir.

Klinik uygulamada genellikle, travayı hızlandırılmak amacıyla, geleneksel olarak synpitan (oksitosin), epidosin, dolantin gibi ilaçlar uygulanmaktadır. Gebelerin %39,8'ine synpitan+epidosin'in (indüksiyon uygulaması+ 2 amp IV epidosin) beraber uygulandığı, %30,7'sine sadece synpitan (indüksiyon uygulaması) uygulandığı, gebelerin sadece %11,4'üne ise hiçbir ilacın uygulanmadığı belirlendi

Dünyada en sık kullanılan indüksiyon ajanı olan oksitosin, uterus düz kaslarında kontraksiyonları uyararak eylemi hızlandırmak amacıyla kullanılmaktadır. Doğumun indüksiyonu ve desteklenmesi için düşük veya yüksek doz olmak üzere 2 farklı tedavi rejimi vardır. Bizim çalışmamızda tüm gebelere yüksek doz uygulanmıştır. Yüksek doz rejiminde; indüksiyona 4-6 mU/dk'da başlanır. Her 15-30 dk'da 1 4-6 mU/dk doz artışı yapılır. Maximum doz net olmamakla birlikte 40 mU/dk'nın üzerine çıkılmaz (Yeşilçiçek Çalık 2010). Günümüzde, travay indüksiyon oranının %40 olduğu düşünülmektedir (Karahan 2010). Ülkemizde bir doğumevinde doğumların ikinci evrelerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, kadınların %92,5'ine oksitosin indüksiyonu uygulandığı belirtilmektedir (Şahin, Yıldırım ve Ergül 2007). Oksitosin indüksiyonunun etkilerini araştıran çalışmalarda, hiperstimüle kontraksiyonlar, uterus rüptürü, fetal distres gibi travayda acil sezaryen gereken durumlara yol açtığı da belirtilmektedir (Mamuk 2008; Rathfisch ve Güngör 2009; Alfirevic, Kelly ve

Dowswell 2009) Buna rağmen literatürde ve çalışmamızda indüksiyon oranı oldukça yüksektir. Travayı hızlandırılmak amacıyla, genel olarak indüksiyon uygulamasının yanı sıra epidosin, dolantin gibi ilaçlar da uygulanmaktadır. Karahan'ın (2010) yapmış olduğu çalışmaya giren gebelerin %49,3'üne epidosin uygulandığı, Tuğrul ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada ise travayda ilaç uygulanma oranını %48 olarak belirlemiştir. Travayda ilaç uygulanması ile ilgili çalışma bulgumuz, literatür ile uyumludur.

Rabl ve arkadaşlarının (2001) miadındaki gebelerde akupunkturun serviksin olgunlaşması, doğumun başlatılması ve böylece postterm indüksiyon ihtiyacının azaltılması üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada tahmini doğum tarihi dolan kadınların LI4 ve SP6 noktaları 2 gün ara ile uyarılmış ve serviksin durumu (silinme, dilatasyon, pozisyon, kıvam) değerlendirilmiştir. Sonuçta akupunktur grubunda, serviksin boyu tahmini doğum tarihinden sonraki 6. ve 8. günde kontrol grubuna göre daha kısa elde edilmiştir. Tahmini doğum tarihinden doğuma kadar geçen süre, akupunktur grubunda ortalama 5,0 gün, kontrol grubunda 7,9 gün olarak bulunmuştur. Tablo 4-12'de gebelerin hastaneye geldiğinde deney ( $3,38\pm 0,86$ ) ve kontrol ( $3,22\pm 1,09$ ) grubunun servikal dilatasyon ortalamasının araştırmaya alınma kriterlerine uygun olduğu görülmektedir. Gruplar arasında eylem ilerledikçe servikal dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda servikal silinme yüzdesine bakıldığında deney ve kontrol gruplarının sadece ilk uygulamadan sonraki silinme yüzdesi ortalaması deney grubunda  $69,54\pm 5,26$  kontrol grubunda ise  $66,59\pm 6,44$  olduğundan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görüldü ( $p=0,021$ ) (Tablo 4-12).

Bizim çalışmamızdaki gebelerin servikal silinme ve dilatasyonu hastaneye geldiğinde, ilk uygulama öncesi, ilk uygulama sonrası, ikinci uygulama öncesi ve ikinci uygulama sonrası değerleri karşılaştırıldığında; uygulama sırasında geçen süre nedeni ile bütün gruplarda artmış ve istatistiksel fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ) (Tablo 4-12). Bu durum doğumun spontan seyrine uyacak şekilde, kontraksiyon süre ve sıklığının artması ile gebelerin doğum süreçlerinin ilerlemesi, dilatasyon ve silinmelerinde artış olmasından kaynaklanmakta olup beklenen bir durumdur (Taşkın 2005; Mucuk 2008).

Doğum eyleminde gebenin ağrı algısının ve anksiyetesinin azaltılmasının fetal distresi önlediği bilinmektedir (Taşkın 2005). Çalışmamızda deney ve kontrol

gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonraki fetal kalp atımlarının ortalamalarında anlamlı bir farklılık gözlenmediği görülmektedir (Tablo 4-12). Bu durum yapılan uygulamanın fetal kalp sesi üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı anlamına gelmektedir. FKA normal değerleri 120/dk ile 160/dk olduğu göz önüne alındığında; her iki grupta da FKA problemlerinin yaşanmadığı; FKA değerlerinin travay süresince normal değerlerde olduğu görülmektedir.

Gebenin doğumdaki ağrıyı algılama derecesi uterin kontraksiyonlarının süre, sıklık ve şiddeti ile beraber değişmektedir. Tablo 4-13'de gebelerin hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonra kontraksiyon sıklığı ve kontraksiyon şiddeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmediği görülmektedir ( $p>0,05$ ). Öztürk (2006) ve Mucuk (2008) yapmış oldukları çalışmalarda LI4 noktasına buz uygulaması veya uyarı yapılması sonucunda kontraksiyon süre ve şiddetinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat Chung ve arkadaşlarının (2003) LI4 noktasına akupresür uygulayarak yapmış oldukları bir çalışmada ise akupresür grubu ile diğer gruplar arasında kontraksiyonların sıklığı, süresi, şiddeti açısından istatistiksel düzeyde farklılık olmadığı bulundu.

Mucuk'un (2008) LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada gruplar arasında sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmazken, bizim çalışmamızda ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. saatteki sistolik kan basıncı ortalamaları, deney grubunda kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulunduğu görülmektedir ( $p=0,025$ ,  $p=0,039$ ). Yine aynı şekilde ilk uygulama sonrası diastolik kan basıncı ortalamaları deney grubunda kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulunduğu görülmektedir ( $p=0,015$ ) (Tablo 4-14). Kan basıncındaki farklılığın deney grubunda daha düşük olmasının nedeni yapılan uygulamanın rahatlatıcı etkisinden, uygulama sırasında gebenin yanında olunmasından, gebenin kendisini güvende hissetme duygusundan da kaynaklanıyor olabilir.

Doğum, ağrı ve anksiyeteye birlikte kadınların oksijene olan gereksinimini artırmaktadır. Kadın bu süreçte daha fazla oksijen alabilmek ve fazla miktardaki karbondioksiti atabilmek için daha hızlı solunum yapmaktadır. Mucuk'un (2008)

yapmış olduğu çalışmaya göre kontrol grubunun kalp atım hızı uygulama grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise deney ve kontrol grubunun ikinci uygulama sonrasında nabız ortalamalarının ikinci uygulama öncesinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğu ve gruplar arasında istatistiksel bir fark olmadığı görülmektedir ( $p=0,008$ ;  $p=0,001$ ) (Tablo 4-15). Gebelerin vücut sıcaklıklarına bakıldığında ise, ilk uygulama sonrası ve doğum sonrası deney grubunun vücut sıcaklığı ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,029$ ;  $p=0,009$ ) (Tablo 4-15). Yapılan uygulamanın vücut sıcaklığı üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin eylem ilerledikçe daha şiddetli ağrı hissettikleri görülmektedir (Tablo 4-16) Gebelerin hastaneye geldiklerinde algıladıkları ağrının puan ortalamasına bakıldığında, deney grubundaki gebelerin VAS 1 puan ortalaması  $3,42\pm 1,51$ , kontrol grubundakilerin  $3,52\pm 1,6$ 'dır. Servikal dilatasyon 4-5 cm olduğunda ilk uygulama öncesi değerlendirilen VAS 2 puan ortalamaları deney grubunda  $4,65\pm 1,36$ , kontrol grubunda  $4,88\pm 1,37$ 'dir. Burada her iki grup arasında farklılığın olmaması gebelerin henüz eylemin başlangıcında ve hiç uygulama yapılmadan önce değerlendirilmiş olmasına bağlanabilir. Gruplar arasında farklılık olmaması beklenen bir sonuçtur. Uygulama başlangıcından sekiz kontraksiyon sonrası değerlendirilen VAS 3 ortalaması deney grubunda  $3,77\pm 1,3$  iken, kontrol grubunun ise  $6,22\pm 1,14$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p=0,0001$ ). Servikal dilatasyon 7 cm olduğunda ikinci uygulamadan önce değerlendirilen VAS 4 ortalaması deney grubunda  $7,37\pm 1,11$ , kontrol grubunda  $7,68\pm 0,85$ 'dir. VAS 4 puan ortalaması bakımından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). İkinci uygulama başlangıcından sekiz kontraksiyon sonrası değerlendirilen VAS 5 ortalaması deney grubunda  $7,57\pm 1,27$  iken, kontrol grubunun ise  $8,61\pm 0,71$ 'dir. Gruplar arasında ağrı puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu görülmesine rağmen ( $p=0,0001$ ) iki grup içinde doğum ağrısı algısının azalmasında önemli bir farkın olmadığı görülmektedir. Bu durum; gebenin bu evrede doğum ağrısını idare edilemeyecek kadar yoğun bir ağrı yaşamasıyla açıklanabilir. Bebeğin başının pelvise yerleşmesi ile çevre doku ve organlara baskısı sonucu doğum ağrısının karakterinin değişmesiyle bu dönemde yapılan akupresürün etkisinin azaldığı görülmektedir. Doğum sonrası 2. saatte değerlendirilen VAS 6 ortalaması deney grubunda  $0,58\pm 0,38$ , kontrol

grubunsa  $0,62 \pm 0,4$ 'dir (Tablo 4-16). VAS çalışmamızda da görüldüğü gibi doğum eyleminin latent fazı ve aktif fazının başlarında düşük, daha sonrasında ve geçiş fazında ise yüksek olarak bulunmuştur.

Baker ve arkadaşlarının (2001) anneler ile ebelerin algılanan doğum ağrısı düzeyini belirlemek için yaptıkları çalışmada, gebelerin doğumun ikinci evresinde belirlenen ağrı algı puanları ile birinci evre arasında farklılık saptanmıştır. Chung ve arkadaşlarının (2003) yapmış oldukları çalışmada, akupresür grubu gebelerde doğumun aktif fazında belirlenen ağrı puanları bakımından gruplar arasında fark bulunmuştur. Ancak, doğumun diğer fazları bakımından farklılık bulunmamıştır. Kashanian ve Shalali'nin (2010) çalışmasında SP6 noktasına akupresür uygulamanın doğum ağrısı VAS puanını düşürdüğü belirlenmiştir. Waters ve Raisler (2003), Öztürk'ün (2006) yaptıkları çalışmalarda, gebelerin LI4 bölgesine yapılan buz uygulamasının doğum ağrısını algılamada etkili bulunmuştur. Chung ve arkadaşlarının (2003) yapmış oldukları çalışmada LI4 ve BL67 noktasına akupresür yapılan grupla kontrol ve efloraj grupları arasında aktif fazdaki VAS puanlarında farklılık saptanmıştır. Ancak üç grup arasında latent ve geçiş fazındaki VAS puanlarında anlamlı düzeyde farklılık oluşmadığı ifade edilmiştir. Lee, Chang, Kang'in (2004) yapmış olduğu çalışmaya bakıldığında SP6 noktasına akupresür yapılan grubun uygulama sonrası, 30. ve 60. dakikadaki VAS puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir. Skilnand, Fossen, Heiberg (2002) çalışmasında da, ağrı puanları akupunktur uygulanan grupta anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Kim ve arkadaşları (2002) Lee ve arkadaşları (2002) Ozgoli ve arkadaşları (2010) Yeşilçiçek Çalık (2010) ve Mucuk'un (2010) akupresürün doğum ağrısıyla ilişkisine baktıkları çalışmalarında akupresür uygulanan grubun ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir. Bizim çalışma sonuçlarımız ile literatür bilgileri benzerlik göstermektedir.

Bu çalışma sonuçlarına dayanarak, akupresür uygulamasının eylem boyunca gebenin fiziksel ve psikolojik olarak rahatlamasını, eyleme daha iyi uyum göstermesini ve doğum eyleminde gebenin ağrısı daha hafif algılamasını sağladığından doğum ağrısı ile baş etmede etkin ve kullanışlı olduğu söylenebilir.

Gebelerin eylem boyunca doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini kullanma oranlarına bakıldığında; hastaneye geldiğinde yatışı yapılan gebelerin genelde doğum

hakkında soru sordukları ve baş etme yöntemlerini kullanmada gruplar arasında fark olmadığı görülmektedir. İlk uygulamadan önce deney grubunun %9,1 (4 kişi) “ajite ve ağlama” gösterirken kontrol grubunda ise bu görülmemektedir. Bunun nedeninin ise deney grubundaki ajite ve ağlayan gebelerin o anda travay odasındaki diğer gebelerden etkilenmesi olarak düşünülebilir. İlk uygulamadan sonra deney grubundaki gebelerin “kendisine masaj uygulama” yı kullanması 21 (%47,7) gebede görülürken, kontrol grubunda hiç görülmemiştir (p=0,0001). Aynı şekilde ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonra da “kendisine masaj uygulama” deney grubunda 25 (%56,8) ve 7 (%15,9) gebede görülürken, kontrol grubunda görülmemiştir (p=0,0001). Bu sonuçlarda da görüldüğü gibi akupresürün etkili olduğunu düşünen gebelerin uygulama sonrasında kendi ellerine akupresür uygulamaya çalıştıkları görülmüştür. Yine ilk ve ikinci uygulamadan sonra deney grubundan 12 (%27,3) gebe “yataktan kalkmak” isterken kontrol grubundan 21 (%47,7) gebe istemiştir. Yıldırım (2001) çalışmasında gebelerin hareket kısıtlamasını kaldırmanın gevşeme ve daha sakin olma konusunda etkili olduğunu belirtmiştir. Literatüre göre, gebe için herhangi bir sınırlama olmadığı sürece hareket kısıtlaması getirilmemesi uygun olur. Gebelerin istedikleri, rahat edebildikleri pozisyonu almaları, gevşemelerine yardımcı olacaktır (Avcıbay 2009).

İkinci uygulamadan sonra deney grubunda 6 (%13,6) gebede “ajite ve ağlama” görülürken, kontrol grubunda 15 (%34,1) gebede görülmüştür. (p=0,024). Deney grubundaki gebelerin eylem ilerledikçe kontraksiyonlarının artmasına rağmen kontrol grubuna göre daha çok sakin kaldığı görülmektedir. Yine ikinci uygulamadan sonra deney grubunda “doğum hakkında soru” soran 5 (%11,4) gebe varken kontrol grubunda 13 (%29,5) gebe vardır (p=0,034) (Tablo 4-17).

Kadınlar doğum ağrısı ile ilgili farklı fiziksel ve psikolojik etkilere maruz kalırlar fakat her kadının bu etkilere gösterdiği tepki farklıdır. Hasta olmak ve hastaneye yatmak bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkiler, kaygı ve endişelerini artırır, her zamanki dengesini bozabilir. Bu yüzden her gebenin anlayışı, gereksinimleri ve tepkileri de farklı olacaktır. Araştırma kapsamında gebelerin doğum eyleminde gösterdikleri davranışlar incelendiğinde; literatürde belirtilen tepkileri göstermiş oldukları görülmektedir. Bu belirtilerden; sakin görünüm, korku ifadesi, heyecanlı görünüm, (pubil dilatasyonu, solunum ve nabızda artma), huzursuz (aşırı el hareketleri, göz kaçınımları) ağlama, yakınma, çığlık atma, dudak ısırma, avuç sıkma/herhangi bir



şeyi sıkma, yalnız kalmak istememe, iletişimden kaçınma, mahremiyetin azalması (üzerini açması, açılması ve bu duruma aldırış etmemesi) gibi belirtiler doğum eylemi boyunca değerlendirilmiştir (Yeşilçiçek Çalık 2010; Ersanlı 2007).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin hastaneye geldiğinde gösterdikleri davranış dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ( $p>0,05$ ). İlk uygulamadan önce gebelerin gösterdiği davranışlar incelendiğinde; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla özellikle “huzursuzluk/yüz ifadesinde değişiklik” ve “avuçlarını veya herhangi bir şeyi sıkma/ dudaklarını ısırma” davranışları daha sık görülmüş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,048$ ;  $p=0,013$ ). “Sessizce ağlama” davranışı ise deney grubunda (%13,6), kontrol grubundan (%2,3) daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,048$ ). İlk uygulamadan sonra deney grubunda “sessiz ve sakin/iletimden kaçınan” 7 (%15,9) gebe varken kontrol grubunda bulunmamaktadır. Deney grubunda “huzursuzluk /yüz ifadesinde değişiklik” olan ve “ses çıkarma/inleme” davranışı gösteren gebelerin sayısı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunduğu görülmektedir ( $p=0,024$ ;  $p=0,002$ ). İkinci uygulamadan önce gebelerin gösterdiği davranışlara bakıldığında; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla özellikle “bulantı-kusma” “ses çıkarma/inleme” ve “muayeneye izin vermeme” davranışları daha sık görülmüş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,013$ ,  $p=0,02$ ;  $p=0,041$ ). Gebelerin gösterdiği davranışlara ikinci uygulamadan sonra bakıldığında ise; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla özellikle “yüksek sesle ağlama/çığlık atma” ve “kendine zarar verecek davranışlarda bulunma” davranışları daha sık görülmüş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,01$ ;  $p=0,048$ ) (Tablo 4-18).

Yıldırım’ın (2001) yapmış olduğu çalışma incelendiği, aktif fazda “yüksek sesle ağlama”, “yüz ifadesinde değişiklik”, “yakınma”, “çığlık atma”, “korku ifadesi”, “duyarlılık”, “herhangi bir şeyi sıkma”, “huzursuzluk” ve “avuçlarını sıkma” yönündeki davranışların deney grubu gebelerde daha az olduğu görülmektedir. Özer (2004), Öztürk (2006) ve Yeşilçiçek Çalık’ın (2010) çalışmalarının sonuçlarında da nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin anksiyete ve davranış tepkileri üzerine etkili olduklarını belirttikleri çalışma sonuçları ile çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Elde edilen bu sonuçlara dayanarak yapılan akupresür uygulamasının

doğum eylemine yönelik gösterilen davranışlarda ve ağrı ile başa çıkmada etkili olduğu düşünülebilir.

Doğum eyleminin 2. evresinde deney grubundaki gebelerin %63,6'sı söylenenleri uygulayıp etkin ıkınabilirken, kontrol grubundaki gebelerin %52,3'ünün söylenenleri uygulayıp etkin ıkındığı, kontrol grubunun %29,5'inin etkin ıkınması yetersiz ve söylenenleri uygulamada zorlandığı görülmektedir (Tablo 4-19). Bu durum deney grubunun bir araştırma içinde bulunuyor olması ve kendisini ekip içerisine dahil edilmiş gibi hissetmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Eylemde yaşanan obstetrik problemlere bakıldığında her iki grubun %93,2'sinde hiçbir problem yaşanmazken, deney grubunun %6,8'inde (3 kişi), kontrol grubunun %2,3'ünde (1 kişi) amniyotik sıvıda mekonyum varlığı; omuz takılması probleminin kontrol grubunun %4,5'inde (2 kişi) yaşandığı görülmektedir (Tablo 4-19). Gruplar arasında, eylemde obstetrik problem yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Gebelere doğumun 2. evresinde yapılan müdahalelerin dağılımına bakıldığında, epizyotomi oranı deney grubunda %54,5, kontrol grubunda ise %65,8 olduğu, gebelerin %27,3'üne indüksiyon, fundal basınç ve epizyotomi beraber uygulandığı, %11,4'üne ise hiçbir şey uygulanmadığı görülmektedir. Deney ve kontrol grubu arasında doğumun 2. evresinde yapılan müdahalelerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Epizyotomi, özellikle ilk doğumlarda bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve kadında perine ve vajen laserasyonlarını önlemek amacıyla sık uygulanan bir müdahaledir. Ancak Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Koleji (ACOG) iyi ve tutarlı bilimsel kanıtlara dayandırarak epizyotomi kullanımının sınırlandırılmasını önermektedir. Aynı zamanda DSÖ 1992'de rutin epizyotomi uygulaması terkedilmelidir diyerek bu görüşü güçlendirmiştir (Yeşilçiçek Çalık 2010). Öztürk'ün (2006) çalışmasına göre gebelerin %86,7'sinde epizyotomi/laserasyon görülmektedir. Karaçam ve Eroğlu'nun (2003) çalışmasında tüm doğumlarda epizyotomi uygulama oranını %64, primiparlarda %95, ikinci doğumunu yapanlarda %48 olarak bildirmişlerdir. Yeşilçiçek Çalık'ın (2010) çalışmasında tüm gebelerde epizyotomi oranı %86 olarak bulunmuştur. Literatüre rağmen, bu çalışma örnekleri ile bizim çalışmamız kadınların hala yüksek oranda epizyotomiye maruz kaldığını göstermektedir. 500 kadını içeren bir çalışmada,

şişirilebilir obstetrik kemer kullanılarak oluşturulan fundal basınç uygulanan ve fundal basınç uygulanmayan grup karşılaştırıldığında; spontan vaginal doğum insidansında benzerlik olduğu görülmüştür (Berghella, Baxter ve Chauhan 2008). Peyman ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada fundal basıncın doğumun ikinci evresinin süresine etkisinin olmadığı ve yenidoğan apgar puanını olumsuz etkilediği görülmektedir.

Tablo 4-20’de deney ve kontrol grubundaki her hastaya 30ü synpitan+ methergin (500 cc dextroz içinde 30 ü synpitan (IV) + 1 amp methergin IM) yapıldığı, kontrol grubunda bir hastaya ise bu tedavinin yanında rektal cytotec uygulandığı görülmektedir. Doğum sonrası yapılan girişimlere bakıldığında ise, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

Primiparlarda doğumun birinci aşamasının ortalama 6-12 saat, multiparlarda 6–8 saat olduğu bildirilmektedir. Literatürde ikinci devre süresine ilişkin tam bir fikir birliği olmamakla birlikte bu devrenin iki saatten uzun sürmesinin risk faktörlerini arttıracığı belirtilmektedir. Pek çok kaynak bu devrenin primipar kadınlarda ortalama 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda ise 5–30 dakika sürdüğünü bildirmektedir. (Taşkın 2005)

Tablo 4-21’de deney ve kontrol grubu arasında ikinci ve üçüncü evrenin süre ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Doğum eyleminin toplam süresi (servikal dilatasyon 4 cm olduktan sonra) ortalamasına bakıldığında ise, deney grubunun ortalama süresi ( $244,02\pm98,8$ , ~4 saat), kontrol grubundan ( $260,25\pm115,19$ , ~4 saat 30 dakika) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ( $p=0,038$ ). Mucuk’un (2010) LI4 ve SP6 akupunktur noktasına akupunktur kalemi ile yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisine bakmak amacıyla yapmış olduğu çalışmada, LI4 grubunun daha kısa sürede doğum yaptığı ve bunu sırasıyla SP6 ve kontrol grubunun izlediği saptanmıştır. Öztürk’ün (2006) çalışmasında, buz veya silikon uygulamasının travay süresine etkisine bakılmış, gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık olmamakla birlikte en kısa doğum süresinin buz uygulama grubunda olduğu saptanmıştır. Chung ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında kontrol, akupresür, efloraj grupları arasında doğum süresi açısından anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır. Skilnand ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu çalışmada ise akupunktur grubundaki gebelerin aktif fazlarının daha kısa sürdüğü bulunmuştur. Kashanian’ın (2010) ve Lee ve arkadaşlarının (2004)

çalışmalarında SP6 noktasına akupresür yapılan grubun doğum süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma bulguları ile çalışma bulgularımız benzerlik göstermektedir. Ancak bu sonuçlara rağmen, Bilgehan ve Akarcalı'nın (2002) TENS'in etkinliğini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada, doğum süreleri bakımından plasebo grubu ile TENS grubu arasında fark olmadığı, Ramnero, Hanson, Kihlgren'in (2002) çalışmasında ise kontrol grubu ile akupunktur grubu arasında fark olmadığı görülmektedir.

Tablo 4-22'de yenidoğanların ağırlık ortalamaları  $3256,7 \pm 385$  gr, boylarının ortalamaları  $51,02 \pm 1,61$  cm, baş çevrelerinin ortalamaları ise  $35,14 \pm 1,2$  cm olduğu görülmektedir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ). Chung ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada, yenidoğanların ortalama ağırlığı  $3168 \pm 378,6$  gr. olarak belirtilmiştir. Öztürk'ün (2006)  $3275,33 \pm 343,3$ , Yeşilçiçek Çalık'ın (2010)  $3224,60 \pm 273,44$ , Yıldırım ve arkadaşlarının (2006)  $3382 \pm 422,80$ , Mamuk'un (2008)  $3181,3$  gr., Kashanian ve Shahalı'nin (2009) çalışmasında ise yenidoğan ağırlığı  $3069 \pm 269$  gr. olarak bulunmuştur. Bulgularımız diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir.

Yenidoğanların birinci dakikadaki apgar puan ortalamalarının  $8,88 \pm 0,41$ , beşinci dakikadaki apgar puan ortalamalarının ise  $9,88 \pm 0,41$  olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu arasında yenidoğanın 1. dakika ve 5.dakika apgar puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ). Yapılan benzer çalışmalarda da yenidoğanların apgar puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır, ayrıca bu çalışma sonuçları yenidoğanın birinci ve besinci dakika apgar puanları ile benzerlik göstermektedir (Öztürk 2006; Chao ve ark 2007; Skilnand ve ark. 2002; Mamuk 2008). Bu durum yapılan uygulamanın yenidoğan apgar puanına etkisi olmadığını göstermesi bakımından önemlidir.

#### **5.4. Gebelerin Doğum Sonrasına İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Doğum sonrası dönemde, annede şiddetli titreme, susuzluk, açlık, yorgunluk, perinede sızlama ve ağrı vardır. Ebe bu dönemde anne bebek iletişimini sağlamalı, emzirmeyi desteklemeli, annenin analjezi ihtiyacını karşılamalıdır. Ayrıca annenin uygun pozisyonda dinlenmesi ve açlık durumunun giderilmesi de sağlanmalıdır (Archie 2007; Cunningham ve ark. 2005; Davis 2004; Taşkın 2005; Sağlık Bakanlığı 2005).

Tablo 4-23’de doğum sonu dönemde annelerin %72,7’sinin bebeğini rahat emzirdiği,% 53,4’ünün kendisini yorgun hissettiği, %45,5’inin ise mutlu hissettiği görülmektedir. Deney grubundaki annelerin % 25’inin kontrol grubundaki annelerin ise % 45,5’inin “ağrılarının devam ettiği”ni belirttiği görülmektedir (p=0,04). Ancak doğum sonu VAS ortalamaları (VAS 6) arasında anlamlı bir fark yoktur. Annelerin epizyotomi/laserasyon olması nedeni ile perine bölgesindeki ağrının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Tablo 4-24’de gebelerin sadece %5,7’sinin bebeğinin cinsiyetini bilmediği, %94,3’ünün ise bildiği görülmektedir. Öztürk (2006), Yeşilçiçek Çalık (2010), Mucuk (2010) ve Ersanlı’nın (2007) yapmış oldukları çalışmalarda, sırasıyla gebelerin %59,3, %95, %85 ve %88,8’inin doğacak çocuklarının cinsiyeti bildikleri görülmüştür. Gebelikte bebeğinin cinsiyetini bilme durumu ile ilgili bulgumuz bu verilerle benzerlik göstermektedir. Gelişen tıp teknolojisi ile bebeğin cinsiyetinin doğumdan önce saptanabildiği göz önüne alındığında bu oranın yüksek olması kaçınılmaz bir sonuç olarak düşünülebilir.

Tablo 4-24’de araştırma kapsamına giren deney ve kontrol grubunun yenidoğan cinsiyetlerinin dağılımının eşit olduğu görülmektedir. (23 kız, 21 erkek) yenidoğanların %83’ünün annesinin yanında ve emmesinin yeterli olduğu saptandı. Gruplar arasında yenidoğanın sağlık durumu ve cinsiyetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p>0,05).

Annelerin bu doğuma ve normal doğuma yönelik düşüncelerine bakıldığında %52,3’ünün bu doğumunu “zor bir doğum” olarak, %11,4’ünün “kolay bir doğum” olarak nitelendirdiği görülmektedir. Annelere normal doğumun olumlu ve olumsuz yönleri sorulduğunda, olumlu yönleri olarak % 36,4’ünün “daha sağlıklı”, %23,9’unun “hemen ayağa kalkabilmek” olduğunu, olumsuz yönleri olarak ise %46,6’sının sadece “sancılar”, %11,4’ünün ise sadece “dikişler” olarak belirttiği görülmektedir(Tablo4-25). Deney grubundaki annelerin %68,2’si, kontrol grubundakilerin ise %81,8’i doğumda yaşadığı ağrının “dayanılmaz bir ağrı” olduğunu söylerken, iki gruptaki annelerin %15,9’unun “beklediğimden daha kolay/hafif” olduğunu belirttiği görülmektedir (Tablo 4-26). Gebelerin güvendiği ortamda doğum yapması daha az anksiyete yaşanmasını ve böylece ağrıyı daha az hissetmesini sağlamaktadır. Gebelerin doğum sürecinde yalnız kalmaktan korktukları için çevresinde destek olmasa bile birilerinin varlığından olumlu

etkilendiği bilinmektedir. Gebelerin ağrıyı çektikleri travay odası hakkındaki düşünceleri incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubundaki annelerin ağrı odasını ilk sırada % 46,6'sı “başkalarının olmasının iyi” olarak değerlendirdikleri görülmektedir (Tablo 4-26). Doğumda yaşadıkları ağrının tarifi incelendiğinde, her iki gruptaki annelerin ağrıyı ilk sırada %43,2'sinin “korkunçtu”, ikinci sırada ise %20,5'inin “tarif edilemez” olarak değerlendirdiği görülmektedir (Tablo 4-26). Gruplar arasında annelerin yaşadığı ağrının tarifine yönelik bulguların dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Öztürk (2006), Fisher ve ark (2006), Ersanlı (2007), Mamuk (2008) ve Yeşilçiçek Çalık'ın (2010) çalışmalarında da kadınların doğum ağrısı ile ilgili düşünceleri çalışmamızla benzer şekilde bulunmuştur.

Annelerin doğum sürecinde yapılan müdahalelere ve şu an kendisini nasıl hissettiğine yönelik düşünceleri incelendiğinde, annelerin %78,4'ünün “lavman yapınca kendimi rahatlamış hissettim”, %47,7'sinin “ağrım varken muayene yapılması rahatsız ediciydi”, %29,5'inin “doğum sırasında karnıma bastırmaları bebeğimin doğmasını kolaylaştırdı” dediği görülmektedir. Literatürde lavman uygulamasının ve fundal basıncın artık kullanılmamasına yönelik birçok çalışma olmasına rağmen bizim çalışmamızda annelerin bu uygulamalardan çok fazla rahatsızlık yaşamadıkları görülmektedir. Deney grubundaki annelerin %29,5'inin, kontrol grubundaki annelerin ise %17,0'sinin “çalışanların işlemden önce açıklama yapması güzeldi/rahatladım” demesinin sebebi deney grubuna uygulama hakkında bilgi verilmesi ve uygulama sırasında yanında bulunulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir ( $p=0,015$ ). Doğum eylemi süresince gebelerin tümüne eşit oranda ilgi gösterilmiş ve rutin bakım dışında farklı bir uygulama yapılmamış olmasına rağmen deney grubundaki gebelerin yapılan uygulamayı sağlık personelinin ilgi ve destek görme olarak algıladıklarına bağlanmaktadır.

Annelere kendilerini şuanda nasıl hissettikleri sorulduğunda, her iki gruptaki annelerin çoğunlukla, ilk sırada %33,0'ünün “iyiyim”, ikinci sırada %28,4'ünün “yorgunum” dediği, %15,9'unun ise “mutluyum” dediği saptandı. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Doğumdan sonra uterusun kontraksiyonlarının büyük bir ölçüde azalması, vajina ve perinede oluşan distansiyonun ortadan kalkması, annenin ağrılarının azalmasına ve rahatlamasına neden olmaktadır. Ayrıca bu durumun

bebeğin doğmasıyla birlikte annenin yaşadığı heyecan, gurur ve huzurdan kaynaklandığı düşünülebilir (Yeşilçiçek Çalık 2010).

Tablo 4-28'de deney grubundaki annelerin akupresür uygulamasına yönelik düşüncelere katılma durumları ve puan ortalamalarına bakıldığında, annelerin çoğunluğunun (%52,3'ü katılıyorum, %45,5'i tamamen katılıyorum) akupresür uygulamasından memnun kaldığı görülmektedir (Puan=4,43). Ancak, "akupresür uygulaması yeterli oldu" önermesine annelerin %38,6'sının katılmıyorum, %43,2'sinin ise kısmen katılıyorum dediği ve puan ortalamasının "kısmen katılıyorum" seçeneğine yakın çıktığı saptandı (Puan=2,81). Bu yüzden gebelerin bu uygulamanın yanı sıra başka uygulamalarla desteklenmesi gerekmektedir (Puan=2,81). Annelerin büyük bir çoğunluğunun akupresür uygulamasından çeşitli derecelerde memnun kaldığı, başka gebelere de önerdikleri ve etkili buldukları görülmektedir (Tablo 4-28). Hantoushzadeh ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada gebelerin memnuniyet düzeylerinin akupunktur grubunda daha yüksek olduğu, çoğunluğun akupunkturun etkisini çok iyi olarak değerlendirdikleri ve bundan sonraki gebeliklerinde de kullanacaklarını ifade ettikleri belirtilmiştir. Doğum yapan kadınların en çok hangi nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemini etkili bulduklarını belirlemek için yapılan çalışmada, en etkili tekniklerin sıra ile solunum, dinlenme, akupresür ve masaj olduğu belirlenmiştir (Brown Douglas ve Flood 2001). Öztürk'ün (2006) ele uygulanan buz masajının doğum ağrısı algısı üzerine etkisini incelediği çalışmasında, gebelerin buz ve silikon uygulamasının "ağrıyı azalttığını/rahatlattığını" ifade ettikleri saptanmıştır. Yeşilçiçek Çalık'ın (2010) yapmış olduğu çalışmada gebelerin %78,0'i akupres uygulamasından memnun kaldığını belirtmiştir. İncelenen tüm çalışma sonuçlarının çalışmamızı desteklediği görülmektedir.

Bu veriler sonucunda, doğum eyleminde LI4 akupunktur noktasına akupresür uygulanan gebelerin bu uygulamadan memnun kaldıkları söylenebilir.

Doğum eyleminde fetusun gelen kısmının baskısı ile serviks gerilerek, hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açmakta, bu yolla da uterus kontraksiyonu artmaktadır. Uterus kontraksiyonları ise fetusu aşağı doğru iterek serviksin dilatasyon ve silinmesini artırmaktadır (Mucuk 2010) Deney ve kontrol grubundaki gebelerin, ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası dilatasyon ve FKA değişim farklarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı görülmektedir (Tablo 4-

29). Deney ve kontrol grubunun ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası silinme değişim farkına bakıldığında ise, deney grubunun ilk uygulama sonrası silinmesi, ilk uygulama öncesinden %8,42 artarken, kontrol grubunda %3,96 arttığı görüldü. Deney grubunun ikinci uygulama sonrası silinmesi, ikinci uygulama öncesinden %6,25 artarken, kontrol grubunda %9,11 arttığı görülmektedir (Tablo 4-29). Gruplar arasında ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası silinme değişim yüzdesi açısından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p=0,006$ ;  $p=0,029$ ). Mucuk (2010) çalışmasına göre LI4 ve SP6 akupunktur noktasına akupunktur ya da akupresür uygulamasının servikal silinme ve dilatasyon üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu görülmektedir. Öztürk'ün çalışmasına göre ise LI4 noktasına buz veya silikon uygulamasının servikal dilatasyon ve silinme ortalamalarına etki etmediği görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerde, ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası sistolik kan basıncı ve nabız değişim farklarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, ilk uygulama sonrası diastolik kan basıncı ortalaması deney grubunun %2,9 düşerken, kontrol grubunda ise %4,53 arttığı görüldü (Tablo 4-30,  $p=0,009$ ).

Doğum sürecinde, doğum ağrısının ana kaynağı uterus kontraksiyonlarıdır. LI4 noktasının uterus kontraksiyonları üzerine etkisinin olduğu ve bu noktanın oksitosik etkisinden dolayı hamile kadınlarda kullanılmasının yasak olduğuna dair bilgilerin en eski Çin kaynaklarında dahi yer aldığı bilinmektedir (Mucuk 2010). Deney ve kontrol grubunun ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası kontraksiyon sıklığı değişim farkına bakıldığında, gruplar arasında ilk uygulama sonrası, ilk uygulama öncesinde fark yokken, deney grubunun ikinci uygulama sonrası kontraksiyon sıklığı, ikinci uygulama öncesine göre %32,81 artarken, kontrol grubunda ise %25,1 arttığı görülmektedir ( $p=0,004$ ). Deney ve kontrol grubundaki gebelerin, ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası kontraksiyon şiddeti değişim farkında gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-31). Mucuk'un (2010) çalışmasında da uygulama sonrası kontraksiyon süre ve şiddetleri karşılaştırıldığında; LI4 grubunun kontraksiyon süre ve şiddetinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle akupresür uygulamasının doğum eyleminin ilerlemesine olumlu bir katkı sağladığı söylenebilir.



Deney ve kontrol grubunun ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası VAS puanlarının değişim farkına bakıldığında, deney grubunun ilk uygulama sonrası VAS puanı, ilk uygulama öncesinden %31,79 azalırken, kontrol grubunda % 22,91 arttığı, deney grubunun ikinci uygulama sonrası VAS puanı, ikinci uygulama öncesine göre %2,07 artarken, kontrol grubunda %10,89 arttığı görülmektedir (Tablo 4-31). Gruplar arasında ilk uygulama öncesi-sonrası ve ikinci uygulama öncesi-sonrası VAS puanı değişim yüzdesi açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p=0,0001$ ;  $p=0,0001$ ). Bu yüzden ağrının azaltılması bakımından akupresürün, hafif ya da orta şiddetteki ağrıda daha etkili olabileceği düşünülebilir. Deney grubunda ifade edilen ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük bulunması ve artmaması, akupresür uygulamanın eylemdeki gebenin doğum ağrısını azaltmada etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

##### **5.5. Gebelerin Algıladıkları Ağrı (VAS) Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenler İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Gebelerin yaşının doğum ağrısı algısında belirleyici bir faktör olduğu literatürde belirtilmiş olmasına rağmen, gebelerin yaş grupları ile VAS ağrı algıması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Tablo 4-32,  $p>0,05$ ). Araştırma bulguları Chang, Wang, Chen (2002), Öztürk (2006) ve Mucuk (2010) çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Ancak, Abushaikha ve Oweis'in (2005) çalışmasında, gebeler yaşları bakımından karşılaştırıldığında fark olduğu belirtilmiştir.

Gebelerin eğitim durumu ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırılmasına bakıldığında, okur-yazar olmayan, okur-yazar/ilkokul, ortaokul, lise ve üzeri eğitim gruplarının doğum ve doğum sonu süreçte VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 4-33). Sheiner ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında annenin eğitim seviyesi arttıkça VAS puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Ozgoli ve arkadaşlarının (2010) primipar gebelerde aktif fazda sağ elde hegu noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmalarında, anne eğitim düzeyinin algılanan ağrı düzeyine etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi gebelerin eğitim durumunun doğum ağrısı algısında belirleyici bir faktör olduğu literatürde de çelişkilidir.

Gebeliğinde problem yaşamayan ve gebeliğinde problem yaşayan gebelerin doğum sürecindeki VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

olmadığı görülmektedir (Tablo 4-34,  $p>0,05$ ). Ancak Yeşilçiçek Çalık'ın (2010) yapmış olduğu çalışmaya göre, gebeliğinde problem yaşayan ve doğum eyleminden korkan gebelerin VAS puanlarının kontrol grubundan daha yüksek bulunduğunu belirtmiştir.

Gebelerin dismenore yaşama durumu ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırıldığında, adet ağrısı yaşamayan, adet ağrısı yaşayan ve adet ağrısını bazen yaşayan gebelerin doğum sürecindeki VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4-35,  $p>0,05$ ). Ancak Mucuk'un (2010) yapmış olduğu çalışmaya göre, gebelik öncesi dönemde dismenore şikayeti olanların kontraksiyon sırası ortalama VAS puanları, dismenoresi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Gebelerin doğum ağrılarının yüksek olması kişilerin sosyo-kültürel özellikleri ile ilgili de olabilir. Gebelerin doğum yeri (bölge olarak) ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırıldığında Karadeniz, Marmara, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve diğer coğrafi bölgelerinin doğum sürecindeki VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4-36,  $p>0,05$ ).

Doğum eyleminde gebelere yapılan ilaçlar ile ağrı algılama puanlarının (VAS) karşılaştırılmasına bakıldığında, synpitan, epidosin, synpitan+epidosin ve synptan+hidrasyon uygulanan grupların doğum sürecindeki VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4-37,  $p>0,05$ ).

Tablo 4-38'de yenidoğanın doğum ağırlığı ile doğum eyleminin toplam süresinin ve doğum sürecindeki VAS puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yenidoğan doğum ağırlığı ile doğum eyleminin toplam süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $r=0,119$   $p=0,269$ ). Mucuk'un (2010) çalışmasında bebeğin ağırlığı ile VAS değerleri ve doğum süresi arasındaki korelasyonda da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Bu çalışma sonucu bizim verilerimizle benzerlik göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### **Çalışmada elde edilen veriler değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edildi.**

- Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun 20-29 yaş grubunda (%73,9), yaş ortalamalarının  $24,6 \pm 4,58$ , %45,5'inin okur-yazar/ilkokul mezunu ve %83'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi (Tablo 4-1).
- Gebelerin %75,0'inin gebelik öncesi dismenore yaşadığı, dismenore yaşayan gebelerin %35,2'sinin dismenoreyi gidermede ağrı kesici kullandığı, %48,1'inin ise hiçbir şey yapmadığı saptandı (Tablo 4-2).
- Araştırmaya katılan gebelerin %46,6'sının ilk gebeliğinin olduğu, gebelerin %50'sinin hiç doğum yapmadığı, ilk kez gebe kaldıkları yaş ortalamalarının  $21,11 \pm 3,83$  olduğu, %61,4'ünün bir önceki doğumunu, vajinal doğum+epizyotomi şeklinde yaptığı ve %68,2'sinin doğumunu devlet hastanesinde yaptığı saptandı (Tablo 4-3).
- Araştırmaya katılan gebelerin %80,7'sinin isteyerek gebe kaldıkları tespit edildi. Gebelerin %60,2'sinin gebeliklerindeki problem yaşadığı ve bunun da %84,9'unun bulantı-kusma problemi olduğu saptandı (Tablo 4-4).
- Gebelerin %18,2'sinin şimdiki gebeliğinde sigara kullandıkları, bu gebelerin günlük ortalama sigara içme sayısının ise  $5,07 \pm 2,94$  adet olduğu saptandı. Gebelerin gebelik süresince ilaç kullanma oranlarının %86,4 olduğu, ilaç kullananların ise %90,8'inin demir/vitamin ilacı kullandığı belirlendi (Tablo 4-5).
- Gebelerin daha önce çevresinden doğum deneyimleriyle ilgili en çok , “normal doğum çok kötü” (%30,7) ve hastane/çalışanların davranışları kötü” (%19) yorumlarını duydukları, gebelerin %30,7'sinin doğum konusunda bilgisinin olmadığı, bilgisinin olanların ise bu bilgiyi en çok önceki deneyimlerinden (%62,2) ve arkadaşından (%40,9) edindikleri belirlendi (Tablo 4-7).
- Gebelerin %87,5'inin kendisini doğum için hazır/kısmen hazır hissettiği, %54,5'inin şimdiki gebeliğinde doğum kararını doktorun verdiği, kendisinin doğum tercihi sorulduğunda ise %35,2'sinin sezaryenle doğumu istediği ve %37,5'inin sancı/dikişlerden korktuğu belirlendi (Tablo 4-8).

- Gebelerin tamamının gebeliğinde kontrollere gittiği ve gidilen kontrol sayısı ortalamasının  $8,54 \pm 2,84$  olduğu, %35,2'sinin sadece devlet hastanesi/sağlık ocağına gittiği, %56,8'inin doğum öncesi kontrollerini doktor ve ebenin karışık yaptığı ve %95,5'inin gebeliğinde doğumla ilgili bir eğitim almadığı saptandı (Tablo 4-9).
- Gebelerin %83'ünün doğumunda bir yakınının yanında olmasını istediği, istenilen kişinin eş (%45,2) ve anne (%24,6) olduğu saptandı (Tablo 4-10).
- Deney ve kontrol grubundaki gebelerin %62,5'inin doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerini bilmediği, bilenlerin ise %28,4'ünün sadece solunum egzersizlerini bildiği belirlendi. Gebelerin %47,3'ünün o anda yaşadıkları ağrıyı “sırttan başlayıp karna yayılan” tarzda bir ağrı olarak yorumladığı belirlendi (Tablo 4-10).
- Gebelerin gebelik hafta ortalamalarının  $38,8 \pm 1,04$  olduğu ve eylem boyunca travay odasındaki hasta sayısının ortalama  $2,4 \pm 0,59$  kişi olduğu saptandı. Gebelerin tamamının doğumun birinci evresinde aç bırakıldığı, %92'sine lavman uygulandığı, %76,1'ine indüksiyon uygulandığı, %46,6'sına ise amniyotomi yapıldığı, %39,8'ine synpitan+epidosin'in (500 cc dextroz içinde 5 ü synpitan+ 2 amp IV epidosisin) beraber uygulandığı belirlendi (Tablo 4-11).
- Gebelerin hastaneye geldiğinde, deney ( $3,38 \pm 0,86$ ) ve kontrol ( $3,22 \pm 1,09$ ) grubunun servikal dilatasyon ortalamasının araştırmaya alınma kriterlerine uygun olduğu belirlendi. İlk akupresür uygulamasından sonraki silinme yüzdesi ortalamasının deney grubunda ( $69,54 \pm 5,26$ ), kontrol grubunda ise ( $66,59 \pm 6,44$ ) olduğu saptandı (**p=0,021, Tablo 4-12**).
- Deney grubundaki gebelerin sistolik kan basıncı ortalamaları ikinci akupresür uygulamasından sonra  $113,6 \pm 11$  mg/dl iken kontrol grubunun  $118,6 \pm 9,5$  mg/dl, doğum sonrası 2. saatte ise deney grubunun  $112 \pm 8,5$  mg/dl iken kontrol grubunun  $115,4 \pm 6,6$  mg/dl bulundu (**p=0,025, p=0,039**). Deney grubunun ilk akupresür uygulamasından sonra diastolik kan basıncı ortalamasının  $65,9 \pm 6,9$  mg/dl, kontrol grubunun ise  $69,5 \pm 6,8$  mg/dl olduğu görüldü (**p=0,015, Tablo 4-14**).
- Deney ve kontrol grubunun ikinci akupresür uygulamasından sonra nabız ortalamalarının ilk akupresür uygulamasından öncesine oranla yüksek olduğu saptandı (**p=0,008; p=0,001**). Ayrıca deney grubunun ilk akupresür uygulama

sından sonra ve doğum sonrası vücut sıcaklığı ortalamaları 36,67 °C ve 36,73°C iken, kontrol grubunun 36,63°C ve 36,66 °C olduğu saptandı (**p=0,029; p=0,009, Tablo 4-15).**

- Gebenin hastaneye yatışı yapıldığında değerlendirilen VAS 1 puan ortalaması, deney grubunda 3,42, kontrol grubunda 3,52 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel bir farkın olmadığı saptandı ( $p>0.05$ , Tablo 4-16).
- VAS 2 puan ortalaması ilk akupresür uygulamasından önce değerlendirildi, deney grubunda 4,65, kontrol grubunda 4,88 olarak belirlendi. İlk akupresür uygulamasından önce ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (VAS 2) açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ , Tablo 4-16).
- İlk akupresür uygulamasından sonra değerlendirilen VAS 3 puan ortalaması, deney grubunda 3,77 olarak saptanırken kontrol grubunda ise 6,22 bulundu. İlk akupresür uygulamasından sonra ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (VAS 3) açısından deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu (**p=0.0001, Tablo 4-16).**
- İkinci akupresür uygulamasından önce değerlendirilen VAS 4 puan ortalaması, deney grubunda 7,37 olarak saptanırken kontrol grubunda ise 7,68 bulundu. İkinci akupresür uygulamasından önce ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (VAS 4) açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ , Tablo 4-16).
- İkinci akupresür uygulamasından sonra değerlendirilen VAS 5 puan ortalaması, deney grubunda 7,57 olarak saptanırken kontrol grubunda ise 8,61 bulundu. İkinci akupresür uygulamasından sonra ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (VAS 5) açısından deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu (**p=0.0001, Tablo 4-16).**
- VAS 6 ile ağrı değerlendirmesi annenin doğum sonu 2. saatte yapıldı. VAS 6 puan ortalaması deney grubunda 0,58, kontrol grubunda 0,62 olarak bulundu ve yapılan değerlendirmede ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (VAS 6) açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ , Tablo 4-16). **Bu veriler sonucunda "Doğum eyleminde LI4 akupunktur noktasına akupresür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından deney grubu lehine fark vardır" denilebilir.**

- Gebelerin doğum sürecinde doğum ağrısıyla baş etme yöntemleri incelendiğinde, ilk akupresür uygulamasından önce deney grubunun %9,1’inde “ajite ve ağlama” görülürken kontrol grubundan görülmediği saptandı (**p=0,04**). İlk akupresür uygulamasından sonra deney grubundaki gebelerin %47,7’sinde “kendisine masaj uygulama” görülürken, kontrol grubunda hiç görülmediği belirlendi (**p=0,0001**). İkinci akupresür uygulamasından önce ve ikinci akupresür uygulamasından sonra da “kendisine masaj uygulama” deney grubunda 25 (%56,8) ve 7 (%15,9) gebede görülürken, kontrol grubundaki hiçbir gebede gözlenmedi (**p=0,0001**). İlk ve ikinci akupresür uygulamalarından sonra deney grubunun %27,3’ünün, kontrol grubunun ise %47,7 “yataktan kalkmak” istediği saptandı (**p=0,047**) (Tablo 4-17).
- Gebelerinin gösterdiği davranışlar açısından hastaneye geldiklerinde kontrol ve deney grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı görüldü ( $p>0.05$ , Tablo 4-18).
- İlk akupresür uygulamasından önce gösterdiği davranışlardan deney grubunun, huzursuzluk/yüz ifadesinde değişiklik (D=%15,9; K=%34,1) ve avuçlarını/herhangi bir şeyi sıkma/dudaklarını ısırma (D=%2,3; K=%18,2) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunduğu belirlendi (**p=0,048; p=0,013**). Deney grubunun %13,6’sında ilk akupresür uygulamasından önce “sessizce ağlama” görülürken, kontrol grubunun %2,3’ünde görüldüğü saptandı (**p=0,048**) (Tablo 4-18).
- İlk akupresür uygulamasından sonra deney grubunun %15,9’u “sessiz ve sakin” iken kontrol grubunda bu davranışın gözlenmediği belirlendi (**p=0,005**). Deney grubunun ilk akupresür uygulamasından sonra gösterdiği davranışlardan, huzursuzluk/yüz ifadesinde değişiklik (D=%13,6; K=%34,1) ve ses çıkarma/inleme (D=%4,5; K= %29,5) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (**p=0,024; p=0,002**) (Tablo 4-18).
- İkinci akupresür uygulamasından önce deney grubunun %4,5’i “bulantı-kusma” yaşarken kontrol grubunun %22,7’sinin “bulantı-kusma” yaşadığı belirlendi (**p=0,013**). İkinci akupresür uygulamasından önce kontrol grubunun %9,1’i “muayeneye izin verme”de zorluk yaşarken deney grubunda bu davranış görülmedi (**p=0,041**) (Tablo 4-18).

- İkinci akupresür uygulamasından sonra gebelerin gösterdiği davranışlar deney grubunun, “yüksek sesle ağlama/çığlık atma” (D=%6,8; K=%27,3) ve “kendine zarar verecek davranışlarda bulunma” (D=%2,3; K=%13,6) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (**p=0,01; p=0,048**) (Tablo 4-18).
- Doğumun 2. Evresinde, deney grubundaki gebelerin %63,6’sı söylenenleri uygulayıp etkin ıkınabilirken, kontrol grubundaki gebelerin %52,3’ünün söylenenleri uygulayıp etkin ıkındığı saptandı. Ayrıca, gebelerin %93,2’sinde hiçbir obstetrik problem yaşanmadığı görüldü. Doğumun 2. evresinde gebelerin %27,3’üne indüksiyon, fundal Basınç ve epizyotomi beraber uygulanırken %11,4’üne hiçbir müdahale de bulunulmadığı saptandı (Tablo 4-19).
- Doğum sonunda gebelerin %55,7’sine epizyotomi tamiri yapıldığı, %19,3’üne ise hiçbir girişimde bulunulmadığı saptandı (Tablo 4-20).
- Doğum eyleminin toplam süresinin (servikal dilatasyon 4 cm olduktan sonra) ortalaması deney grubunda 244,02±98,8 dakika, ~4 saat, kontrol grubunda 260,25±115,19 dakika, ~4 saat 30 dakika olduğu saptandı Gruplar arasındaki süre farkı deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0,038, Tablo 4-21**). **Bu veriler sonucunda "doğum eyleminde LI4 akupunktur noktasına akupresür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum eylemi süresi açısından deney grubu lehine fark vardır" denilebilir.**
- Yenidoğanların ağırlık ortalamaları 3256,7±385 gr, boylarının ortalamaları 51,02±1,61 cm, baş çevrelerinin ortalamaları ise 35,14±1,2 cm olduğu saptandı. Yenidoğanların birinci dakikadaki apgar puan ortalamalarının 8,88±0,41, beşinci dakikadaki apgar puan ortalamalarının ise 9,88±0,41 olduğu belirlendi (Tablo 4-22).
- Doğum sonu dönemde annelerin %72,7’sinin bebeğini rahat emzirdiği, %53,4’ünün kendisini yorgun hissettiği, %45,5’inin ise mutlu hissettiği görüldü. Deney grubundaki annelerin %25’i ağrıların devam ettiğini belirtirken, kontrol grubundaki annelerin ise % 45,5’inin ağrıların devam ettiğini belirttiği saptandı (**p=0,04, Tablo 4-23**).
- Gebelerin %94,3’ünün bebeğinin cinsiyetini bildiği, deney ve kontrol grubunun yenidoğan cinsiyetlerinin dağılımının eşit olduğu (23 kız, 21 erkek) ve

yenidoğanların %83'ünün annesinin yanında ve emmesinin yeterli olduğu saptandı (Tablo 4-24).

- Annelerin %52,3'ünün bu doğumunu “zor bir doğum” olarak, %11,4'ünün “kolay bir doğum” olarak nitelendirdiği saptandı. Annelerin % 36,4'ünün “daha sağlıklı”, %23,9'unun “hemen ayağa kalkabilmek” yorumlarını normal doğumun olumlu yönleri olarak görürken, olumsuz yönleri olarak ise %46,6'sının sadece “sancılar”, %11,4'ünün ise sadece “dikişler”i olumsuz bulduğu saptandı (Tablo 4-25).
- Deney grubundaki annelerin %68,2'si, kontrol grubundakilerin ise %81,8'i yaşadığı ağrının “dayanılmaz bir ağrı” olduğunu söylerken, iki gruptaki annelerin %15,9'unun “beklediğimden daha kolay/hafif” yorumunu yaptığı görüldü. Annelerin % 46,6'sının ağrı odasını “başkalarının olmasının iyi” olarak değerlendirdikleri saptandı. Doğumda yaşadıkları ağrının tarifi incelendiğinde, annelerin %43,2'sinin ağrıyı “korkunçtu” değerlendirdiği görüldü (Tablo 4-26).
- Annelerin doğum sonu dönemde %78,4'ünün “lavman yapınca kendimi rahatlamış hissettim”, % 47,7'sinin “ağrım varken muayene yapılması rahatsız ediciydi”, %29,5'inin “doğum sırasında karnıma bastırmaları bebeğimin doğmasını kolaylaştırdı” dediği belirlenirken, deney grubundaki annelerin %29,5'inin, kontrol grubundaki annelerin ise %17,0'sinin “çalışanların işlemden önce açıklama yapması güzeldi/rahatladım” dediği tespit edildi (**p=0,015, Tablo 4-27**).
- Annelerin doğum sonu dönemde kendilerini nasıl hissettikleri sorulduğunda, %33,0'ünün “iyiyim”, %28,4'ünün “yorgunum”, %15,9'unun ise “mutluyum” dediği saptandı (Tablo 4-27).
- Akupresür uygulamasıyla ilgili sorularda, annelerin çoğunluğunun akupresür uygulamasından memnun kaldığı belirlendi (Puan=4,43). Ancak, akupresür uygulamasının yeterli olduğuna katılmada “kısmen katılıyorum” seçeneğine yakın çıktığından, gebelerin bu uygulamanın yanı sıra başka uygulamalarla desteklenmesi gerektiği saptandı (Puan=2,81) (Tablo 4-28). **Elde edilen bu bulgular sonucunda “doğum eyleminde LI4 noktasına akupresür uygulanan gebeler, yapılan akupresür uygulamasından doğum sonu erken dönemde memnundur” denilebilir.**



- Deney grubunun ilk akupresür uygulaması sonrası silinmesi, ilk akupresür uygulaması öncesinden %8,42 artarken, kontrol grubunda %3,96 arttığı görüldü. Deney grubunun ikinci akupresür uygulaması sonrası silinmesi, ikinci akupresür uygulaması öncesinden %6,25 artarken, kontrol grubunda %9,11 arttığı görüldü. Gruplar arasında ilk akupresür uygulama öncesi-sonrası ve ikinci akupresür uygulama öncesi-sonrası silinme değişim yüzdesi açısından anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (**p=0,006; p=0,029**) (Tablo 4-29).
- Deney grubunun ilk akupresür uygulama sonrası diastolik kan basıncı ortalama %2,9 düşmüşken, kontrol grubunda ise tam tersine %4,53 arttığı belirlendi. Gruplar arasında değişim yüzdesi açısından anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (**p=0,009, Tablo 4-30**).
- Deney grubunun ikinci akupresür uygulama sonrası kontraksiyon sıklığı, ikinci akupresür uygulaması öncesinden %32,81 artarken, kontrol grubunda %25,1 arttığı belirlendi (**p=0,004**). Deney grubunun ilk akupresür uygulama sonrası VAS puanı, ilk akupresür uygulama öncesinden %31,79 azalırken, kontrol grubunda % 22,91 arttığı, deney grubunun ikinci akupresür uygulama sonrası VAS puanı, ikinci akupresür uygulama öncesinden %2,07 artarken, kontrol grubunda %10,89 arttığı görüldü. Gruplar arasında ilk akupresür uygulama öncesi-sonrası ve ikinci akupresür uygulama öncesi-sonrası VAS puanı değişim yüzdesi açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (**p=0,0001; p=0,0001**) (Tablo 4-31).
- Gebelerin yaşı, eğitim durumu, gebeliğinde problem yaşama durumu, gebelik öncesinde dismenore yaşama durumu, doğum yeri, doğum sürecinde gebeye yapılan ilaçlarla, gebenin doğum ağrısını algılama puanları (VAS) arasında bir ilişkinin olmadığı tespit edildi (Tablo 4-32, Tablo 4-33, Tablo 4-34, Tablo 4-35, Tablo 4-36, Tablo 4-37).
- Yenidoğan doğum ağırlığı ile doğum eyleminin toplam süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. Yenidoğan doğum ağırlığı ile gebenin doğum sürecindeki doğum ağrısını algılama puanları (VAS) arasında bir ilişkinin olmadığı tespit edildi (Tablo 4-38).

Bu çalışma sonucunda, LI4 akupunktur noktasına uygulanan akupresür uygulamasının doğum ağrısı ve süresi üzerine olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve doğum sürecini olumlu yönde etkisinin olduğu saptandı.

## Öneriler

Yapılan araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi sonucunda;

- Gebelerin doğum öncesi dönemde doğum ile ilgili eğitim ve sağlık çalışanından bilgi alma oranının düşük olması nedeniyle kontroller sırasında gebeye doğum ve gebelik ile ilgili danışmanlık yapılması,
- Gebenin ulaşabileceği yerlerde, doğum eylemine hazırlanmalarını sağlamak için doğum ağrısının, doğumun ve doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerinin anlatılacağı doğuma hazırlık programları, gebe okulları veya gebe eğitim sınıfları açılması,
- Bu program ve eğitimlerde hizmet verecek olan sağlık personelinin güncel doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri hakkında eğitilmesi,
- Doğumhanelerde yüksek oranlarda uygulanan girişimlerin (lavman, amniotomi, indüksiyonu, epizyotomi vb.) kanıt temelli uygulamalar doğrultusunda yapılması, gerekmedikçe uygulanmaması ve eylemin mümkün olduğunca doğal seyrine bırakılması,
- Doğumhanede çalışan sağlık personelinin, doğum eyleminde gebenin gereksinimlerinin karşılanması, akupresür ve ağrı kontrol yöntemleri hakkında hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Gebelerin doğum eyleminde gösterdikleri davranışları ve bunları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla daha çok çalışmanın planlanması,
- Çalışmaların sonuçları doğrultusunda doğumhanelerde çalışan sağlık profesyonellerine doğum ağrısını azaltmada kullanılacak akupunktur noktalarına akupresür uygulamasına ilişkin eğitim materyalleri hazırlanarak hizmet içi eğitimlerin planlanması,

- Akupresür uygulamasının anne ve yenidoğan sonuçları üzerine etkileri belirlemek amacıyla daha geniş gruplarda çalışmaların planlanması
- Akupresür uygulamasını gebeye eylem boyunca sürekli yapılmasını sağlayarak amacıyla destek olacak kişilerin eğitilmesi,
- Gebelere doğum öncesi akupresür eğitimi verilerek, doğum eyleminde kendi kendilerine akupresür uygulamasını yapmaya desteklenmesi,
- Akupresür uygulamasının diğer nonfarmakolojik yöntemlerle beraber desteklenerek kullanılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Abuushaikha, L. ve Oweis, A. (2005). Labour pain experience and intensity: a jordanian perspective. *International Journal of Nursing Practice*, **11**, 33-38.
2. Adams, E.D. ve Bianchi, L.A. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **37**, 106-115.
3. Alfirevic, Z., Kelly, A.J ve Dowswell, T. (2009). Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Systematic Rev.* 7(4):CD003246.
4. Al Olaimat, H.H. (2007). Maternal energy during labor intrapartum nutrition and nourishment: a clinical study. *Jordan Medical Journal*, **41**, 75-79 (Abstract).
5. Anderson, F.W.J. ve Johnson, C.T. (2005). Complementary and alternative medicine in obstetrics (review article). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **1**, 116-124.
6. Andrew, F., Long, B.A., Hannah, C. ve Mackay, B. (2003). The effects of shiatsu: findings from a two country exploratory study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **14**, 921-930.
7. Afşar, F. ve Pınar, R. (2003). Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6**, 19-28.
8. Al-Khafaji, M. (1998). *Hegu L.I.-4*. Erişim:12.12.2012 <http://www.luminaia.com/JillyDocs/Manual%20of%20Acupuncture%20CD/LI-4.pdf>
9. Archie, C.L. (2007). The Course & Conduct of Normal Labor & Delivery. İçinde DeCherney, A.H. ve Nathan, L.(Ed.), *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology*, (10. ed.) New York, Lange Medical Books; 203-211.
10. Aslan, F.E. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6**(1): 9-16.

11. Ay, F. ve Alpar, Ş.E. (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları, *Ağrı*, **1**(22): 21-29.
12. Avcıbay, B. (2009). (Dnş: Sultan ALAN). Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Adana.
13. Avcıbay, B. ve Alan, S. (2001). Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, **4**(3): 18-24.
14. Azzavi, F.A. (2007). *Doğum ve Teknikleri Atlası* (H. Arslan, Çev.) İstanbul:Bedray
15. Babacan, A. (2011). Ağrı, Ağrı Yolları ve Ağrılı Hastaya Yaklaşım. Erişim 01.02.2013, med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20754
16. Bailey, B., Bergeron, S., Gravel, J. ve Daoust, R. (2007). Comparison of four pain scales in children with acute abdominal pain in a pediatric emergency department. *Annals of Emergency Medicine*; **50**, 379–383.
17. Baker, A. Ferguson, S.A. Roach, G.D. ve Dawson, D. (2001). Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *Journal of Advanced Nursing*, **35**(2): 171-179.
18. Batallan, A., Goffient, F., Paris, L.J., Fortin, A., Breart, G., Madelenat, P. ve Benifla, J.L. (2002). Fetal macrosomia: management, obstetrical and neonatal results. Multicenter casa-control study in 15 maternity hospitals paris and the ile de France arca. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, **30** (6): 483-491.
19. Beal, M.W. (1999). Acupuncture and acupressure applications to women's reproductive health care. *Journal Nurse -Midwifery*, **44**(3):217-230.
20. Berghella, V., Baxter, J.K. ve Chauhan, S.P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. **199**(5):445-454.
21. Berman, A.F. ve Kronenberg, F. (2003). Complementary and alternative medicine (cam) in reproductive-age women: a review of randomized controlled trials. *Reproductive Toxicology*, **17**,137-152.

22. Bernal, A.L. (2007). Preterm labour: mechanisms and management. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, **7**, 14.
23. Bilgehan, H. ve Akarcalı, İ. (2002). Doğum ağrısında transkutaneal elektriksel sinir stimülasyonunun etkinliği. *MN-Klinik Bilimler&Doktor*, **8**(3): 374-378.
24. Bond, M.R. ve Simpson, K.H. (2006). *Pain its Nature and Treatment*. Toronto, Churchill Livingstone Elsevier.
25. Borup, L., Wurlitzer, W., Hedegaard, M., Kesmodel, U.S. ve Hvidman, L. (2009). Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial. *BIRTH*, **36**(1):5-12.
26. Brown, S.T., Douglas, C. ve Flood, L.P. (2001). Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *The Journal of Perinatal Education*, **10**(3):1-8.
27. Burns, E., Zobbi, V., Panzeri, D., Oskrochi, R. ve Regalia A. (2007). Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **114**, 838-844.
28. Cabioğlu, M.T. ve Ergene, N. (2003). Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. *Genel Tıp Dergisi*, **13**(1): 35- 40.
29. Callister, L.C., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R. ve Julkunene, K.V. (2003). The pain of childbirth: perception of culturally diverse women. *Pain Management Nursing*, **4** (4):145-154.
30. Carr, C.A. ve Schott A. (2002). Differences in evidence-based care in midwifery practice and education. *Journal of Nursing Scholarship*, **34**(2):153-158.
31. Carrol, D., Tramèr, M., McQuay, H., Nye, B. ve Moore, A. (1997). Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **104**, 169-175
32. Caton, D., ve ark. (2002). The nature and management of labor pain: executive summary. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **186**, (5):1-15.
33. Chang, M.Y., Wang, S.Y. ve Chen, C.H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, **38**(1):68-73.

34. Chang, S.B., Park, Y.W., Cho, J.S., Lee, M.K., Lee, B.C. ve Lee, S.J. (2004). Differences of cesarean section rates according to san-yin-jiao (SP6) acupressure (shiatsu incorporates acupressure) for women in labour. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, **34**(2): 324-332.
35. Chao, A.S. ve ark. (2007). Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Pain*, **27** (3):214-20.
36. Chen, H.M. ve Chen, C.H. (2004). Effects of acupressure at the sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. *Journal of Advanced Nursing*, **48** (4):380-387.
37. Cheong, Y.C., Hung Yu Ng E. ve Ledger, W.L. (2008). Acupuncture and Assisted Conception (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; **8** (4). Art. No: CD006920
38. Chung, U.L., Hung, L.C., Kuo, S.C. ve Huang, C.L. (2003). Effects of LI 4 and BL67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *Journal of Nursing Research*, **11**(4): 251-260.
39. Collins, S.L., Moore, R.A. ve McQuary, H.J. (1997). The Visual Analogue Pain Intensity Scale: what is moderate pain in millimeters. *Pain*; **72**(1-2): 95-97.
40. Cook, A. ve Wilcox, G. (1997). Pressuring pain alternative therapies for labor pain management. *AWHONN Lifelines*, **1**(2):36-41.
41. Coşar, F. ve Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi*, **3**(1):18-30.
42. Coşkun, A. (Ed.). (2000). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
43. Cuervo, L.G., Bernal, M.P. ve Mendoza, N. (2006). Effects of high volume saline enemas vs. No enema during labour-the n-ma randomized controlled trial [ISRCTN43153145]. *BioMed Central Pregnancy Childbirth*, **19**,6-8.
44. Cunningham, G.F., Gant, F.N., Leveno, J.K., Gilstrap, C.L., Hauth, C.J. ve Wenstrom, D.K. (2005). *Williams Doğum Bilgisi*.(A.C. Akman, Çev.). 21. Baskı. İstanbul:Nobel Matbaacılık.

45. Çalışkan, E. (2012). Doğumu Oluşturan Kuvvet, İçinde M.N. Çiçek ve ark. (Ed.). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 3. Baskı. Ankara:Atlas Kitapçılık; 259-272.
46. Çelik, J.B. ve Apilioğulları, S. (2012). Obstetrik Analjezi, Anestezi ve İlaçların Fetüs Üzerine Etkisi, İçinde M.N. Çiçek ve ark. (Ed.). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 3. Baskı. Ankara:Atlas Kitapçılık; 115-125.
47. Çetingöz, E. (2007) (Dnş: Ateş KARATEKE). Yüksek Riskli Gebelerde Preterm Eylem ve Doğumun Önlenmesinde Mikronize Progesteronun İnvajinal Kullanımı, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul,
48. Da Fonseca, E.B., Bittar, R.E., Carvalho, M.H. ve Zugaib, M. (2003). Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, **188**, 419-24.
49. Davas, İ., Marangoz, D., Varolan, A., Akyol, A. ve Baksu, B. (2008). Gebelikte değişik seviyelerdeki anemilerde demir alımının maternal, doğum ve perinatal sonuçlara etkileri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **5(3)**:174- 81.
50. Davis, E. (2004). *Heart&Hands:A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth* (5th Ed.), California: Ten Speed Press.
51. Deadman, P., Al-Khafaji, M.ve Baker, K. (1997). Some acupuncture points which treat headache. *Journal Of Chinese Medicine*, **55**.
52. Demir, N. (2012). Normal Doğum, İçinde M.N. Çiçek ve ark. (Ed.). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 3. Baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık; 273-292.
53. Demirok, H. (2006) (Dnş: Kamile KUKULU). Epidural Anestezinin Normal Doğum Üzerine Etkileri, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
54. Demiryay, A. (2006) (Dnş: Serhan CEVRİOĞLU). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel Ve Emosyonel Yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Afyon.



55. Erenel, A. ve Şentürk, İ. (2007). Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile baş etmeye yönelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **14**(2):48–60.
56. Erdine, S. (2003). *Ağrı Sendromları ve Tedavisi*. İstanbul:Nobel Matbaacılık.
57. Ersanlı, C.(2007) (Dnş:Nuran Kömürcü) İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
58. Ertem, G. ve Sevil, Ü. (2005). Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **8**(2):117-123.
59. Eti Aslan, F. (1998). Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. *Uluslar arası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı*. Ankara; 35-36.
60. Eti Aslan, F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6**(1):9-16.
61. Fisher, C., Hauck, Y. ve Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth a western Australian example. *Social Science & Medicine*, **63**(1):64-75.
62. Gaiser, R. (2012), Obstetric Anesthesia, İçinde: Pfeifer, S.M. *NMS.Obstetrics and Gynecology* (7.ed.). Philadelphia: Williams & Wilkens; 139-150.
63. Gentz, B.A. (2001). Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, **44**(4):704-732.
64. Güleç, G. ve Güleç, S. (2006). Ağrı ve Ağrı Davranışı. *Ağrı Dergisi*,**18**(4):5-9.
65. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2008). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müd.
66. Hamilton, A. (2009). Comfort and Support in Labour, içinde D.M. Fraser ve M.A. Cooper (Ed.). *Myles Textbook for Midwives* (15.Ed.). Churchill Livingstone Elsevier; 493-506.

67. Hamidzadeh, A., Shahpourian, F., Orak, R.J. ve Montazeri A.S. (2012). Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **57**(2), 133-138.
68. Hantoushzadeh, S., Alhusseini, N. ve Lebaschi, A. (2007). The effects of acupuncture during labor on nulliparous women: a randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics Gynaecology*, **47**, 26–30.
69. Heidari, P., Mojdeh, F., Mazloom, R., Tanbakoi, K. ve Judaki, K. (2008). Effect of acupressure on labor pain intensity. *Hakim Research Journal*, **11**(2):39-46.
70. Hjelmstedt, A., Shenoy, S.T., Stener-Victorin, E., Lekander, M., Bhat, M., Balakumaran, L. ve Waldenstrom, U. (2010). Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. **89**, 1453–1459.
71. Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **186**(5):160-172.
72. Hodnett, E.D. (2002). Caregiver support for women during childbirth (cochrane review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, **4**, 1–22.
73. Hodnett, E.D. ve ark. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor in North American hospitals. *The Journal Of The American Medical Association*, **288**(11):1373-1381.
74. Horasanlı, E., Usta, B. ve Yeşilçay, A. (2008). Medikal Akupunktur. *Yeni Tıp Dergisi*, **25**(2):66-72.
75. Huntley, A.L., Coon, J.T. ve Ernst, E. (2004). Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*, **191**(1):36-44.
76. Işık, G. (2006). *Ağrı Fizyolojisi*, Erişim: 01.02.2013. <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/agri.htm>
77. Karaçam, Z., Akyüz, E.Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **19**(1):45-53.

78. Karaçam, Z., Eroğlu K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of Advanced Nursing*, **43**(4):84–394.
79. Karahan, N. (2010) (Dnş: Hediye ARSLAN). Oksitosin İndüksiyonunun Travay Süreci Ve Perine Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
80. Karakaplan, S. (2007) (Dnş: Hatice Yıldız ERYILMAZ). Doğum şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
81. Karamehmetoğlu, S.S. (2001). Bilimsel verilerin ışığında akupunktur ve fiziksel tıp ile rehabilitasyon. *Akupunktur Dergisi*, **11**(42):1-4.
82. Kashanian, M. ve Shalali, S. (2010). Effects of acupressure at the sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, **23**(7):638–641.
83. Kaufman, M., Stead, L., Holmes, J. ve Schachel, P. (2010). First aid for the obstetrics and gynecology clerkship. *McGraw Hill Medical*, **3**, 65-94.
84. Kaya, F. ve Serin, Ö. (2008). Doğum öncesi bakımın niteliği. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **5**(1):28- 35.
85. Khorshid, L. ve Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8**(2):124-130.
86. Kızılkaya, N. (1997). Kadının doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. *Perinatoloji Dergisi*, **5**(3-4):213-216.
87. Kim, Y.R., Chag, S.B., Lee, M.K. ve Maeng, W.J. (2002). Effects on labor pain and length of delivery time for primipara women treated by san-yin-jian (SP6) acupressure and hob-gog (LI4) acupressure. *Korean Journal of Women Health Nursing*, **8**(2):244-256.
88. Klostergaard, K.M., Terp, M.R., Poulsen, C., Agger, A.O. ve Rasmussen, K.L. (2001). Labor pain in relation to fetal weight in primiparae. *European Journal Of Obstetrics&Gynecology*, **99**, 195-198.
89. Kömürcü, N. ve Gençalp, N.S. (2002). Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5**(1):78-82.

90. Kömürcü, N. ve Berkiten Ergin, A. (2008) *Doğum Ağrısı ve Y netimi*. İstanbul: Bedray.
91. Lee, M.K. (2003). Effects of san-yin-jiao (SP6) acupressure on labour pain, delivery time in women during labour. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, **33**(6):753-761.
92. Lee, M.K. Chang, S.B. ve Kang, D.H. (2004). Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **10**(6):959-65.
93. Lee, M.K., Chang, S.B., Lee, H.S. ve Kim, H.S. (2002). Effects of treatment with san-yin-jian (SP6) acupressure for labor pain, length time for delivery and anxiety: a clinical trial pilot study. *Korean Journal of Women's Health Nursing*, **8**(4):559-569.
94. Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. ve Ratcliffe, S. (2003). The nature and management of labor pain: part II. pharmacologic pain relief. *American Family Physician*, **68**(6):1115-1120.
95. Ling, E.F. ve Duff, P. (2006). *Obstetrik Jinekoloji Pratiği İçin İlkeler*. (Y. Ceylan, ev.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
96. Long, D.M., (2002). *Ağrı ağdağ Tanı ve Tedavi*. (A.N. Dursun, ev.). İstanbul: And Yayıncılık.
97. Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **186**(5):16-24.
98. MacKenzie, I.Z., Xu, J., Cusick, C., Midwinter-Morten, H., Meacher, H., Mollison, J. ve Brock, M. (2011). Acupuncture for pain relief during induced labour in nulliparae: a randomised controlled study. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **118**, 440–447.
99. Mamuk, R. (2008) (Dnş: Nimet Sevgi GENÇALP). Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

100. Mamuk, R. ve Davas, N.İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **44**(3):137-144.
101. Mårtensson, L., Mcswiggin, M. ve Mercer, J.S. (2008). Us midwives' knowledge and use of sterile water injections for labor pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **53**(2):115-122.
102. Mårtensson, L. ve Wallin, G. (2006). Use of acupuncture and sterile water injection for labor pain: a survey in Sweden. *BIRTH*, **33**(4):289-296.
103. McCool, W.F., Smith, T. ve Aberg, C. (2004). Pain in women's health: a multi-faceted approach toward understanding. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **49**(6):473-481.
104. McDonald, J.S. ve Noback, C.R. (2003). Pain in Obstetrics, İçinde R. Melzack ve P.D. Wall (Ed.). *Handbook of Pain Management : A Clinical Companion to Wall And Melzack's Textbook of Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
105. Melzack, R. ve Wall, P.D. (2006). *Ağrı Tedavisi El Kitabı*. (S.Erdine, Çev.). Ankara: Güneş Kitabevi.
106. Mucuk, S. (2010) (Dnş: Mürüvvet BAŞER). LI4 ve SP6 Akupunktur Noktasına Yapılan Uyarının Doğum Ağrısı ve Süresine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Kayseri.
107. Mucuk, S. ve Başer, M. (2009). Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**(3):61-66
108. Niven, C.A. ve Black, T.M. (2000). Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth*, **27**(4):244-253.
109. Ozgoli, G., Sedigh, S., Heshmat, R. ve Alavi, M.H. (2010). Effect of right hand hegu acupressure on pain intensity of active phase of labor in primiparous women. *Kowsar Medical Journal*, **14**(4):38.
110. Özer, G.H. (2004) (Dnş: Nazife AKAN). Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine

Etkisinin Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

111. Öztürk, H. (2006). (Dnş: Aynur SARUHAN). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
112. Öztürk Can, H. ve Saruhan, A. (2008). Gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **10**(1):18-37.
113. Pernol, L.M. ve Pernol, B. (2002). *Obstetri ve Jinekoloji El Kitabı*. (A. Ayhan, G. Bozdağ, Çev.). Ankara: Palme Yayıncılık.
114. Peyman, A., Shishegar, F. ve Abbasi, Z. (2011). Uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor in Iran: a randomized controlled trial. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, **1**(11):1930-1933.
115. Phumdoung, S. ve Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing*, **4**(2):54-61.
116. Qu, F. ve Zhou, J. (2007). Electro-acupuncture in relieving labor pain. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, **4** (1):125–130.
117. Rabl, M., Ahner, R., Bitschnau, M., Zeisler, H. ve Husslein, P. (2001). Acupuncture for cervical ripening and induction of labor at term-a randomized controlled trial. *Wiener Klinische Wochenschrift*, **113**(23-24): 942-946.
118. Raj, P.P. (2007). Ağrı Taksonomisi, İçinde S. Erdine (Ed.). *Ağrı*. İstanbul, Nobel Kitabevi; 12-18.
119. Ramnero, A., Hanson, U. ve Kihlgren, M. (2002). Acupuncture treatment during labour-a randomized controlled trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, **109**(6):637-644.
120. Rathfisch, G.Y. ve Güngör, İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **3**(11):53-64.
121. Reveiz, L., Gaitan, H.G. ve Cuervo, L.G. (2007). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **4**.

122. Roscoe, J.A. ve ark. (2003). The efficacy of acupressure and acustimulation wrist bands for the relief of chemotherapy-induced nausea and vomiting a university of rochester cancer center community clinical oncology program multicenter study. *Journal of Pain and Symptom Managment*, **26**(2):731-742.
123. Rosen, P. (2004). Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, **49**(1):24-31.
124. Sayiner, F.D. ve Özerdoğan, N. (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2**(3):143-148.
125. Scott, J. ve Huskisson, E.C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, **2**, 175-184.
126. Sheiner, E., Sheiner, E.K. ve Shoham Vardi, I. (1998). The relationship between parity and labor pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **63**, 287-288.
127. Shin, Y.H., Kim, T.I., Shin, M.S. ve Juon, H.S. (2004). Effect of acupressure on nausea and vomiting during chemotherapy cyle for Korean postoperative stomach cancer patients. *Cancer Nursing*, **27**(4):267-274.
128. Simkin P. (2007). *Comfort in Labor*. Erişim: 02.02.2013, [www.childbirthconnection.org](http://www.childbirthconnection.org)
129. Simkin P.(2002). Supportive care during labor: a guide for busy nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **31**(6):721-731.
130. Simkin, P. ve Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **49**(6):489- 504.
131. Simkin, P.P. ve O'Hara, M.A. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **186**(5):131-159.
132. Skilnand, E., Fossen, D. ve Heiberg, E. (2002). Acupuncture in the management of pain in labor. *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica*, **81**(10):943.

133. Smyth, R.M.D., Alldred, S.K. ve Markham, C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour . *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **4**, Art No: CD006167
134. Soon-bok, C., Young-won, P., Jae-sung, C. ve Byung-chul, L. (2004). Effects on labor pain, length of delivery time, and hemoglobin of primipara women treated by san-yin-jiao (SP-6) acupressure 15 minutes and 30 minutes. *The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society*, **21**(1):99-100.
135. Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S. ve Semiz, O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **1**(2):92-104.
136. Şahin, N.H., Yıldırım, G. ve Ergül, A. (2007). Evaluating the second stages of deliveries in a maternity hospital. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **17**(1):37-43.
137. Şentürk Yazıcı, F. (2009) (Dnş: Gültekin KÖSE). Epidural Analjezi İle Doğumun Travay ve Fetüs Üzerine Etkileri. Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
138. Taşçı, E. ve Sevil, Ü. (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar, *Genel Tıp Dergisi*, **17**(3):181-186.
139. Taşkın L. (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 7. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
140. Taşpınar, A. (2006). (Dnş: Ahsen ŞİRİN). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusma Üzerine Akupresürün Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
141. Taylor, D., Miaskowski, C. ve Kohn, J. (2002). A randomized clinical trial of the effectiveness of an acupressure device (relief brief) for managing symptoms of dysmenorrhea. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **8**(3):357-370.
142. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2005). *Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı*. Ankara.



143. Tuğrul, S., Köse, D., Çaylarbaşı, B., Oral, Ö., Yıldırım, G. ve Başaran, T. (2002). Postpartum hemorajide mediolateral epizyotominin etkinliği. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **33**(4):28-31.
144. Ternov, N.K., Grennert, L., Aberg, A., Algotsson, L. ve Akesson, J. (2001). Acupuncture for lower back and pelvic pain in late pregnancy: a retrospective report on 167 consecutive cases. *Pain Medicine*, **2**(3):204-207.
145. Tournaire, M. ve Theau-Yonneau, A. (2007). Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, **4**(4):409-417.
146. Uçan, Ö. ve Ovayolu, N. (2006). Müzik ve tıpta kullanımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **1**(3):14-22. Erişim 12.10.2012, [web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltbirsayiuc/ucanveovayolu3.pdf](http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltbirsayiuc/ucanveovayolu3.pdf)
147. Uçan, Ö., Ovayolu, N. (2007). Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2**(4):123-133.
148. Uçum, E., Kitapçıoğlu, G., ve Karadeniz, G. (2010). Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı, Deneyim ve Memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **5**(13):107-123.
149. Ulutaş, N. (2011) (Dnş: Mine BEKAR). Ebelerin Doğum Eyleminde Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Uygulamaları ve Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
150. Ünlügenç, H. (2006). *Obstetrik Anestezi*, Erişim 01.02.2013, <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/dogum.htm>
151. Varassi, G., Marinangeli F. ve Beltrutti D. (2007). Doğum Ağrısı ve Analjezisi, İçinde S. Erdine (Ed.). *Ağrı*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Kitabevi; 142-148.
152. Vatansever, Z. ve Okumuş, H. (2013). Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **6**(2):82-87. Erişim 06.06.2013 <http://www.deuhyoedergi.org>
153. Waters, B.L. ve Raisler, J. (2003). Ice massage for the reduction of labor pain. *Journal of Midwifery&Women's Health*, **48**(5):317-321.

154. Wu, Y.H. (2012), Labor and Delivery, İçinde: Pfeifer, S.M. *NMS.Obstetrics and Gynecology*. Philadelphia:Lippincott, Williams & Wilkens; 99-107.
155. Yeşilçiçek Çalık, K. (2010) (Dnş: Nuran KÖMÜRÇÜ). Doğum Eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
156. Yıldırım, G. (2001) (Dnş: Nevin HOTUN ŞAHİN). Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
157. Yıldırım G. (2005) (Dnş: Nezihe KIZILKAYA BEJİ). Doğum Eyleminde Uygulanan İkinme Tekniğinin Anne ve Fetüs Üzerindeki Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
158. Yıldırım, G. ve Hotun Şahin, N. (2003). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1):14-20.
159. Yıldırım, G., Sömek, A.A. ve Kayır, H. (2006). Yenidoğan kilosu ile doğum ağrısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 15(57):99-107.
160. Yıldız Korkmaz, N. (2003) (Dnş: Nimet Sevgi GENÇALP). İlaçsız Ağrı Kontrol Yöntemlerinden TENS'in Doğum Ağrısını Algılamaya Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

## 7. EKLER

- EK-1:** Gebe Tanıtım Formu
- EK-2:** Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu
- EK-3:** Doğum Sonu Görüşme Formu
- EK-4:** Visual Analog Scala (Görsel Kıyaslama Ölçeği)
- EK-5:** Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu (Deney Grubu İçin)
- EK-6:** Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu (Kontrol Grubu İçin)
- EK-7:** Etik Kurul Kararı
- EK-8:** Araştırmanın Yapılabilmesi için Alınan Kurum Onayı
- EK-9:** Fotoğrafların Kullanım İzni
- EK-10:** Akupresür Konusunda Alınan Danışmanlık

**EK-1:****GEBE TANITIM FORMU**

Bu çalışma ‘‘LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi’’nin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Soruların doğru şekilde yanıtlanması, sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir. Elde edilen veriler bilimsel amaçlarla kullanılacak, başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Hasta Adı-Soyadı: ..... Tarih:.....

GRUP:.....

**BÖLÜM I****GEBENİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ:**

1-Kaç yaşındasınız?.....

1. 18-19    2. 20-24    3. 25-29    4. 30-34    5. 35-39

2-Eğitim durumunuz

1. Okur-yazar değil    2. İlkokul    3. Ortaokul    4. Lise ve üzeri

3-Ne iş yapıyorsunuz?

1. Ev hanımı    2. İşçi    3. Memur    4. Serbest meslek    5. Diğer.....

4-Medeni durumunuz:

1. Evli    2. Bekar    3. Boşanmış    4. Diğer.....

5-Evlilik süresi:.....

6-Eşinizle akrabalığınız var mı?

1. Evet (.....)    2. Hayır

7-Eşinizin eğitim durumu

1. Okur-yazar değil    2. İlkokul    3. Ortaokul    4. Lise ve üzeri

8-Eşiniz ne iş yapıyor?

1. İşsiz    2. İşçi    3. Memur    4. Serbest meslek    5. Diğer.....

9- Ailenizin Gelir Durumu?

1. Gelir giderden düşük    2. Gelir gidere denk    3. Gelir giderden fazla

10-Sosyal Güvenceniz var mı?

1. Evet    2. Hayır    3. Diğer.....

11- Doğum yeriniz?.....

1. Karadeniz Bölgesi    2. Ege Bölgesi    3. Marmara Bölgesi    4. Doğu Anadolu Bölgesi  
5. İç Anadolu Bölgesi    6. Güneydoğu Anadolu Bölgesi    7. Akdeniz Bölgesi

12-Aynı evde kimlerle birlikte oturuyorsunuz?

1. Çekirdek aile (Sadece eşim ve çocuklarım)  
2. Geniş aile (Aile büyükleri/akrabalar, eşim ve çocuklarım)  
3. Parçalanmış aile (Eşimden ayrı.....)  
4. Diğer.....

## BÖLÜM II

### GEBENİN DOĞURGANLIĞI VE ŞİMDİKİ GEBELİĞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

1- Gebelik öncesinde adetleriniz ağrılı oluyor muydu?

1. Evet      2. Hayır      3. Bazen      4. Diğer.....

2- (1.Soru) evet ise; Adet ağrısını gidermek için neler yapıyordunuz?

1. Hiçbir şey      2. Ağrı kesici.....  
 3. Uyurum/İstirahat      4. Ilık duş/Banyo  
 5. Karına/sırta Masaj      6. Egzersiz/Yürüyüş  
 7. Diğer.....

3-İlk gebelik yaşıınız.....

4-G:..... P:..... A:..... D&C:..... Y:.....

5-(İki ve daha fazla gebeliği olanlar için) Çocukların cinsiyetleri, doğum şekilleri ve doğum yerleri

<u>Cinsiyet</u>	<u>Doğum Şekli</u>	<u>Doğum Yeri</u>
1.Çocuk.....	.....	.....
2.Çocuk.....	.....	.....
3.Çocuk.....	.....	.....
4.Çocuk.....	.....	.....

6- (İki ve daha fazla gebeliği olanlar için) Bundan önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasındaki süre ( ..... ay)

7-İsteyerek mi gebe kaldınız?

1. Evet      2. Hayır

8-Gebeliğinizin herhangi bir döneminde, gebelikle ilgili bir problem oldu mu?

- 1.Evet      2.Hayır

9- (8.soru evet ise) Ne tür problem oldu? (1'den fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Bulantı-kusma      2. Kanama      3. İdrar yolu enf.  
 4. Üst solunum yolları enf.      5. Ağrı/kasılma      6. Diğer.....

10- Gebeliğinizde sigara kullandınız mı?

1. Evet      2. Hayır      3. Diğer.....

11- (10.soru evet ise) Günde kaç tane kullandınız?.....

12- Gebeliğinizde herhangi bir ilaç kullandınız mı?

1. Evet      2. Hayır

13- (12.soru evet ise) Ne tür ilaç kullandınız?

1. Demir ve vitamin  
 2. Antibiyotik  
 3. Antidepresan  
 4. Folik asit  
 5. Diğer.....

14- Gebelikte kontrollere gittiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

15- (14.soru evet ise) Kaç kez kontrole gittiniz?.....

16- Kontrollere nereye gittiniz?

1. Aile Sağlığı Merkezi 2. Devlet Hastanesi 3. Özel Hekim muayenehanesi  
4. Özel klinik 5. Özel Hastane 6. Diğer.....

17-Doğum öncesi kontroller kim tarafından yapıldı?

1. Ebe 2. Hemşire 3. Doktor 4. Diğer.....

18- Gebelik sırasında doğum eylemine ilişkin eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

19- (18. Soru evet ise) Bu eğitim kim tarafından yapıldı?

1. Ebe 2. Hemşire 3. Doktor 4. Diğer.....

20- Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

1. Kız 2. Erkek 3. Bilmiyorum 4. Diğer.....

21- Daha önce çevrenizden doğumla ilgili duyduğunuz deneyimler var mı, bunlar nelerdir?  
.....

22- Sizce; Doğumun nasıl olacağı konusunda yeterince bilginiz var mı?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

23- (22.soru evet ise) bu konudaki bilgilerinizi nasıl öğrendiniz? (1'den fazla yanıt verilebilir)

1. Tv-radyo  
2. Basın-yayın-internet  
3. Annemden  
4. Arkadaşımdan  
5. Yakınımdan  
6. Sağlık personelinde  
7. Diğer.....

24- Kendinizi normal doğum yapmak için hazır hissediyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen 4. Bilmiyorum

25- Doğumla ilgili düşünceniz nedir? Neden böyle düşünüyorsunuz?  
.....

26- Normal doğum kararını kim verdi?

1. Doktor 2. Kendim karar verdim 3. Eşim istedi 4. Diğer.....

27- Doğum şekline gebeliğinizin hangi döneminde karar verildi?

1. Doğuma geldiğimde 2. Gebeliğin son haftalarında  
3. Gebeliğin ilk aylarında 4. Diğer.....

28- Doğum şeklinin kararında ne etkili oldu?

1. Doktor her şeyin normal olduğunu söylediği için normal doğum
2. Devlet Hastanelerinde isteğe bağlı sezaryen olmadığı için normal doğum
3. Aile büyükleri veya eşim sezaryene karşı oldukları için normal doğum
4. Normal doğuma karar verildi çünkü;.....

29-Doğum sırasında yanınızda yakınlarınızdan birisinin olmasını ister miydiniz?

1. Evet
2. Hayır
4. Diğer.....

30- (29.soru evet ise) kimin olmasını isterdiniz?

1. Eşi
2. Annesi
3. Arkadaşı
4. Diğer.....

31-Doğum ağrısı ile baş etmek için neler yapmanız gerektiğini biliyor musunuz? Biliyorsanız bunlar nelerdir?

1. Ne yapmam gerektiğini bilmiyorum
2. Ağrıyan bölgeye masaj yapmak
3. Solunum egzersizi yapmak
4. Gevşemeye çalışmak
5. Hayal kurmak
6. Sıcak uygulama yapmak/ılık duş almak
7. Yürüyüş gibi egzersiz yapmak
8. Müzik dinlemek
9. Kitap, dergi okumak
10. Diğer...

32- Şu anki ağrınızı tanımlar mısınız?

1. Sırttan başlayıp karnıma yayılan bir ağrı
2. Belime vuran bir ağrı
3. Bütün vücudumda hissettiğim bir ağrı
4. Dayanılabılır bir ağrı
5. Adet ağrısı gibi
6. Diğer.....

33- Laboratuvar bulguları:

Kan Şekeri:.....mg/dl Hemogloblin:.....g/dl Hemotokrit: %.....

**EK-2-****DOĞUM EYLEMİNE İLİŞKİN İZLEM FORMU**

1-Gebelik Haftası :.....

2- Doğum ağrılarının başladığı tarih....., saat/gün :.....

3- Travay odasında bulunan hasta sayısı :.....

4- Doğumun 1. evresinde yapılan uygulamalar

- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| 1. Amniyotomi | 2. İndüksiyon          |
| 3. Yürütme    | 4. Oksijen inhalasyonu |
| 5. Lavman     | 6. Aç bırakma          |
| 7. Diğer..... |                        |

5-Doğumun 1. evresinde uygulanan ilaçlar

- |              |               |             |
|--------------|---------------|-------------|
| 1. Synpitan  | 2. Propess    | 3. Epidosin |
| 4. Dolantin  | 5. Sefazol    | 6. Cytotec  |
| 7. Hidrasyon | 8. Diğer..... |             |

6- Doğumda uygulanan Akupresür öncesi ve sonrası değerlendirmeler

Değerlendirme parametreleri	Hastaneye geldiğinde	1.Uygulama öncesi	1.Uygulama sonrası	2.Uygulama öncesi	2.Uygulama sonrası	Doğum sonu (***)
Saat						
Dilatasyon						
Efasman						
Başın seviyesi						
Membranlar						
ÇKS						
Kan Basıncı						
Nabız						
Vücut sıcaklığı						
Kontraksiyon sıklığı						
Kontraksiyon şiddeti						
VAS değeri						
Doğum ağrısıyla baş etme*						
Doğum eylemindeki davranışlar**						



## \* Hastanın doğum ağrısıyla baş etme yöntemleri

1. Solunum egzersizlerini uygulamak
2. Ajite ve ağlamak
3. Masaj tekniklerini kendisine uygulamaya çalışmak
4. Yataktan kalkmak istemek
5. Dolaşmak, yürümek
6. Çömelmek
7. İkinmek
8. Doğumu hakkında sorular sormak (bebeği ve kendisi hakkında)
9. Şarkı söylemek
10. Dikkatini başka yöne vermek
11. Kitap ve dergi okumak
12. Diğer.....

## \*\*Gebenin doğum eylemi boyunca gösterdiği davranışlar

1. Korku ifadesi
2. Heyecanlı görünüm
3. Yalnız kalmaktan kaçınma
4. Huzursuzluk
5. Duyarlılık
6. Sessiz ve sakin
7. Davranışlarını kontrol etmede güçlük
8. İletişimden kaçınma
9. Mahremiyetin azalması
10. Yüksek sesle ağlama
11. Sessizce ağlama
12. Yüz ifadesinde değişiklik
13. Ses çıkarma
14. Avuçlarını sıkma
15. Dudaklarını ısırma
16. Herhangi bir şeyi sıkma
17. Çığlık atma
18. Bulantı-Kusma
19. İnleme
20. Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma
21. Çevresindekileri suçlama
22. Muayene sırasında ebe ve doktora izin vermeme
23. Diğer.....

## \*\*\*Doğum sonu davranışları

1. Oturmakta zorlanma
2. Ağrılarının devam ettiğini belirtme
3. Bebeğini rahat emzirme
4. Bebeğini emzirmekte zorlanma
5. Bebeğini görmek istememe
6. Yorgun
7. Halsiz ve baygın
8. Mutlu
9. Üzgün
10. Diğer.....

7- İkinci evrenin başlangıç saati.....Bitiş saati: .....

8- İkinci evrenin toplam süresi:.....

9- Doğumun 2.evresinde annenin doğum eylemine katılma durumu?

1. Etkin ıknabiliyor
2. Söylenenleri uygulayabiliyor
3. Etkin ıknması yetersiz
4. Söylenenleri uygulamakta zorlanıyor
5. Diğer.....

10-Doğumun 2. evresinde yaşanan obstetrik problemler?

1. Problem yaşanmadı
2. Amniyotik sıvıda mekonyum varlığı
3. Fetal distres
4. Distosi
5. Omuz takılması
6. Diğer.....

11- Doğumun 2. evresinde yapılan müdahaleler nelerdir?

1. Yok
2. İndüksiyon
3. Amniyotomi
4. Fundal basınç
5. Vakum
6. Forseps
7. Epizyotomi
8. Diğer.....

12- Üçüncü evrenin başlangıç saati:..... Bitiş saati:.....

13- Üçüncü evrenin toplam süresi:.....

14- Doğum sonrası yapılan ilaçlar nelerdir?

1. 30 ü synpitana tamamlama
2. Methergin
3. Cytotec
4. Antibiyotik
5. Diğer.....

15- Doğum sonrası yapılan girişimler nelerdir?

1. Girişimde bulunulmadı
2. Fundus masajı yapıldı
3. Kan transfüzyonu uygulaması
4. Rektal cytotec uygulaması
5. Elle halas uygulaması
6. Epizyotomi tamiri
7. Laserasyon tamiri
8. Diğer.....

17- Doğum Eyleminin toplam süresi:.....

18-Doğum sonrası; Yenidoğanın APGAR Puanı: 1. Dk.....5. Dk.....

Yenidoğanın; Cinsiyeti..... Boyu ..... Ağırlığı..... Baş çevresi.....

19- Bebeğin genel sağlık durumu nasıl?

1. Annenin yanında
2. Etkili emiyor
3. Emmesi yeterli değil
4. Sevk edildi
5. Özel bakıma alındı
6. Oksijen tedavisi yapılıyor
7. Isıtılıyor
8. Diğer

**EK-3-****DOĞUM SONU GÖRÜŞME FORMU**

1-Bu doğuma ilişkin düşünceleriniz nelerdir?

1. Zor bir doğumdu                      2. Normal bir doğumdu  
3. Kolay bir doğumdu                4. Diğer.....

2-Doğum eylemini olumlu yönleri /olumsuz yönleri ile anlatır mısınız?

Olumlu yönleri/avantajları

- 1  
1.  
2.  
2.

Olumsuz yönleri/dezavantajları

3.  
3.  
4.  
4.

3-Doğum ağrısı hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Dayanılmaz bir ağrıydı  
2. Duyduklarım kadar varmış  
3. Beklediğimden daha kolay oldu  
4. Diğer.....

4-Ağrı odasının ortamı hakkında ne düşünüyorsunuz/nasıldı?

.....

5-Doğum sırasında yapılan müdahaleler sizi nasıl etkiledi? (lavman, suni sancı, muayeneler, karna bastırma vs...)

1. Lavman yapılmasını istemezdim/rahatsız etti  
2. Lavman yapınca kendimi hafiflemiş hissettim  
3. Ağrım varken muayene yapılması çok rahatsız ediciydi  
4. Suni sancı verilmesi ağrılarımı daha çok şiddetlendirdi/dayanılmaz oldu  
5. Suni sancı verildiğinde doğumum hızlandı bu da beni rahatlattı  
6. Doktorun/ ebelerin işlemden önce açıklama yapması güzeldi/rahatladım  
7. Doğum sırasında karnıma bastırmalarından dolayı korktum  
8. Doğum sırasında karnıma bastırmaları bebeğimin doğmasını kolaylaştırdı  
9. Diğer.....

6-Normal doğumda yaşadığımız ağrı nasıl bir ağrıydı?

.....

7- Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?.....

.....

## 8- Yapılan akupresür uygulamasının değerlendirilmesi ( DENEY GRUBU İÇİN)

Değerlendirme	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1)Doğumda yaşadığım ağrı beklediğim ağrıdan azdı					
2)Yapılan akupresür uygulaması rahatlamamda etkili oldu					
3)Doğum ağrısını azaltmak için yapılan akupresür uygulamasından memnun kaldım					
4)Yapılan akupresür uygulaması acı verici değildi					
5)Akupresür uygulamasını başka hastalara da öneririm					
6)Yapılan akupresür uygulamasını kendim de yapabilirim					
7)Akupresür uygulamasının ilerideki doğumlarımda da yapılmasını isterim					
8)Akupresür uygulaması beni rahatsız etmedi					
9)Akupresür uygulamasının eylem süresince sürekli yapılmasını isterdim					
10)Doğumumda aldığım akupresür uygulanan yeterli oldu					

**EK-4-**

**Visual Analog Scala (Görsel Kıyaslama Ölçeği)**

**Adı-Soyadı:**.....

**Uygulama:**.....

**Dayanılmaz Ağrı**

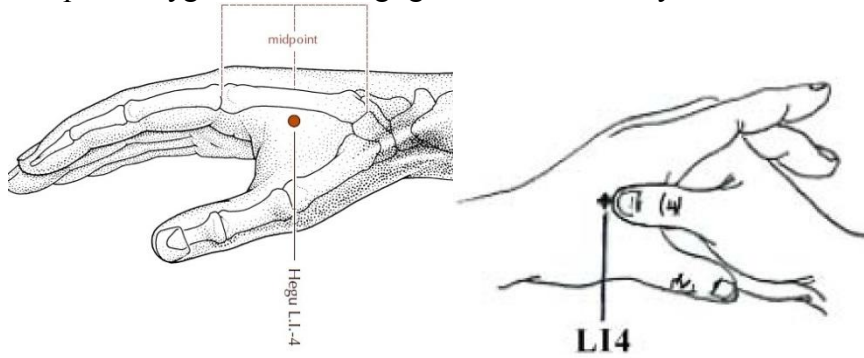


**EK-5-**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GEBE ONAM FORMU**  
(Deney Grubu için)

Bu çalışma, Yrd. Doç. Dr. Saadet YAZICI danışmanlığında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik yüksek lisans programı öğrencisi Yasemin HAMLACI tarafından yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir.

Çalışma, doğum eylemi sırasında uygulanan akupresürün doğum ağrısını algılama üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Akupresür uygulaması doğum ağrıları sırasında uygulanacak ve sekiz kontraksiyon boyunca devam ettirilecektir. Bütün bu uygulamalar sırasında herhangi bir rahatsızlık hissedilmeyecektir. İşlemlerle ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri öğrenmeye ve soru sormaya hakkınız vardır. Akupresür uygulamasının sağlığa zararlı bir etkisi yoktur.



Bu araştırmaya katılmama hakkınız vardır. Bu durum sizin bakımınıza etki etmeyecektir. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçla kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

**Yasemin Hamlacı**  
**İstanbul Üniversitesi**  
**Bakırköy Sağlık Bilimleri Fakültesi**

Ben,..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek koşulu ile kabul ediyorum.

**Tarih İmza**

**EK-6-**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GEBE ONAM FORMU**

(Kontrol Grubu için)

Bu çalışma gebelerin doğum eyleminde doğum ağrısını algılama durumları ve doğum süresini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Bu durum sizin bakımınıza etki etmeyecektir. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçla kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

**Yasemin Hamlacı**

**İstanbul Üniversitesi**

**Bakırköy Sağlık Bilimleri Fakültesi**

Ben,..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek koşulu ile kabul ediyorum.

**Tarih İmza**

**EK-10- ETİK KURUL KARARI**

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 2012/40  
Konu: GOKAEK / 2012-40 nolu Proje  
7.Kurul Toplantısı

02.07.2012

Sayın Yrd.Doç.Saadet YAZICI

Kurulumuz çoğunluğun katılımı ile Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu toplantısını yaparak;

Yürütücüsü olduğu "LI4 Noktasına uygulanan akupresürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisi " araştırma dosyası Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, oy birliği ile uygun olduğuna karar verilmiştir.

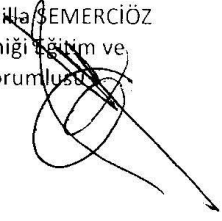
Gereği bilgilerinize sunulur.

Doç. Dr. Mustafa Hakan DİRİCKAL  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

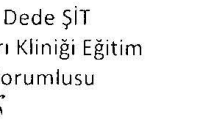


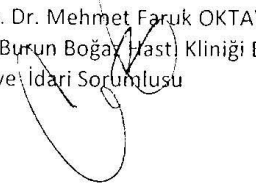
## GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR TOPLANTI KARARLARI 2012/40

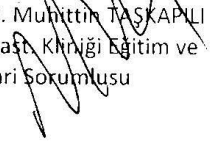
  
Doç. Dr. Mustafa Hakan DİNÇKAL  
Kardiyoloji Kliniği Eğitim ve  
İdari Sorumlusu

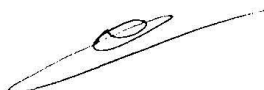
  
Prof. Dr. Atilla ŞEMERCİÖZ  
Üroloji Kliniği Eğitim ve  
İdari Sorumlusu


  
Doç. Dr. Rıza KUTANIŞ  
Genel Cerrahi Kliniği  
İdari Sorumlusu


  
Doç. Dr. Dede ŞİT  
İç Hastalıkları Kliniği Eğitim  
ve İdari Sorumlusu  
İZİRLİ


  
Doç. Dr. Mehmet Faruk OKTAY  
Kulak Burun Boğaz Hast. Kliniği Eğitim  
ve İdari Sorumlusu

  
Doç. Dr. Muhtetin TAŞKAPILI  
Göz Hast. Kliniği Eğitim ve  
İdari Sorumlusu

  
Uz. Dr. Özgül YİĞİT  
Çocuk Sağlığı ve Hast. Kliniği Eğitim  
ve İdari Sorumlusu

  
Uz. Dr. Mehmet Murat NAKİ  
Kadın Hast. ve Doğum Kliniği Eğitim  
ve İdari Sorumlusu

  
Uz. Dr. Ümit Seza TETİKKURT  
Patoloji Kliniği Eğitim ve  
İdari Sorumlusu

  
Uz. Dr. Suat Hayri KÜÇÜK  
Biyokimya ve Klinik Biyokimya  
Laboratuvar Sorumlu Hekimi

## EK-8: Araştırmanın Yapılabilmesi için Alınan Kurum Onayı

### PROTOKOL

#### Taraflar:

#### Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yüksek lisans öğrencisi Yasemin HAMLACI* arasında yapılmıştır.....

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Bağcılar E.A.H.* .....

Çalışmanın adı: "L14 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Sonrası Ağrısına Etkisi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: *Yasemin HAMLACI* .....

#### Konusu:

#### Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

#### Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç: 07.09.2012 / Bitiş: 07.12.2012

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

#### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

#### Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

#### Ek Bilgi:

#### Taraflar:

...../...../2012

Adı-Soyadı  
Yasemin HAMLACI



...../...../2012

Uzm.Dr.Fetih Rüştü YILDIZ  
Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

07/09/2012

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU  
Sağlık Müdürü



**EK-9: Fotoğrafların Kullanım İzni**

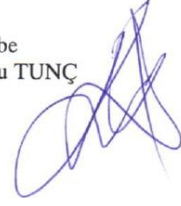
22.08.2012

Ben Arzu TUNÇ; İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümünde Yüksek Lisans yapmakta olan Yasemin HAMLACI'nın "LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi" konulu tez çalışmasına uygulama grubuna dahil olmak üzere katılıyorum. Ayrıca, bana uygulama yapılırken fotoğraf ve video çekilmesine izin veriyorum. Bu fotoğraf ve videoların sadece, tez çalışmasını yürüten kişinin tezinde ve yayınladığı makalelerde kullanılmasına izin veriyorum.

Yüksek Lisans Öğrencisi  
Yasemin HAMLACI



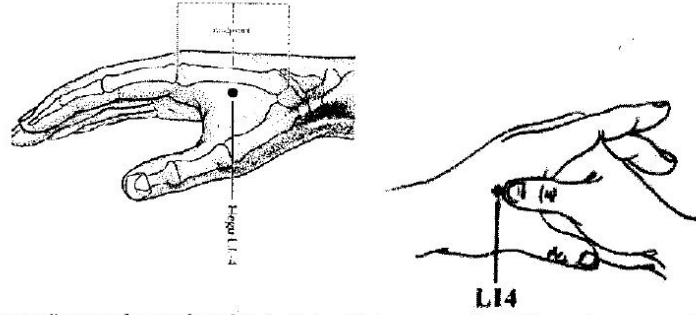
Gebe  
Arzu TUNÇ



## EK-10: Akupresür Konusunda Alınan Danışmanlık

10.02.2012 tarihinde, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi olan Yasemin HAMLACI' ya akupresürün nereye ve nasıl yapılacağı, punktometreyi nasıl kullanacağı ve akupresürde dikkat edilmesi gereken konularla ilgili iki saatlik eğitim verilmiş ve uygulamalı olarak gösterilmiştir. Kısaca eğitimde anlatılan konuların içeriği şöyledir;

Akupresürde LI4 uygulama noktasının belirlenmesi; LI4 noktası el sırtı üzerinde, birinci ve ikinci metakarpal kemikler arasında, ikinci metakarpal kemiğin orta noktasında ve radyal sınıra yakındır. Uygulayıcı, noktayı bulmak için punktometre denilen akupunktur nokta bulucu aleti edinmiş ve bunun nasıl kullanılacağına dair bilgi almıştır.



Akupresür uygulanacak nokta belirlendikten sonra, bu bölgeye baş parmağımızın ucuyla (parmağın yumuşak etli, yuvarlak kısmı) önce yatay olarak, daha sonra parmağımızla daireler çizerek kontraksiyon boyunca basınç uyguluyoruz. Parmağımızı dikey olarak değil, yatay olarak kullanmamız gerekmektedir. Basınç hissedilir düzeyde olmalıdır.

Akupresürde uygulanacak basıncın şiddeti çok önemlidir. Basınç ne çok hafif ne de çok şiddetli olmalıdır. Uygulama sırasında akupresür uygulanan kişi acı çekiyorsa uygulama hatalı yapılıyor demektir.

Akupunktur uzmanı  
Gül ÖZTÜRK

*Gül Öztürk*  
gül ÖZTÜRK.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Yasemin	<b>Soyadı</b>	HAMLACI
<b>Doğ.Yeri</b>	İstanbul	<b>Doğ.Tar.</b>	02.05.1988
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	-
<b>Email</b>	yaseminhamlaci@gmail.com	<b>Tel</b>	(555)6080628

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Yük.Lis.</b>	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu	2010
<b>Lise</b>	İbrahim Turhan Lisesi (Y.D.A.)	2006

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Doğumhanede Ebe	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-halen
2.	Jinekoloji Servisinde Ebe	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2010-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	orta	orta	zayıf	50	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	85.173	85.801	85.653

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (excel, word, power point)	iyi
SPSS	orta

### Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Hamlacı, Y., Özkan, Z., Almas, M. ve Yazıcı, S. (2010). Ebelik Öğrencilerinin Ebelik Mesleğine ve Eğitimine Yönelik Görüşleri. 1.Ulusal ve Uluslararası Ebelik Kongresi. 5-7 Mayıs 2010. İzmir. (Sözel Bildiri)

1.Ulusal ve Uluslararası Ebelik Kongresi Katılım Belgesi (5-7 Mayıs 2010)

İ.Ü. C.T.F. Adolesan Sağlığı Sempozyumu Katılım Belgesi (27-28 Mart 2008 )

Neonatal Resusitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası (24-26 Mayıs 2010)

Okul 2.liği (2010)

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Fotoğrafçılık, Kitap okumak