

NÜKHEK KAÇAR

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

**MEKANİK MASAJ İLE SICAK MEKANİK MASAJ UYGULAMASININ
ALGILANAN DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM DENEYİMİNE ETKİSİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

NÜKHET KAÇAR

DOÇ. DR. NESLİHAN KESER ÖZCAN

**EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 20.06.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul
edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Neslihan KESER ÖZCAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Hüsniye DİNÇ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

Nükhet KAÇAR

İTHAF

Evrendeki tüm kadınlara ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince yardım ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, ilgi ve sevgisini hep hissettiren, daima sunduğu bilimsel desteği ile yolumu aydınlatan çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Neslihan KESER ÖZCAN'a

Yüksek lisans eğitimim süresince bana farklı bakış açıları kazandıran, ufkumu genişleten ve üzerimde emeği olan çok kıymetli T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Hocalarıma

Çalışmanın yapılmasına onay veren T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne

Araştırmanın yapılmasına onay veren Ankara İli T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Sayın Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN başta olmak üzere, tüm hastane yöneticilerine

Çalışmanın yürütülmesine destek olan ve çalışma boyunca işbirliğinde bulunan Ankara İli T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Salonu Ünitesi'nde çalışan çok kıymetli meslektaşlarım ebeler başta olmak üzere doğum salonu ekibine,

Çalışmaya katılma nezaketi gösteren, bana inanan ve beni destekleyen sevgili gebelerime

Hayatımın her safhasında bana bir şeyleri yapabileceğim inancını veren, sevgileri ile beni hiç yalnız bırakmayan ve destekleyen çok kıymetli, eşsiz aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
ZUSAMMENFASSUNG / RESUME.....	XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Doğum Süreci	4
2.2. Doğumun Evreleri.....	4
2.2.1. Birinci Evre	4
2.2.1.1. Latent Faz.....	4
2.2.1.2. Aktif Faz.....	5
2.2.1.3. Geçiş Fazı.....	6
2.2.2. İkinci Evre.....	6
2.2.2.1. Erken İkinci Evre	6
2.2.2.2. Geç İkinci Evre	7
2.2.3. Üçüncü Evre.....	7
2.2.4. Dördüncü Evre	8
2.3. Ağrı ve Ağrının Nörofizyolojisi.....	8
2.3.1. Ağrı Teorileri	9
2.3.1.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT):	9
2.3.1.2. Endorfin Teorisi:	10
2.3.1.3. İnteraktif Ağrı Modeli:	11
2.3.1.4. Spesifite Teorisi:	11

2.3.1.5. Yoğunluk Teorisi:	11
2.3.1.6. Pattern Teorisi:	11
2.3.2. Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	12
2.3.2.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) / Visual Analogue Scale (VAS):	12
2.3.2.2. Numeric Rating Scale (NRS):	12
2.3.2.3. McGILL Melzack Ağrı Soru Formu (MASF):	13
2.3.3. Doğum Ağrısının Mekanizması, Fizyolojisi ve Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler	13
2.3.4. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi	15
2.3.4.1. Doğumun Birinci Evresindeki Ağrı:	15
2.3.4.2. Doğumun İkinci Evresindeki Ağrı:	16
2.3.4.3. Doğumun Üçüncü ve Dördüncü Evresindeki Ağrı	16
2.3.5. Doğum Ağrısının Etkileri.....	16
2.3.5.1. Doğum Ağrısının Olumsuz Etkileri	16
2.3.5.2. Doğum Ağrısının Olumlu Etkileri	17
2.4. Doğum Ağrısının Yönetimi	17
2.4.1. Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler	18
2.4.1.1. Sistemik Analjezikler	18
2.4.1.2. Paraservikal ve Pudental Blok:	19
2.4.1.3. Rejyonel Analjezi/ Anestezi:.....	19
2.4.2. Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yöntemler	20
2.4.2.1. Farmakolojik olmayan yöntemlerin avantajları ve dezavantajları	36
2.4.2.2. Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasında ebenin rolü	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Amacı	38
3.2. Araştırmanın Türü.....	38
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	38
3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	39
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	41
3.7. Grupların Oluşturulması (CONSORT Doğrultusunda)	41
3.8. Çalışmaya Alınma Ölçütleri	44
3.9. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	44

3.10. Çalışmaya Alınan Vakaların Sonlandırılma Ölçütleri	44
3.11. Veri Toplama Araçları	44
3.11.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	45
3.11.2. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	46
3.11.3. Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu	46
3.11.4. Doğum Deneyimi Ölçeği	46
3.11.5. Vizüel Analog Skala	48
3.11.6. Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu	49
3.11.7. Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu	49
3.12. Araştırmada Kullanılan Araç Gereç.....	50
3.12.1. Mekanik Masaj Uygulamasında Kullanılan Bilyeli Masaj Eldiveni	50
3.12.2. Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasında Kullanılan Kiraz Çekirdekli Yastık...50	
3.13. Verilerin Toplanması	51
3.13.1. Ön Hazırlık Aşaması.....	51
3.13.2. Klinik Oryantasyonunun Sağlanması.....	51
3.13.3. Uygulama Basamakları	52
3.13.3.1. Bilgilendirme.....	52
3.13.3.2. Uygulama	52
3.14. Araştırmada Öngörülen İstatistiksel Yöntemler	56
3.15. Araştırmanın Sınırlılıkları	57
3.16. Araştırmanın Güçlü Yönleri	58
3.17. Araştırmanın Zor Yönleri	58
3.18. Araştırmanın Etik Boyutu	59
4. BULGULAR.....	60
4.1. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	60
4.2. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	62
4.3. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	67
4.4. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	71

4.5. Deney Gruplarındaki Gebelerin Mekanik Masaj Ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular.....	73
4.6. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürelerine Ait Bulguların Karşılaştırılması.....	76
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	78
5.2. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	82
5.3. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	83
5.4. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	91
5.5. Deney Gruplarındaki Gebelerin Mekanik Masaj Ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular.....	96
5.6. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürelerine Ait Bulguların Karşılaştırılması.....	99
KAYNAKLAR.....	108
FORMLAR.....	134
ETİK KURUL KARARI.....	157
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	161
ÖZGEÇMİŞ.....	162

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Veri Toplama Araçları	45
Tablo 3-2: Doğum Deneyimi Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Orjinal Çalışmadaki ve Bu Çalışmadaki Güvenirlik Değerleri	48
Tablo 3-3: Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	57
Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4-2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması	63
Tablo 4-3: Adet Ağrısını Gidermede Başvurulan Yöntem.....	64
Tablo 4-4: Gebelikte Düzenli Kontrol Sayı Ortalamaları.....	65
Tablo 4-5: Gebelikte Doğum Ağrısını Azaltmaya Yönelik Bilgi Edinme Kaynakları...	66
Tablo 4-6: Gebelerin Doğum Ağrısını Azaltmada Bildikleri Yöntemler	67
Tablo 4-7: Çalışmaya Katılan Gebelerin Doğum Eyleminde Algıladıkları Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması	68
Tablo 4-8: Çalışmaya Katılan Gebelerin Doğum Deneyim Algılarının Karşılaştırılması	72
Tablo 4-9: Çalışmaya Katılan Gebelerin Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	73
Tablo 4-10: Masaj Uygulamasını Kimin Uygulayacağını Tercih Etme Durumu.....	75
Tablo 4-11: Gebelerin Aktif Faz-Geçiş Fazı İle Geçiş Fazı-Doğum Arasındaki Süreleri	76

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: Consort Akış Şeması	43
Şekil 3-2: Mekanik Masaj Uygulamasında Kullanılan Bilyeli Masaj Eldiveni.....	50
Şekil 3-3: Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasında Kullanılan Kiraz Çekirdekli Yastık..	51
Şekil 3-4: Araştırmanın Akış Şeması- Akış Diyagramı.....	53



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG:	The American College Of Obstetricians And Gynecologists
ACTH:	Adenokortikotropik Hormon
AWHONN:	Association Of Women's Health, Obstetric And Neonatal Nurses
GKÖ:	Görsel Kıyaslama Ölçeği
IASP:	The International Association For The Study Of Pain
KKT:	Kapı Kontrol Teorisi
LI4:	Large Intestine 4 / He Gu Point 4
MASF:	Melzack Ağrı Soru Formu
MM:	Mekanik Masaj
NICE:	National Institute For Health And Care Excellence
NRP:	Neonatal Resüsitasyon Programı
NRS:	Numeric Rating Scale
SMM:	Sıcak Mekanik Masaj
SP6:	Spleen 6 / San Yin Jiao Point 6
TENS:	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation / Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı/
VAS:	Visual Analogue Scale
WHO:	World Health Organization

ÖZET

Kaçar, N. (2019). Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı Ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma mekanik ve sıcak mekanik masaj uygulamasının doğum ağrısı ve deneyimine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Randomize kontrollü, deneysel olarak gerçekleştirilen araştırmanın örneklemini Kasım 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında Ankara’da Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Zekai Tahir Burak KS Eğitim Araştırma Hastanesi’ne başvuran ve araştırma koşullarını sağlayan 210 (70-Deney A, 70-Deney B, 70-Kontrol) primipar gebe oluşturdu. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi, Doğum Eylemine İlişkin İzlem, Mekanik ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu, Doğum Deneyim Ölçeği, Deney ve Kontrol Grupları İçin Vizüel Analog Skala(VAS) kullanıldı. Doğum sürecinin 4-5cm ve 7-8cm servikal dilatasyon aşamalarında deney grubu-A’daki gebelere mekanik, deney grubu-B’deki gebelere sıcak mekanik masaj uygulaması gerçekleştirilirken, kontrol grubuna da standart ebelik bakımı verildi. Deney gruplarının hastaneye kabulde, birinci ve ikinci masaj uygulaması sonrasında, 30., 60. dakikasında ve doğum sonu 30. dakikada VAS puanı değerlendirildi. Kontrol grubunun hastaneye kabulde, 4-5cm ve 7-8cm servikal dilatasyon sonrasında, 30., 60. dakikasında ve doğum sonu 30. dakikada VAS puanı değerlendirildi. Deney gruplarındaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre doğum ve doğum sonu ağrı düzeyleri daha düşük, doğumun geçiş fazı daha kısa, doğum sonu memnuniyet düzeyleri daha yüksek olarak belirlendi. Doğum ağrısını azaltmada mekanik masaj, masaj memnuniyetinde ise sıcak mekanik masaj daha etkili bulundu.

Sonuç olarak mekanik ve sıcak mekanik masaj uygulamasının doğum ağrısının yönetiminde tek başına veya birlikte etkili ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılabileceği, doğum sonu memnuniyeti artırabileceği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ağrı kontrolü, doğum, doğum ağrısı, hasta memnuniyeti, masaj

ABSTRACT

Kaçar, N. (2019). The Comparison of the Effect on Perceived Labor Pain and Labor Experience of Mechanical Massage and Warm Mechanical Massage Application. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Midwifery. Master's Degree Thesis. Istanbul.

The research was actualized to identify the effect on labor pain (LP) and experience of mechanical massage application (MMA) and warm mechanical massage application (WMMA).

The sample of randomized-controlled, experimental research was composed by 210 primiparous pregnant, consulted to Dr.Zekai Tahir Burak WHER Hospital in Ankara between the dates November 2018-April 2019 and provided the research conditions. Form of Introductory Information, Follow-Up Related to Labor Action and Question Related to Mechanical and Warm Mechanical Massage Application, Childbirth Experience Questionnaire (CEQ), Visual Analogue Scale for Experiment (EG) and Control Groups (CG) were used to collect data. While MMA to pregnant in EG-A and WMMA to pregnant in EG-B were given, standard midwifery care was given to CG at 4-5cm and 7-8cm cervical dilation. EG's VAS point was evaluated, when admitted to hospital, after, at 30th and 60th minutes of first and second massage application and at 30th minute after birth. CG's VAS point was evaluated when admitted to hospital, after, at 30th and 60th minutes of 4-5cm and 7-8cm cervical dilation and at 30th minute after birth. It was identified that the women in experiment group's labor and afterbirth pain level is lower, labor transition phase is shorter and afterbirth satisfaction level is higher than the women in control group. While MMA was found more effective at LP reduction, WMMA was found more effective at massage satisfaction.

Consequently it was identified that in LP management, M&WMMA may be used alone or together as a reliable and effective method and may increase after birth satisfaction.

Key Words: Pain Control, Labor, Labor Pain, Patient Pleasure, Massage

ZUSAMMENFASSUNG / RESUME

Kaçar, N .(2019). Der Vergleich der Auswirkungen zwischen den bemerkten Geburtsschmerzen, als auch der Geburtserfahrung der mechanischen Massage und ebenso der warmen mechanischen Massagesanwendung. Istanbul Universität-Cerrahpasa, Institut der diplomierten Studien, Programm der Geburtshilfe. Doktorands These. Istanbul.

Die Forschung wurde durchgeführt, um die Auswirkungen auf den Geburtsschmerzen und die Erfahrung der mechanischen Massagesanwendung (MMA) und ebenso der warmen mechanischen Massagesanwendung (WMMA).

Das Probe der zufällig-kontrolliert-experimentellen Forschung wurde von 210 erstmalig gebärenden schwangeren Frauen geformt, die zum Dr. Zekai Tahir Burak FGAF Krankenhaus in Ankara im Zeitraum von November 2018-April 2019 befragt wurden und die Forschungsbedingungen erfüllt haben. Die Form der einführenden Informationen, die Geburtsfolgeformen und die Fragebögen der mechanischen als auch der warmen mechanischen Massagesanwendung, ebendieser Geburtserfahrungsfragebögen, als auch der sichtbaren Analogmaßstäbe für Experiment und Kontrollgruppe wurden dazu verwendet, Daten zu sammeln. Einerseits wurde die MMA schwangeren Frauen in der Experimentgruppe-A gegeben und die WMMA wurde schwangeren Frauen in der Experimentgruppe-B gegeben, andererseits wurde die normale Geburtshilfspflege der Kontrollgruppe gegeben, während der 4-5cm und 7-8cm zervikal Dilatation. Die Punkte der Experimentengruppe wurde evaluiert, wann ins Krankenhaus eingeliefert wurde, nach, 30. und 60.Minuten der erste und zweite Massagesanwendung und 30.Minuten nach der Geburt. Die Punkte der Kontrollgruppe wurde evaluiert, wann ins Krankenhaus eingeliefert wurde, nach, 30. und 60.Minuten der 4-5cm und 7-8cm zervikal Dilatation und 30.Minuten nach der Geburt. Es wurde herausgefunden, dass der Schmerzgrad der Frauen in der Experimentgruppe während der Geburt und nach der Geburt niedriger ist, die Geburtsüberleitungphase kürzer ist und die Befriedigungsphase nach der Geburt höher ist, als die Frauen in der Kontrollgruppe. Einerseits wurde die MMA als wirksamer bei dem Geburtsschmerzabbau empfunden, andererseits wurde die WMMA als wirksamer bei der Massagenbefriedigung empfunden.

Folglich wurde ermittelt, M&WMMA allein oder zusammen als eine zuverlässige und wirksame Methode benutzt werden kann und die nach der Geburt Befriedigung bereitstellen kann.

Die Schlüsselwörter: Schmerzkontrolle, Geburt, Geburtsschmerz, Geduldiges Vergnügen, Massage

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Latince poena (ceza, intikam, işkence) sözcüğünden türemiş olan ağrı (pain), “hastalık, bedensel yaralanma veya organik bozukluğa bağlı rahatsızlık verici bir duygu” olarak tarif edilirken, Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) tarafından ağrı; doku, potansiyel doku hasarı ile birlikte olan ya da böyle bir hasar süresince tanımlanan duyuşsal ve emosyonel deneyim olarak tanımlanmıştır (Köksal 2013).

Menstruasyon, gebelik, doğum, doğum sonrası, emzirme, menopoş gibi pek çok durum normal fizyolojik olaylardır. Oysa günümüzde doğum eylemi fizyolojik değil daha çok tıbbi bir durum olarak değerlendirilmekte ve pek çok kadının bu deneyimi olumsuz yaşamasına katkı sağlanmaktadır. Kanıta dayalı tıbbi esas alan, insan haklarına duyarlı, sosyo-kültürel açıdan hassas yaklaşım gösteren kaliteli bakım ile sağlık profesyonellerinin fizyolojik süreçleri kolaylaştırarak kadınlara olumlu doğum deneyimi yaşatmaları mümkündür (Moralı 2011; Köksal 2013; ICM 2017; WHO 2018).

Doğum ağrısı, doğum sürecinin başlaması ile kendini gösteren birtakım duyuşsal uyarılara verilen çok boyutlu öznel bir yanıttır. Diğer akut ve kronik ağrı deneyimlerinin aksine, doğum ağrısının patolojiyle değil, hayatın deneyimlerinin en temel ve temeliyle - yeni hayatın ortaya çıkmasıyla - ilişkili olduğu görülür. Doğum ağrısı, bir kadının fizyolojisi, psikolojisi ve onu çevreleyen kültür sosyolojisi bağlamında ortaya çıkar (Lowe 2002; Taşçı 2007; Sayın 2015).

Doğum ağrısının nöro-fizyolojisini incelediğimizde; uterusu giden kan akışının kontraksiyonlar sırasında azalması ve dokularda hipoksiye neden olması, servikal dilatasyon ve serviksin gerilmesi, pelvik yapılarda baskı ve çekilme olması, vajinanın ve perinenin distansiyonu gibi dört farklı kaynağı olduğu görülmektedir. Doğum ağrısını etkileyen diğer faktörler ise, kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği, fetüsün ağırlığı ve pozisyonu, hormonal etkiler, annenin yaşı, fiziksel durumu, doğum sayısı ve yaşanmış deneyimler, yapılan uygulamalar ve doğum çevresi, anksiyete ve korku, kültür, rahatlık, konfor ve doğum desteği, doğuma hazır olma durumu, doğum sürecinin anlaşılması ve doğumun dili olarak sınıflandırılabilir (Kömürcü 2013).

Doğum ağrısını azaltma çabaları; sadece ağrı kesici ilaçları değil, aynı zamanda destekleyici diğer ilaçları, çeşitli önleyici girişimleri, çok yönlü teknoloji kullanımını da

içerir. Tüm bu süreçleri yönetebilecek becerilere sahip sağlık personeli de ağrı yönetiminde vazgeçilmezdir (Simkin 2004).

Geçmişteki ağrı ve doğum deneyimleri, sonraki gebelikler üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Doğum ağrısının iyi yönetilmesinin yaratacağı olumlu etki sonraki doğum deneyimlerinin de olumlu yaşanması için bir fırsat yaratabilir (Trout 2004).

Doğum ağrısını yönetmede farmakolojik yöntemler ve farmakolojik ajan içermeyen yöntemler gibi iki farklı yaklaşım bulunmaktadır. Son yıllarda doğumun doğal fizyolojik bir süreç olduğu inancının yaygınlaşmasıyla beraber, farmakolojik ajan içermeyen yöntemler doğum esnasında ağrı yönetiminde daha fazla tercih edilmeye başlanmıştır. Daha az yan etki göstermesi, daha basit ve kolay uygulanabilir olması, daha düşük maliyet gerektirmesi, direkt olarak ağrıyı azaltmak yerine kadının doğum ağrısı ile başa çıkmasına yardımcı olması ve ağrı yönetiminde denetimi kadına vermesi gibi çeşitli faktörler bu yöntemlerin tercih edilmesinin en önemli nedenleri arasında bildirilmektedir (Ali 2018; ACOG 2019).

Farmakolojik yaklaşım ağrıyı azaltmakta fakat kadının acı ve endişesini gidermemektedir. Farmakolojik olmayan yaklaşım ise yalnızca fiziksel ağrı duyularına değil, aynı zamanda bakımın psiko-duygusal ve manevi bileşenlerini geliştirerek acıyı önlemeye yönelik çok çeşitli teknikleri içermektedir (Simkin 2004; Avcıbay 2011; ACOG 2019).

Obstetrik bakım vericiler kullanılabilecek yöntemleri kadına önererek, kadının kendi tercihini yapmasına fırsat tanınmalıdır. Tercih edilen yöntem ya da yöntemleri ağrıyı hafifletmek, doğumun ilerlemesini arttırmak için kullanarak, kadının acı ve stresiyle başa çıkmasına ve kendi gücünü kullanmasına, psikolojik rahatlık duygusu yaşamasına destek olmalıdır (Simkin 2004; NICE 2014; NICE 2015; ACOG 2019).

Farmakolojik ajan içermeyen yöntemlerden; intradermal steril su uygulaması, hareket ve pozisyon değiştirme, doğum dansı, dokunma, akupunktur, akupresür, transkütan elektrik sinir uyarımı, aromaterapi, duş, sıcak ve soğuk uygulama, yoga, karşı basınç uygulama, doğum topu kullanma, masaj uygulama gibi bazı mekanik ve invaziv girişimlerin fizyolojik olarak ağrıyı azalttığı; doğuma hazırlık eğitimi, gevşeme ve solunum teknikleri, müzik dinleme, hipnoz uygulama, odaklanma, duygusal destek verme, hayal kurma gibi diğer tekniklerin ise kadının anksiyetesini azaltarak doğum ağrısını yönetmeye katkı sağladığı bildirilmektedir (Brown 2001; Leeman 2003; Simkin

2004; Taşçı 2007; Tournaire 2007; Yanarates 2007; Mamuk 2010; Kömürcü 2013; Chaillet 2014; Karabulutlu 2014; Durmaz 2015; Gayeski 2015; Akın 2017; Alkan 2017).

Literatür incelendiğinde; yoga yapan gebelerde, algılanan stres ve depresyonun etkin bir şekilde azaldığı, doğumda öz yeterlilik ve farkındalık düzeylerinin ise arttığı bulunmuştur (Pan 2019). Doğum sırasında bel ağrısı çeken kadınların steril su enjeksiyonu uygulamasından sonra ağrılarının azaldığı ortaya konmuştur (Fouly 2018; Genç Koyucu 2018). Cochrane sistematik derlemesinde doğumun latent fazında müzik dinletilen gebelerin doğum ağrı skorları daha düşük bulunmuştur (Smith 2018). Akupunktur doğum süresi ve doğum ağrısını azaltmada, kaygıyı azaltarak sedasyon sağlamada ve analjezik gereksinimini düşürmede etkili bulunmuştur (Zhao 2017; Samadi 2018). 2019 yılında yapılan bir başka sistematik incelemede de aromaterapi uygulamasının doğum eyleminin ilk aşamasında anksiyete düzeylerini azaltmak için kullanılabilir bir yöntem olduğu belirlenmiştir (Ghiasi 2019). Smith tarafından masaj, refleksoloji ve diğer yöntemlerin de incelendiği bir sistematik derlemede; ağrıyı azaltmada, doğumun süresini kısaltmada ve kadınların kontrol duygusunu ve doğumun duygusal deneyimini iyileştirmede, masajın önemli bir role sahip olduğu bildirilmiştir (Smith 2018). Çalışmalar gösteriyor ki doğum ağrısının iyi yönetilmesi ve farmakolojik ajan içermeyen yöntemlerin uygulanması, doğum ağrısını azaltabilir, doğum süresini kısaltabilir ve doğum memnuniyetini artırabilir (Penny 2002; Durmaz 2015).

Doğum ağrısını yönetmede farmakolojik ajan içermeyen yöntemlerin kullanımına ilişkin pek çok çalışma olmasına rağmen, yöntemlerin birbirine üstünlüğünü inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada doğum ağrısının azaltılmasında etkinliğine ilişkin kanıtlar bulunan mekanik masajın etkinliğinin bir kez daha sınanması ve sıcak mekanik masaj uygulamasının etkinliği ile karşılaştırılmasının yapılması amaçlanmıştır. Araştırmada mekanik masaj ile sıcak mekanik masaj uygulamasının, algılanan doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisinin karşılaştırılması incelenecek ve sonucunda hangi yöntemin daha etkin olduğu değerlendirilerek, doğum ağrısı kontrolünde önerilen yöntemler içinde etkinlikleri bakımından bir öncelik sıralaması yapılabilmesine katkı sağlanacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Süreci

Doğum uterusun içinde büyüme ve gelişimini tamamlayarak, dış ortamda yaşamını devam ettirebilme yeteneği kazanan fetüsün, uterus kontraksiyonları ve diğer birtakım yardımcı mekanizmalar ile fizyolojik olarak doğum kanalından geçmesi ve devamında, fetüs ve diğer gebelik ürünlerinin dışarıya atılmasından oluşan bir süreçtir (Taşkın 2007; Coşkun 2012).

22. gebelik haftasından sonra sulu vajinal akıntı veya vajinadan su gelmesi, kan lekeli mukus akıntısının olması, aralıklı karın ağrısı ya da kasılma varlığı ile serviksin incilmesi, servikal çapta artışın olması doğum sürecinin başladığını tanımlamaktadır (WHO 2017).

2.2. Doğumun Evreleri

Doğum eylemi belli bir sırayla gerçekleşen dört evreden meydana gelmektedir.

2.2.1. Birinci Evre

Doğumun birinci evresi, uterus kontraksiyonları sebebiyle hissedilen gerçek doğum ağrıları ile başlayıp, serviksin silinmesi ve dilatasyonunun tamamlanması ile sonlanır (Harrington 2008; Selman 2013; Brown 2017; Milton 2017; Rhoades 2017; Todd 2017; Traci 2017).

Doğum sürecinin bu evresi kendi içinde, sırasıyla latent ve aktif faz olarak iki fazda ilerleme kaydeder (Harrington 2008; Selman 2013; Brown 2017; Milton 2017; Rhoades 2017; Todd 2017; Traci 2017).

2.2.1.1. Latent Faz

Doğum belirtilerinin gizli seyrettiği latent faz, en uzun, en az yoğun ve düzensiz kasılmaların olduğu fazdır. Bu fazda serviksi yumuşatan ve kısaltan düzensiz kasılmalar gittikçe daha iyi kordine olup, sık hale gelerek, fetüsün geçebilmesi için serviksin genişlemesine yardımcı olur. Servikal dilatasyon bu fazda 4cm'ye kadar genişler. Bu aşamada gebe kadın heyecanlı, gergin, kaygılı ya da sakin olabilir. Gebeye bu aşamada eğitim vermek, farmakolojik olmayan ağrıyla baş etme yöntemlerini öğretmek, uygulamak, destek olmak, oral hidrasyonu sağlamak faydalı olabilir (Harrington 2008;

Selman 2013; Brown 2017; Milton 2017; Rhoades 2017; Todd 2017; Traci 2017; Öztürk Can 2018; ACOG 2019).

Latent fazın süresini net olarak söylemek zordur (Brown 2017; Todd 2017). Birleşik Krallığa ait National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2014 yılında yayımladığı, 2017 de güncellediği kılavuzda latent fazı düzenli olmayan kasılmalar ve 4cm'ye kadar olan servikal dilatasyondaki değişiklikler olarak tanımlamıştır (NICE 2014).

World Health Organization – WHO 2017 yılında yayımladığı kılavuzda latent fazı servikal dilatasyonun 4cm'den daha az olması olarak tanımlamıştır (WHO 2017). WHO 2018 yılında yayımladığı kılavuzda ise latent fazı ağrılı uterus kasılmaları ve servikal dilatasyonun 5cm'ye kadar ilerlemesi olarak tanımlanmasını önermiştir. Latent fazın süresi için bir standart olmadığını belirtmiştir (WHO Recommendations 2018).

The American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG maternal ve fetal sağlık açısından güven vermeyen herhangi bir durum söz konusu değil ise, servikal açıklığın 4-6cm olana kadar aşamasının doğumun latent fazı olarak kabul edilmesi gerektiğini bildirmiştir (ACOG 2019).

2.2.1.2. Aktif Faz

Doğumun aktif fazı, uterustaki gelişmelerin daha belirgin yaşandığı aşamadır. Servikal dilatasyon daha hızlı gerçekleşir. Kasılmalar gittikçe daha sık, daha güçlü ve ağrı verici özellik gösterir. Mevcut fetal kısmın inişi ile karakterizedir. Kasılma sırasında sırt ve/veya karın bölgesinde şiddetli ağrı, baskı hissedilebilir. Bu evrede ıkınma hissi oluşur. Serviksin tamamen açıklığı sağlanana kadar gebe kadının ıkınmaması sağlanmalıdır (Harrington 2008; Selman 2013; Brown 2017; Milton 2017; Rhoades 2017; Todd 2017; Traci 2017).

Aktif faz ortalama olarak nulliparalarda 5 ila 7 saat, multiparalarda 2 ila 4 saat sürer. Servikal açıklığın nulliparalarda yaklaşık 1.2 cm/ saat, multiparalarda 1.5 cm/saat genişlenmesi beklenir (Brown 2017; Rhoades 2017).

NICE 2017 güncellenen kılavuzunda aktif fazı düzenli kasılmalar ve 4cm'den fazla olan servikal dilatasyondaki değişiklikler; aktif fazın süresini ise primiparlar için 18 saati aşmayan ortalama 8 saat; multiparlar için 12 saati aşmayan ortalama 5 saat olarak tanımlamıştır (NICE 2014; Demir 2018; Ertopçu 2018).

WHO 2017 yılında yayımladığı kılavuzda aktif fazı saatte 1 cm veya daha fazla servikal dilatasyon ilerlemesi, fetal başın inişi ve 4cm ile 10 cm servikal dilatasyon arası olarak tanımlamıştır (WHO 2017). WHO 2018 yılında yayımladığı kılavuzda ise aktif fazı ağırlı uterus kasılmaları ve servikal dilatasyonun 5cm'den tamamlanıncaya kadar hızlı ilerlemesi olarak tanımlanmasını önerirken, aktif fazın süresini primiparlarda 12 saati, multiparlarda 10 saati geçmemesi gerektiğini belirtmiştir (Demir 2018; Ertopçu 2018; WHO Recommendations 2018).

Bu fazda ağrı kontrolünde azalma, endişede artış vardır. Gebenin dikkati dağılabilir, iletişim kurmakta zorlanabilir ve yorgunluk artar. Bulantı ve kusma, hiperventilasyon görülür. Bacaklarda titreme, yüz bölgesinde terleme, ıkınma hissi belirtileri gözlemlenir (Kömürcü 2013; Öztürk Can 2018).

2.2.1.3. Geçiş Fazı

Doğumun geçiş fazı servikal dilatasyon 8 cm ile açıklığın tamamlanması arasındaki süreçtir (Taşkın 2007).

2.2.2. İkinci Evre

Servikal dilatasyonun 10 cm olması ile başlayan ikinci evre, bebeğin doğum kanalından ilerlemesi ile devam eder ve bebeğin doğması ile sonlanır (Harrington 2008; Brown 2017; Cheng 2017; Milton 2017; Todd 2017; Traci 2017). Kasılmalar birinci evreye göre farklı olabilir. Kasımlara güçlü bir itme dürtüsü eşlik eder. İtme dürtüsü aralarında gebe kadın dinlenmelidir (Harrington 2008; Todd 2017; Traci 2017).

İkinci evre ortalama olarak nulliparlarda 2 saat, multiparlarda 1 saat sürer. NICE 2014'te yayımladığı kılavuz ve WHO 2018 pozitif doğum deneyimi önerilerine göre primiparların 3 saat içinde, multiparların ise 2 saat içinde bu evreyi tamamlaması beklenmektedir (NICE 2014; Brown 2017; Milton 2017)

2.2.2.1. Erken İkinci Evre

NICE 2017'de güncellenen kılavuzunda erken ikinci evre, istemsiz itici kasılmalardan önce veya sonra servikal dilatasyonun tamamlanması olarak tanımlanmıştır (NICE 2014).

WHO 2017 kılavuzunda erken ikinci evre servikal dilatasyonun tamamlanması, fetal inişin devam etmesi fakat itme dürtüsünün olmaması olarak tanımlamıştır (WHO 2017).

2.2.2.2. Geç İkinci Evre

NICE 2017'de güncellenen kılavuzunda geç ikinci evreyi bebeğin başının görülmesi, servikal dilatasyonun tamamlanması ile itici kasılmaların varlığı ya da servikal dilatasyonun tamamlanması fakat itici kasılmaların olmaması ve maternal çabanın bulunması olarak tanımlamıştır (NICE 2014).

WHO 2017 kılavuzunda ise geç ikinci evreyi servikal dilatasyonun tamamlanması, fetüsün bir kısmının pelvik tabana ulaşması ve kadının itme dürtüsüne sahip olması olarak tanımlamıştır (WHO 2017). WHO pozitif doğum deneyimi önerilerinde, kadının bu aşamada ıkmaması için teşvik edilmesi gerektiğini belirtmiştir (WHO Recommendations 2018).

2.2.3. Üçüncü Evre

Bu evre bebeğin doğumu ile başlar. Devamında plasentanın uterus duvarından ayrılması ve vajinadan geçerek atılması gerçekleşir. Doğum sürecinin en kısa evresidir. Birkaç dakika ila 30 dakika arasında sürebilir. Bu evrede kasılmalar ve ağrı çok daha az hissedilir (Harrington 2008; Brown 2017; Milton 2017; Todd 2017; Traci 2017).

Plasentanın kendiliğinden ayrılma belirtileri olarak vajinadan kan boşalması, umbilikal kordonun uzaması, fundusun küre şeklini alması ve uterusun fundus hizasına yükselmesi gözlemlenir (Selman 2013).

NICE kılavuzunda bu evrede kadının tercihinin bırakılan uterotonik ilaç kullanımının olmadığı, plasenta doğumunda maternal çabanın olduğu fizyolojik yönetim ya da rutin uterotonik ilaç kullanımının olduğu, kordonun en az 60sn geç klemplendiği, plasenta ayrılma belirtilerinin gözlemlenmesinden sonra kontrollü kord traksiyonunun uygulandığı aktif yönetim olmak üzere iki yönetim biçiminden bahsetmektedir (NICE 2014). WHO 2018 yılında yayımladığı kılavuzda ise uterotonik oksitosin kullanımını, en az 60 sn kordonun geç klemplenmesini ve kordonun kontrollü çekilmesini önermektedir (WHO Recommendations 2018).

30 dakikadan fazla zaman geçmesine karşın plasentanın ayrılmamış olması, uzamış üçüncü evre olarak kabul edilir ve üçüncü evrenin aktif yönetimini içerir (Selman 2013; NICE 2014; Milton 2017).

2.2.4. Dördüncü Evre

Plasenta ve eklerinin doğumundan sonra, annenin yakın bakım olarak takip edildiği bir iki saatlik evredir. Bu evrede annede bulunan laserasyonlar ve epizyotomi onarımı yapılır. Annenin perine bölgesi, laserasyonlar, epizyotomi bölgesi gözlemlenir. Uterus involüsyonu kontrol edilir ve kanama ped takibi yapılır. Anneye uterus masajı öğretilir ve yaşam bulguları kontrol edilir. Anne ve bebek bir arada tutulur. Anne bebek etkileşimi ile annenin bebeğini emzirmesi sağlanır (Taşkın 2005; Coşkun 2012; Kömürcü 2013; Özkan 2016; Öztürk Can 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).

2.3. Ağrı ve Ağrının Nörofizyolojisi

Ağrı, The International Association for the Study of Pain (IASP) tarafından; “Gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili ya da böyle bir hasara ilişkin olarak tarif edilen tatsız bir duyusal ve duygusal deneyim” olarak tanımlanmıştır. Bedende ağrı varlığı her zaman doku hasarı ile ilişkili değildir. Ağrı oluşumunun ilk aşaması, ağrılı uyarının/ların bazı reseptörleri uyarmasıdır. Ağrılı olabilecek uyarılarda dahil tüm duyular periferik sinirler aracılığı ile spinal korda taşınır ve burada spinal kord tarafından değerlendirilen uyarılar güçlendirilir ya da değiştirilerek üst merkezlere iletilir. Somatosensöriyel korteks ağrının şiddetini ve konumunu belirler, affektif ve kognitif özellikler katar ve otonomik değişikliklere sebep olur (Aydın 2002; Aguggia 2003; Marchand 2008; Uyar 2017).

Bedenin bir bölgesindeki doku hasarından kaynaklanan ve özelleşmiş uyarılar ile santral sisteme bu hasar ile ilgili uyarıyı taşıyıp algılanması ve hasara yönelik önlemlerin alınması için harekete geçirilmesi nosisepsiyon olarak tanımlanmaktadır. Kas-iskelet sistemi hasarları, malignite varlığı vb. nosiseptif ağrılı durumlardandır. Ağrı duyusu nosiseptör olarak adlandırılan ince miyelinli A delta ve miyelinsiz C sinir lifleri ile taşınmaktadır. Spinal kord periferden gelen sinyalleri çıkan yollar aracılığı ile üst merkezlere iletirken üst merkezde değerlendirilen sinyalleri de nöradrenalin, dopamin ve seratonin gibi monoaminleri kullanan monoaminerjik inen yollar ile spinal korda geri getirir. İnen yollar baskın gelen monoamin türüne göre ağrıyı azaltabileceği gibi artırabilir (Aydın 2002; Aguggia 2003; Marchand 2008; Uyar 2017).

Ağrının algılanması dört basamakta gerçekleşmektedir (Aydın 2002; Uyar 2017).

Transdüksiyon; ağırlı sinyallerin nosiseptörlerde elektriksel etkinliğe dönüştüğü basamaktır (Aydın 2002; Uyar 2017).

Transmisyon; nosiseptörler ile algılanmış olan nosiseptif uyarının sinir sistemi boyunca iletildiği basamaktır. Öncelikle spinal korda primer sensöriyel afferent nöronlar elektriksel aktiviteyi taşır. Bunu takiben medulla spinaliste nosiseptif impulslar aracılığı ile taşıma devam eder (Aydın 2002; Uyar 2017).

Modülasyon; nosiseptif transmisyonun nöral faktörlerle değiştirildiği basamaktır (Aydın 2002; Uyar 2017).

Persepsiyon; kişinin öznel emosyonel deneyimleri ve psikolojik etkileşimi sonucu gelişen uyarının algılandığı son basamaktır (Aydın 2002; Uyar 2017).

Somatosensöriyel sistemde lezyon veya hastalık sonucu ortaya çıkan ağrı ise non-nosiseptif ya da nöropatik ağrı olarak tanımlanmaktadır. Periferik sistemi etkileyen tipi periferik nöropatik ağrı, merkezi sistemi etkileyen tipi santral nöropatik ağrı olarak adlandırılmaktadır. HIV, alkol, diabetik nöropati, postravma vb. nöropatik ağrılı durumlardandır. Nöropatik ağrı dokunma, ağrı, sıcaklık duyusunda azalma ya da kaybolma gibi negatif belirtiler, terleme, ortostatik hipotansiyon, hipersalivasyon gibi pozitif belirtiler ile kendini göstermektedir. Nöropatik ağrıda ağrısız uyarının ağrılı hissedilmesi, ağrılı uyarana azalmış ağrı cevabı, ağrı duyusunun kaybolması vb. duyuşal bozukluklar görülmektedir (Aydın 2002; Uyar 2017).

2.3.1. Ağrı Teorileri

Altı tane ağrı teorisi bulunmaktadır (Bonapace 2018).

2.3.1.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT):

Wall ve Melzack tarafından 1965'te ortaya atılmış bir teoridir. Periferden gelen yoğun afferent nosiseptif uyarıların geçişini A ve B grubu geniş myelinli liflerin aktivasyonu durdurmaktadır. Kapı kontrol teorisi ağrıyı ileten daha küçük lifleri tıkayan büyük afferent lifleri aktive eder. Bu teoriye göre ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişi ile ilişkilidir. Nörolojik sistemdeki kapı mekanizmalar, ağrı geçişinden sorumludur. Kapı açık ise ağrı hissi olarak algılanan uyarılar, bilinç düzeyine

ulaşır; kapı kapalı ise ulaşamaz (Melzack 1965; Basbaum 1978; Aydın 2002; Treede 2016; Bonapace 2018).

Teoriye göre, bir seferde iletilen uyarı sayısı sınırlıdır. Dolayısı ile ağrı yerine başka uyarıların bilince gönderilmesi sağlanarak ağrı algısı azaltılabilir. Bu mekanizmanın kasılmalar arasında ve sırasında ağrılı alanda hoş uyaranlar oluşturması için uygulanan masaj, titreşim, TENS, banyo, sıcak ve soğuk kompresler, hareketli vücut pozisyonu gibi teknikler kullanılmalıdır (Bonapace 2018).

Kadın nefes alma ve rahatlama egzersizleri, hayal kurma, odaklanma, anksiyete ve kaygıyı azaltılmaya yönelik bilişsel teknikleri uygularsa, ağrının iletim mekanizması değişebilir ve ağrı daha az algılanabilir (Taşkın 2012).

Bu teori; sağlık bakımı vericiler tarafından, ağrının nasıl yönetilebileceği açısından büyük bir klinik öneme sahiptir. Ayrıca bu yaklaşım ağrıya tepki olarak hissedilen kaygı, depresyon, endişe ve diğer psikolojik faktörlerin de, ağrıyla birlikte işlenen bilgiler olduğunu, ağrıdan ayrı bir parça olmadığını göstermektedir (Katz 2015).

2.3.1.2. Endorfin Teorisi:

Endorfin, narkotiklere benzeyen ve vücudun kendi kendine sentezlediği bir maddedir. α - endorfin, β - endorfin, γ - endorfin ve λ - endorfin olmak üzere dört tipte endorfin bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi morfinden 200 kez daha etkili olan analjezik tesirli β endorfindir. Endorfinler temel olarak, ağrılı uyaranların geçişini engellemek, ağrının bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek ve böylelikle ağrıyı azaltmak için beyin ve spinal kord uçlarındaki üç temel opioid reseptöre tutunurlar. Endojen morjin başka bir deyişle endorfinler reseptörlere bağlandıktan sonra etkisini göstermektedir. Endorfin teorisine göre ağrı hissi spinal korda ulaşan ağrılı uyaranın birikmesi sonucu gerçekleşir. Endorfin üretimi vücudun içinde bulunduğu fiziksel strese karşı verdiği doğal bir cevaptır. Her bireyde endorfin miktarı değişkendir. Ağrı ile başa çıkma mekanizmaları kullanıldıkça bireydeki endorfin miktarı artabilir veya azalabilir. Bu da her bireyin ağrı eşiğinin farklı olmasının sebebidir. Nörojenik ağrılı bireylerde endorfin konsantrasyonu daha düşüktür ve analjeziklere cevap oluşmayabilir. (Buchsbaum 1981; Barrera 1994; Sağlam 1996; Tulgar 1998; Tuncay 2016; Mamuk 2017; Bonapace 2018; Şanlı 2018; Eroğlu 2018).

Bu mekanizmanın aktivasyonu, gevşeme, hipnoz, dikkat odağını değiştirme, yoga, nefes alma, meditasyon, aromaterapi, müzik, destek alma gibi bilişsel veya davranışsal yaklaşımlar ile sağlanmaktadır. Ayrıca fiziksel egzersiz, TENS, akupunktur gibi cilt uyaranları da endorfin salımını ile ağrı kontrolünü sağlamaktadır (Tulgar 1998; Özveren 2011; Kömürcü 2013; Tuncay 2016; Bonapace 2018).

2.3.1.3. İnteraktif Ağrı Modeli:

Ağrının çok boyutlu özelliğine vurgu yapan bu model, ağrıyı azaltma, engelleme açısından diğer modellere göre yetersizdir. Ağrı hissini yaşayan ve bu ağrıya tepki veren bireyin içinde olduğu bir sosyal sistem vardır. Bu sosyal sistem kişinin ailesi, kültürü, bakım sistemleri gibi sistemleri içinde barındırır ve kişinin ağrıyı algılaması, yorumlaması, yansıtma biçimi ve ağrıyla baş etmek için ne yapıp ne yapmayacağını etkilemektedir. Bu da bakım vericilerin davranışlarını önemli ölçüde şekillendirmekte ve ağrının giderilmesinde ciddi bir etki yaratmaktadır (Tuncay 2016; Eroğlu 2018).

2.3.1.4. Spesifite Teorisi:

Spesifite teorisi 1811'de Charles Bell tarafından geliştirilen ve tarihteki en etkili ağrı teorilerinden biridir. Moritz Schiff'in 1849'da köpeklerle yaptığı deneyde sıcak, soğuk, ağrı gibi uyaranların aktarıldığı yol ile çarpma, dokunma gibi uyaranların iletildiği yolların farklı olduğu öne sürmüştür. Bu teori ağrının iletimi için beynin özel bölgesine özel sinirler ve iletim yolları olduğunu savunmaktadır. Belirli bir uyarıcıya özgü duyarlılık gösteren özel reseptör ve ilişkili lifler bulunduğunu savunmaktadır (Treede 2006; Chen 2011; Moayedı 2013).

2.3.1.5. Yoğunluk Teorisi:

1874'te Alman nörolog W. Erb vücuttaki spesifik organlardan ziyade, uyarıcı tarafından üretilen ağrının, sinirlerin daha kuvvetli aktivasyonu ile iletildiği ağrı yoğunluğu teorisini geliştirmiştir. Omuriliğin dorsal boynuzundaki geniş aralıklı nöronların keşfi bu teoriyi desteklemiştir. Bu teori ağrının kendi başına bir uyaran olmasından ziyade yeterli yoğunluğa ulaşan ağrının sinirler aracılığı ile iletildiğini savunmaktadır (Chen 2011; Moayedı 2013).

2.3.1.6. Pattern Teorisi:

1929 yılında Amerikalı Psikolog John Paul Nafe tarafından oluşturulan teoridir. Primer duyuşsal afferentlerin tanımlanması ve sınıflandırılması bu teorinin gelişmesinin

temelini oluşturmuştur. Primer afferent sinirler iletim hızları, kalınlıkları ve myelinli olma durumlarına göre sınıflandırma yapılmış ve farklı uyaranlara cevaben primer afferent sinir hücrelerinden nöral aktivite oluştuğu iddia edilmiştir. Bu teoriye göre, periferde farklı ağrı reseptörleri bulunmamasından dolayı ağrı aynı şekilde algılanmaktadır. Ağrının farklı düzeylerde algılanması, iletim sırasında sinir liflerinden geçmekte olan elektrik uyarısının kuvveti ve sıklığına bağlıdır (Melzack 1965; Chen 2011; Moayedi 2013; Mamuk 2017).

2.3.2. Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

2.3.2.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) / Visual Analogue Scale (VAS):

Ağrıyı ölçmek amacıyla kullanılan yaygın ölçeklerdendir. Bir ucunda ağrı yok diğer ucunda en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir dikey ya da yatay kullanılabilen cetveldir. “0 noktası= ağrı yok ve 10 noktası= şiddetli ağrı” olarak ölçeklendirilmektedir. VAS skorlaması lineer özelliklere sahip bir ölçektir. Bu da her artış arasındaki farkın eşit olduğunu söylemektedir. Yani 40 mm'lik VAS skoru 20mm'lik VAS skorunun iki katına eşittir. 40mm ve 50mm'lik bir VAS skoru arasındaki fark ile 80mm ve 90mm'lik bir VAS skoru arasındaki fark aynıdır. Akut, kronik, postoperatif ve doğum ağrısı gibi ağrıların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Baylis ve arkadaşları (2015), Bird ve arkadaşları (2016) ile Alghadir ve arkadaşları (2018) tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği çalışılan ve farklı alanlarda ağrı değerlendirilmesi için kullanılabilirliği olan bir ölçektir (Myles 1999; Bijur 2001; Bodian 2001; Hawker 2011; Baylis 2015; Bird 2016; Alghadir 2018).

2.3.2.2. Numeric Rating Scale (NRS):

VAS' a benzer skala, ağrıların şiddetini tam sayıyla yansıtan yatay bir çubuk ya da çizgidir. VAS ile ortak noktası yatay bir çizgi olmasıdır. 11 noktalı bir skaladır. 0 ağrı yok – 10 hayal edilebilecek en kötü ağrı olarak derecelendirilmektedir. Kullanım alanlarının çoğunu son 24 saat içindeki ağrı hissinin sorgulanması oluşturmaktadır. Sözlü olarak –telefon ile- ya da görsel olarak –grafiksel- uygulanabilir. Katılımcının ağrı yoğunluğunu en iyi tanımlayan noktayı seçmesi istenir. Romatizmal hastalıklar, kronik ağrı, bel ağrısı, kalça ve diz osteoartriti gibi hasta gruplarında kullanılabilir. Farrar ve arkadaşları (2008), Ferreira- Valenta ve arkadaşları (2011) ile Young ve arkadaşları (2018) tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği çalışılan birçok alandaki

ağrının değerlendirilmesi için kullanabilirliği olan bir ölçektir (Farrar 2008; Hawker 2011; Ferreira-Valenta 2011; Young 2018).

2.3.2.3. McGILL Melzack Ağrı Soru Formu (MASF):

1971 yılında Melzack ve Torgerson tarafından oluşturulmuştur. 1975'ten beri 25 farklı dile çevrilmiştir. Erişkinlerde ağrı yoğunluğunu ölçmek, nosiyoseptif bozukluklar ve nöropatik ağrı bozuklukları ile ilişkili ağrı özelliklerini tanımlamak için kullanılan çok boyutlu bir ağrı tanılama formudur. Ölçek, ağrı değerlendirme indeksi ve yoğunluğunu içeren subjektif, duygusal ve duyusal özellikleri değerlendiren üç ana içerikten oluşmaktadır. Her biri dört alt sınıfa giren 2-6 adet kelimedenden oluşan 20 alt sınıfa ayrılmış 78 tanımlayıcı kelimedenden oluşur. Formun birinci kısmı ağrının derinliği ve hissedilen bölge; ikinci kısmı algısal, duyusal ağrının değerlendirilmesi, ağrıyı tanımlayan kelimelerin belirlenmesi; üçüncü kısmı zaman ile ağrı arasındaki ilişki ve dördüncü kısmı ise ağrının şiddetini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Ağrısı değerlendirilecek kişinin her bir kelime alt sınıfı için kendisine uyan bir kelime seçmesi gerekir. Eğer kendisine uyan bir kelime yok ise seçim yapmamalıdır. Seçilen kelimeler değerlendirilir ve 0-78 arasında bir puan elde edilir. Puan ne kadar yüksek ise ağrı o kadar fazladır. Bu testin tamamlanması ortalama 20 dakika sürmektedir. Vanderiet ve arkadaşları (1987), Cohen ve arkadaşları (1997), Yakut ve arkadaşları (2007), Oksuz ve arkadaşları (2007) tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış olup farklı alanlarda oluşan ağrının değerlendirilmesi için kullanabilirliği uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Melzack 1975; Vanderiet 1987; Cohen 1997; Yakut 2007; Oksuz 2007; Hawker 2011; Melzack 2013).

2.3.3. Doğum Ağrısının Mekanizması, Fizyolojisi ve Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Doğum, insanlarda diğer memelilerin çoğundan daha zor ilerleyen bir süreçtir (Steer 1999).

Duyusal uyaranlara karmaşık, öznel ve çok boyutlu bir cevap olan doğum ağrısı, diğer akut ve kronik ağrı deneyimlerinin tam tersine mevcut bir patoloji kaynaklı değil, yeni bir yaşamın ortaya çıkması ile ilişkilidir (Rowlands 1998; Lowe 2002; Labor 2008; Williams 2016).

Doğum ağrısı, doğumun fazlarına, anneye ait fiziksel ve psikolojik özelliklere, bebekle ilgili faktörlere ve doğumda yapılan girişimlere göre değişiklikler gösteren oldukça kompleks ve subjektif bir yapıya sahiptir (Gaskin 2015).

Doğum ağrısının mekanizması hakkında ilk bilgiler Cleland tarafından 1933 yılında ortaya konmuş ve en son bilgiler ise Bonica tarafından düzenlenmiştir (Lowe2002; Kömürcü 2013).

Doğum sırasında yaşanan ağrı doğuma öznedir ve diğer ağrılardan farklıdır. Doğum ağrısı normal bir sürecin parçasıdır, kaza ya da hasar sonucu ortaya çıkmaz. Doğum ağrısı için hazırlanma zamanı vardır. Doğuma kadar gebe kadının ağrıyla nasıl başa çıkacağına dair eğitim alma fırsatı ve ağrıyı yönetme becerisi kazanmak için vakti vardır. Doğum ağrısının öngörülebilir bir sonu vardır ve günlerce, aylarca ağrı çekilmeyeceği bilinir. Doğum ağrısı sürekli devam etmez, kesik kesik kendini gösterir ve doğum ağrısının çıktısı olan bebek, kadının ağrıya dayanma gücünü artırır. Nullipar kadınlar, multipar kadınlara oranla doğum ağrısını daha şiddetli algırlar (Kömürcü 2013; Gonzalez 2016).

Doğum ağrısının normal bir fizyolojisi vardır. Bu fizyoloji doğumu kolaylaştıran, ilerleten, anne ve bebeğin buluşmasını sağlayan hormonların uyumlu çalıştığı bir süreçten oluşur. Bu hormonlar dış ortamdan çok çabuk ve savunmasızca etkilenebilirler. Tıpkı hayvanlardaki gibi. Hayvanlar da doğumlarını gerçekleştirirken güvenilir, sessiz bir ortam içinde olmak isterler. Bir tehlike hissettikleri zaman doğum süreci ve ilerleyişi durur. Adrenalin ve nöradrenalin maksimum seviyelere ulaşarak “savaş ya da kaç” olarak bilinen fizyolojik yanıt oluşur. Korku, kaygı ve kendini güvende hissetmeyen gebe kadında katekolamin seviyesi yükselerek doğumun ilerleyişi durabilir (Lothian 2008; Bonapace 2018).

Oksitosin artışı bir yandan bağlanmayı, sevgiyi artırıp algılanan ağrıyı azaltırken diğer yandan uterus kasılmalarını sıklaştırarak algılanan ağrıyı artırır. Bu esnada kadın ağrıyla baş etmek için kendiliğinden pozisyon değiştirme, nefes alıp verme gibi birtakım rahatlatıcı yollar dener. Algılanan ağrıdaki artış, beyne mesaj göndererek endorfin salınımı tetikler. Endorfin, doğal olarak salgılanan opioid olup, ağrıya olan direnci artırmaktadır. Oksitosinin de bir miktar azalmasını sağlayarak, kontraksiyonlar arasında kadının dinlenmesi için zaman oluşturur. Doğumun sonlarına doğru ani oluşan anksiyete, stres hormonlarını aktive eder. Bu kez katekolamin salınımı, erken doğum

evresinin aksine, gebe kadının daha dikkatini odaklamasına ve bebeği dışarı itme gücüne katkı sağlayarak doğuma yardımcı olur. Uterusun her kontraksiyonunda, uterusa giden kan damarlarının sıkışmasıyla uterus hipoksik durumda kalır. Gebe kadın her kontraksiyonda uterin hipoksiden kaynaklı ağrı hisseder. Kontraksiyonlar arasında uterusa giden kan akımı normale döndüğü için, ağrı hissi azalır. Uterusta kontraksiyonlar arasında dinlenme fazı olmazsa, gebe kadın daha fazla ağrı algılar (Lothian 2008; Kömürcü 2013; Bonapace 2018).

Doğum ağrısının oluşmasında etkili diğer bir faktör serviksin gerginliği, silinmesi, dilatasyonu ve servikal ganglionlara basıdır. Servikal gerginlik, hipofizin arka lobundan oksitosin salgılatarak uterus kontraksiyonlarını tetikleyerek fetüs başını aşağıya iter. Pozitif feedback mekanizması ile uterus kontraksiyonları ve algılanan ağrı artar. Tuba ve overler, periton ve perinenin gerilmesi, üretra, mesane, rektum ve pelvis tabanına olan baskının artması algılanan doğum ağrısını artırırken, fetüsün ağırlığı ve pozisyonu da doğum ağrısını etkilemektedir (Yıldırım 2003).

Travay sürecinde yapılan uygulamalar ve bulunulan çevre, bilgisizlik, kadının izlenmesi, stres, kaygı, açlık, susuzluk, korku adaptasyonu etkileyerek katekolamin seviyeleri artırıp doğumun ilerleyişi ve algılanan ağrıyı etkileyebilir. Doğuma birebir destek olma, alınan kaliteli bakım ve kadının karar sürecine dahil olması, doğumda analjezi ihtiyacını ve operatif doğum oranını azaltarak, doğum memnuniyetini artırabilir. Doğum deneyimini korku ve endişeyle geçiren kadınlarda, postpartum bakımın maliyetini artıracak kan transfüzyon ihtiyacı doğabilir (Simkin 2004; Berghella 2008; Kömürcü 2013; Funai 2017; Bonapace 2018; Patterson 2018).

2.3.4. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi

2.3.4.1. Doğumun Birinci Evresindeki Ağrı:

Doğumun birinci evresindeki ağrı çoğunlukla uterus kasılmalarına cevap veren uterus ve servikste mekanik reseptörlerin uyarılması ile salınan nörotransmitterlerin, uterustaki kemoreseptörleri aktive etmesinden kaynaklanır. Myometriumdaki mekanik alıcılar, uterus kasılmalarına yanıt olarak nosiseptif uyarılara sebep olabilir ve servikal dilatasyon ve efasmanın artışı ile ağrının yoğunluğu ve iletimi artar (Lowe 2002;Gonzalez 2016).

Birinci evredeki ağrı doku kaynaklı ağrıdır. Ağrı karın duvarı, lumbosakral, iliak, gluteal ve femur bölgelerinde hissedilebilir. Sürekli devam eden kasılmalar ile ilişkili olarak çoğu kadın, karın ağrısına nazaran bel ağrısını daha yoğun yaşamaktadır (Lowe 2002; Gonzalez 2016).

Uterin ve servikal ağrı, alt ve orta hipogastrik, aort pleksusu ve superior pelvik pleksuslardaki afferent sinirler ile iletilir. Afferent sinirler, T10, T11, T12 ve L1 posterior sinir kökleri ile sinaps olurlar. Miyelinsiz C lifleri, daha alt torasik ve lomber sempatik bağlarla T10-L1'in arka sinir köklerine uyarıları iletir (Eisenach 2010; Gonzalez 2016).

Birinci evredeki ağrı, spinal sinir köklerinin blokajı veya pleksus/paraservikal, paravertebral veya lomber epidural blokajla hafifletilebilir (Eisenach 2010; Gonzalez 2016).

2.3.4.2. Doğumun İkinci Evresindeki Ağrı:

Doğumun ikinci evresindeki ağrı, vajinadaki gerilme, perinenin gerilmesi ve basıncı, uterin ligament ve pelvik organlar üzerindeki traksiyon, pelvik taban kaslarının distansiyonu sebebiyle somatik karakterdedir (Lowe 2002; Gonzalez 2016).

Ağrılı uyaranlar pudental sinirleri, genitofemoral sinirin genital dalını, ilioinguinal ve lateral femoral kutanöz siniri ve T10-S4 spinal sinir köklerini uyarır. Lumbosakral pleksustaki basınç, nöropatik semptomlara sebep olabilir (Gonzalez 2016).

Eylemin ikinci evresinde pudental sinirlerin (S2-S4) bloke edilmesiyle diğer sinirleri besleyen L1-L3 sinir köklerinde analjezi sağlanabilir (Gonzalez 2016).

2.3.4.3. Doğumun Üçüncü ve Dördüncü Evresindeki Ağrı

Plasentanın atılmasını ve uterusun eski haline geri dönmesini sağlamak için oluşan uterus kontraksiyonları ağrıya neden olur. Gebelik ürünlerinin atılması sırasında ortaya çıkan doku hasarı ve travmaya bağlı ağrı gelişir (Mamuk 2017).

2.3.5. Doğum Ağrısının Etkileri

2.3.5.1. Doğum Ağrısının Olumsuz Etkileri

Doğum ağrısı sırasında gebeler daha sık ve yüzeysel soluk alıp verebilirler. Bu durum hiperventilasyona sebep olabilir. Annede oluşan solunumsal alkaloz neticesinde

uterin ve serebral kan akımı miktarı ile birlikte maternal oksijenizasyon azalır. Kontraksiyonlar arasında ağrı solunumu uyarmadığı için hipokapni geçici hipoventilasyona neden olur. Maternal PaO₂ miktarı 70mmHg'nın altında bir değere düşmesi fetüste hipoksi gelişmesine ve geç deselerasyonlara yol açabilir (Charlton 2005; Moralar 2011). Anksiyete, korku sebebiyle sempatik aktivitedeki artma ve ağrılı kontraksiyonlar ile kardiyak output ve kan basıncı artabilir (Charlton 2005; Moralar 2011).

Ağrının sebep olduğu katekolamin miktarındaki artış, uterusun kan akımını azaltır ve böylece doğum esnasındaki oksijen tüketimi ve metabolizma hızı artar. Diğer taraftan anksiyete ve ağrı kortizol, adrenalin, nöradrenalin, ACTH ve kortikosteroid seviyelerini de artırır (Charlton 2005; Moralar 2011).

Doğum esnasında yaşanan ağrı ile gastrik boşalma yavaşlayabilir, asit salgısı artabilir. Üriner motilitede inhibisyon sebebi ile mesane boşalması gecikebilir (Charlton 2005; Moralar 2011). Doğum esnasında hissedilen korku mental sağlığı etkileyerek ciddi emosyonel bozukluklara, depresyona sebep olabilir (Charlton 2005; Moralar 2011).

2.3.5.2. Doğum Ağrısının Olumlu Etkileri

Doğum ağrısı, kadının doğum yapacağını anlamasına, doğum için güvenilir ortam aramasına ve kendisini destekleyecek kişileri çağırmasına olanak oluşturur. Ağrı, süreci kontrol eden birtakım hormonları aktive eder. Annenin hissettiği orandaki ağrı, büyük ve zorlu bir sürecin tamamlanmasından sonraki zafer hissini artırabilir (Leap 2010). Kasılmaları meydana getirerek doğum eylemine yardımcı olur. Ağrının niteliği doğum ile ilgili komplikasyonlar için yol gösterici olabilir (Charlton 2005).

2.4. Doğum Ağrısının Yönetimi

Doğum ağrısının hafifletilmesi, gebe kadınlar ve aileleri için büyük bir kaygıdır. Doğum ağrısının yönetilmesi hem bu kaygının hem de prepartum, intrapartum ve postpartum bakım maliyetinin azaltılması ve doğum eyleminde obstetrik bakımın kalitesi açısından önemli ve obstetrik bakımın ana hedeflerinden biridir (Lowe 1996; Caton 2002; Leeman 2003; Simkin 2004).

Doğum ağrısının yönetimi için sadece farmakolojik yöntemler değil; güvenli doğum ortamının sağlanması, gerekirse girişimler, teknoloji, yüksek nitelikli, eğitilmiş personel ve kadının özgüvenini sağlayacak bir yaklaşım gerektirir (Simkin 2004).

Mevcut farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin yararları ve riskleri konusunda gebe kadına danışmanlık sağlanarak, gebe karar verme sürecine dahil edilmelidir. Kadının dahil edilmediği süreç sağlık personeli için de daha zor, güçsüz ve bağımlı geçmektedir(Lagrew 2018).

2.4.1. Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler

2.4.1.1. Sistemik Analjezikler

Sistemik analjezik kullanımında tercih edilebilecek birkaç farklı yöntem vardır.

Opoidler: Mide boşalmasının gecikmesi, kusma, bulantı, hipoventilasyon, sedasyon vb. maternal yan etkileri sebebi ile gittikçe kullanılma oranı azalmakta olan, ağrıyı gidermede kullanılan primer ajanlardır. Opoid ajanların tamamı plasentayı geçerek neonatal solunum depresyonu ve sedasyonuna sebep olabilmektedir. İlaveten erken dönemde anne sütünün azalmasına yol açmaktadır (Moralar 2011).

Meperidin, en sık kullanılan opoiddir. Intramüsküler yolla 50-100mg doz aralığında uygulanır ve optimal etki 40-50 dakikada sağlanır. İntravenöz yolla 25-50mg doz aralığında uygulanır ve optimal etki 5-10 dakikada sağlanır. Fentanilin doğum analjezisinde kullanım dozu intravenöz yolla 25-50 µg'dır. Optimal etkiye 3-5 dakika içerisinde ulaşır. Remifentanil 1,2-1,4 dakika kadar hızlı bir etki gösterir ve sonlanması 1-3 dakikadır. Doğum analjezisi için emniyetli bir ajandır. Tramadol 100mg intramüsküler yolla kullanılmaktadır. Morfin kullanılan en eski ilaçtır ve anajezik etkisi ile birlikte maternal ve fetal etkileri de oldukça fazladır. İntravenöz bolus yöntemi ile az dozlarda uygulanmalıdır (Moralar 2011; Coşkun 2012).

Anksiyolitik ve Sedatif-Hipnotikler: Anskiyete ve korkuyu azaltmak amacıyla kullanılabilir. Barbüratlar (pentobarbital, sekobarbital), difenilmetan türevleri (hidroksizin), benzodiazepinler (diazepam) gibi sedatif hipnotik ve anksiyolitik ajanlar kullanılmaktadır. İlaveten narkotik gereksinimi azaltabilir ve kusmaları kontrol altına alabilir. Gebe kadının uyuması için de verilebilir (Moralar 2011; Coşkun 2012; Kömürcü 2013).

İnhalasyon Analjezisi/Anestezi: Ağrıyı hızla gidermek için kullanılabilir. Azot protoksid, oksijen ile birlikte yakın izlem gerektirmeden verilebilir. %40-50 oksijen içerisinde nitröz oksit, desfluran veya sevofluran eklenerek verilir. Bulantı, kusma veya baş ağrısına sebep olabilir (Moralan 2011; Kömürcü 2013).

2.4.1.2. Paraservikal ve Pudental Blok:

Tecrübeli biri tarafından yapılan paraservikal ile kombine pudental blok teknikleri, doğumun birinci ve ikinci evresinde analjeziyi etkin bir şekilde sağlamaktadır. Fetal bradikardiye sebep olmaktadır (Moralan 2011).

2.4.1.3. Rejyonal Analjezi/ Anestezi:

Hiçbir şekilde santral sisteminde depresif etki yapmaksızın ağrıyı giderir. Maternal ve fetal minimal depresyon görülür. Annenin uyanık olması, aspirasyon pnömonisi olasılığını azaltmaktadır. Rejyonal analjezi/anestezi kullanımında birden fazla seçenek vardır (Moralan 2011; Kömürcü 2013).

Epidural Analjezi: Rejyonal analjezi tekniklerinden en sık kullanılanıdır. Doğum sırasında fizyolojik cevapları en aza indirdiği için gebenin kooperasyonunu artırır. Maternal katekolamin konsantrasyonları azalır. Azalan alfa ve beta adrenerjik reseptörlerin uyarımı ile uteroplasental perfüzyon ve uterusun aktivitesi daha da iyileşir. Gebe uyanık kalır ve sedatif etki ortaya çıkmaz (Yıldızhan 2008; Moralan 2011; Coşkun 2012).

Eylemin ilk evresinde T10-L1 seviyesi, ikinci evresinde S2-S4 bloğu, sezaryen doğumda ise T4'e kadar segmental analjezi genişletilmelidir (Moralan 2011). Doğumun birinci evresinde lumbal epidural analjezi yeterli analjezi sağlarken, pudental siniri de içine alacak kadar genişletilmesi, doğumun ikinci evresinde perine ve vajinada oluşacak ağrıyı da önlemektedir (Yıldızhan 2008).

Spinal Analjezi: Tek doz enjeksiyon doğumda analjeziyi hızlı bir şekilde başlatır ve güvenli nöral blok oluşturur. Uzayan doğum sürecinde doz tekrarlama gerekebilir (Kömürcü 2013).

Kombine Spinal- Epidural Analjezi: Son yıllarda kullanımı giderek artmaktadır. Spinal anestezi hızlıca başlar ve epidural analjezi uzun süre etkisini devam ettirir. Bu yöntemin en büyük avantajıdır. Epidural aralığa girildikten sonra epidural iğne içerisinden spinal

iğne ile subaraknoid aralığa girilir ve dura ponksiyonuna enjeksiyon yapıp spinal iğne çekilir ve akabinde epidural kateter yerleştirilir (Moralar 2011; Kömürcü 2013).

Kaudal Analjezi: Birinci evre için uygun değil ama ikinci evre için ideal bir seçenektir. S2-S4'te T10 düzeyinde analjezi elde edebilmek için yüksek oranlarda lokal anestezi verilir. Ciddi sempatik ve motor blok gelişmektedir (Moralar 2011).

2.4.2. Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Vajinal doğumda, kadının ve fetüsün sağlığı veya güvenliği tehlikeye girmediği sürece dış müdahalelerden kaçınılmalıdır (Bonapace 2018).

Doğum ve sürecindeki tıbbi müdahalelerin artmasıyla ilgili birçok profesyonel dernek; bilimsel verilere dayanarak ağrı yönetimine farmakolojik olmayan yaklaşımları desteklemek için ulusal klinik rehberlerin geliştirilmesini önermektedir (Bonapace 2018).

Ağrıya farmakolojik olmayan yaklaşım, yalnızca ağrı hissinin ortadan kaldırılması değil aynı zamanda bakımın psikososyal, duygusal ve ruhsal bileşenlerini de dahil ederek ağrıyı azaltmak gibi çeşitli yaklaşımları içerir. Bakım vericiler ağrıyı ortadan kaldırmak yerine, ağrıyla başa çıkabilmeyi sağlamalı, özgüveni geliştirmeli ve iyi bir rehberlik sunmalıdır (Simkin 2004).

Güleç Şatır ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada kadın doğum alanında çalışan sağlık personelinin doğal doğuma ilişkin bilgilerinin güncellenmesi, farmakolojik olmayan yöntemleri uygulayarak ağrı ile baş etmede gebelere destek olmaları konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitim verilmesi gerektiğine ilişkin sonuçlar bulunmuştur (Güleç Şatır 2018).

Sahada doğum ağrısını yönetmede kullanılan yöntemler şunları içermektedir:

Doğuma hazırlık kursu: Gebenin doğuma fizyolojik ve psikolojik olarak hazırlanması için oluşturulmuş kurslardır.1930'lu yıllarda başlamış olmasına rağmen asıl önemi 20.yüzyıl başlarında anlaşılmıştır. İlk kurs programı Grantly Dick Read tarafından düzenlenmiş ve Read gevşemek amaçlı egzersizlerin doğum ağrısını azalttığını ileri sürmüştür. Dick-Read yöntemi bilinmezliğin verdiği korkuya değinip, korkunun eğitim verilerek giderilebileceğine değinmiştir. Anne adayının eğitilerek, doğum sırasında karın solunum egzersizleri ve gevşemenin uygulanmasını bununla birlikte doğum korkusu ve ağrısı ile baş edilebileceğini belirtmektedir (Elmas 2017).

1970 yılında Bradley babaların da doğum eyleminde önemli bir yeri olduğuna değinmiştir. Bradley yöntemi, eşin koçluğunu vurgulayan aynı zamanda doğumun eşler arasında paylaşılması gereken bir deneyim olduğunu temel alan yöntemdir. Programda 2-6 çiftlik küçük gruplara 12 saatlik oturum uygulanmaktadır (Onat Bayram 2010).

Aynı dönemde solunum kontrol mekanizması ile kasların gevşemesini içeren psikoprofilaktik bir yöntem Dr. Fernand Lamaze tarafından ortaya konulmuştur (Abalı 2016). Lamaze yöntemi, Pavlov'un şartlı refleksine dayanan bir yöntemdir. Burada bilincin kontrol edilmesi amaçlanır. Doğum ağrısı çekerken kadının kendisini kasmaşının aksine bilinçli bir şekilde nefes alması sağlanarak, doğum süreci ve ağrısının azalması hedeflenmektedir. Gebe Lamaze doğuma hazırlık sınıf/kurslarına 3. trimesterde katılabilir. Eğitim en az 12 saatlik oturum ve her sınıf için 12 gebe ve destekçisi ile sınırlandırılır (Coşar 2012; Mete 2015).

Mongan yöntemi 1990 yılında başlatılan hypnobirthing temelli metottur. Doğumdan birkaç hafta önce, 4-6 oturumdan oluşan 12 saatlik program uygulanmaktadır. Fizyoloji ile ilgili temel bilgileri verir. Pozitif doğum dilini kullanır. Örneğin kontraksiyon yerine dalga kelimesinin kullanılmasını önerir (Onat Bayram 2010; Mete 2015). Nancy Bardacke tarafından geliştirilen Farkındalığa Dayalı Doğum ve Ebeveynlik modeli 1970'te Kabat-Zinn ve arkadaşlarının geliştirdiği programdan temel alınmıştır. Farkındalığı esas alan bu metot, toplam 9 haftayı içeren, haftada 3 saatlik toplantılar ve doğum sonu ziyaretlerden oluşmaktadır. Haftanın 6 günü, 30 dakika süren yoga ve meditasyon uygulamasını önermektedir (Onat Bayram 2010). Pam England tarafından geliştirilen ve 1999 yılından beri uygulanmakta olan England yöntemi, resim çizme, rol-play yapma, maket yapma vb. teknikler ile gebe kadın ve ailesinin istek, ihtiyaç, korku ile içinde bulunduğu durumun anlaşılmasına odaklanmıştır. Eğitim süresi eğitmene göre değişmektedir (Onat Bayram 2010).

Doğum öncesi eğitim programında, hedefler, sınıfın düzeni, kişi sayısı, işlenecek konular önceden belirlenir. Doğum öncesinde alınacak eğitimin, bilinçlendirme ve doğumu kabullenme, doğuma hazırlanma sürecine olumlu etkileri vardır ve doğum ağrısını azaltabilir (Simkin 2004).

Altıparmak ve Coşkun'un 2016 yılında yaptığı bir çalışmada gebelerin tamamının doğum öncesi eğitimden memnun kaldıkları saptanmıştır (Altıparmak 2016).

Gönenç ve Çakırcı Çalbayram'ın 2017 yılında yaptığı bir çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan kadınların, doğum ağrısı ile baş etme tekniklerini öğrenmeleri, doğum hakkında bilgi sahibi olmaları, doğum korkularının azalması ve cesaretli olmaları konusunda eğitimi faydalı bulduklarını ifade etmişlerdir (Gönenç 2017). Yılmaz Esencan ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış olduğu bir çalışmada doğum öncesi hazırlık eğitimi alan gebelerin, doğum sonunda tentene teması istemeleri ve uygulamaları konusunda eğitimin etkili olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bununla birlikte bu eğitimin ilk emzirme zamanı ve doğum şekli ile ilgili anlamlı bir ilişkisi olduğunu saptamışlardır (Yılmaz Esencan ve ark 2018). Coşar'ın 2012 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasında, eğitim alan grubun kendini güvende ve güçlü hissettiği, ağrı ile baş edebildiği, hareket özgürlüğünün olduğu, yarı oturur pozisyonda doğum yaptığı, doğum sonu tentene temasın ve erken emzirmenin sağlandığı, korkunun daha az yaşandığı gibi gebenin lehine olan sonuçlara ulaşmıştır (Coşar 2012).

Sürekli Doğum Desteği: Doğum desteği ağrı yönetiminde önemli bir yere sahiptir ve gebe kadın doğum süresince desteklenmelidir. Simkin'in 2004 yılında yapmış olduğu bir meta-analizde, sürekli doğum desteği gebenin hastaneye gelmesinden başlayarak bebeğin doğumuna kadar olan süreci tanımlamaktadır (Simkin 2004; Lagrew 2018). Sürekli doğum desteği veren kişi, tıbbi bakımı veren kişiden farklı, hastane dışı biri ise sonuçlar daha olumlu gözlemlenmiştir. Bu, kadının tercihinine göre seçeceği eşi, aileden biri olabilir ya da hastanede sadece sürekli doğuma destek elemanı görevinde olan biri olabilir (Simkin 2004; Kömürcü 2012).

Doğum sürecinde verilen destek ile birlikte kurulan terapötik ilişkinin mevcudiyeti anksiyete, ağrı ve korkuyu azaltırken, kadının duygusal, ruhsal ve psikolojik açıdan her türlü ihtiyacının karşılanmasını sosyal destek aracılığı ile sağlar. Yapılacak işlemler hakkında verilecek bilgilendirme, kadına güç verir (Yazıcı 2018).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses – AWHONN 2016 yılında yayınladığı bülteninde bakım sağlayıcıların, sürekli doğum desteği sağlamaları durumunda, farmakolojik ajan kullanımının daha az olduğunu, sezaryen oranının düştüğünü ve kadınların doğum deneyimi memnuniyet düzeyinin arttığını belirtmiştir (AWHONN 2016).

Zhang ve arkadaşlarının 1996 yılında yapmış olduğu bir meta-analizde sürekli doğum desteği alan kadınların doğum sürelerinin 2.8 saat kısaldığı, spontan vajinal

doğum oranının 2 kat arttığı, oksitosin kullanımı ve sezaryen doğum oranının yarıya düştüğü saptanmıştır (Zhang 1996). Sürekli doğum desteği veren bakım vericinin, duygusal destek, fiziksel rahatlık, masaj, hidroterapi, dokunma, pozisyon verme, bilgi verme gibi başa çıkma tekniklerini de kullanarak bakımın kalitesini artıracaklarını savunulmuştur. Yapılan meta-analizde sürekli doğum desteği alan kadınların analjezi ve anestezi kullanma olasılıklarının daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (Simkin 2004). McGrath ve Kennell' in 2008 yılında yapmış olduğu bir randomize kontrollü çalışmada sürekli doğum desteği alan kadınlarda sezaryen doğum ve epidural analjezi kullanım oranı daha düşük bulunmuştur (McGrath 2008). Kashanian, Javadi ve Haghghi'nin 2010 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, sürekli doğum desteği alan kadınlarda, doğum süresi, doğumun ikinci fazının süresi ve sezaryen doğum oranı daha düşük bulunmuştur (Kashanian 2010). Yuenyong ve O'Brien'in 2012 yılında yapmış oldukları bir çalışmada sürekli doğum desteği alan kadınların doğumun aktif fazının süresi daha kısa ve doğumdan memnuniyetin daha fazla olduğunu bulmuşlardır (Yuenyong 2012). Iliadou 2012 yılında yayımlanmış olduğu derlemesinde sürekli doğum desteği alan kadınlarda sezaryen doğum oranı, operatif vajinal doğum oranı, intrapartum analjezi veya anestezi kullanım oranı ile yenidoğanda 5.dakikada 7'den az apgar skorunda anlamlı derecede azalma olduğunu bulmuş ve sürekli desteğin aralıklı desteğe göre anne ve bebeğe daha fazla fayda sağladığını belirtmiştir (Iliadou 2012). Hodnett ve arkadaşlarının 2013 yılında 15.288 kadın ile yapmış oldukları Cochrane sistematik derlemesinde; sürekli doğum desteği alan kadınların spontan vajinal doğum yapma olasılığı daha yüksek, sezaryen doğum ve operatif vajinal doğum ihtimali daha düşük bulunmuştur. Doğum desteği alan kadınlara daha az farmakolojik müdahale uygulanmış ve doğum memnuniyetleri daha yüksek, yenidoğan sonuçları daha iyi olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda doğum desteğinin intrapartum bakımın bir parçası olması gerektiği iddia edilmiştir (Hodnett 2013). Doğumda destekleyici bakım sağlanan annede, doğum korkusu ve ağrısı azalır, doğum süresi kısalmır, doğum memnuniyeti ve emzirme oranı artar. Bununla birlikte analjezi ve anestezi kullanımı, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum oranı, oksitosin ihtiyacı ve yapay oksitosin kullanımı da azalmaktadır (Uludağ 2014). Sydsjö ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan bir çalışmada doğum korkusu olan kadınların ebe tarafından sürekli doğum desteği almasının, doğumun aktif fazı süresinin azalmasına katkısı olacağı bildirilmiştir (Sydsjö 2015). 2015 yılında Nikula ve

arkadaşlarının doğum desteği ile ilgili anne görüşlerini incelediği bir çalışmada, annelerin duygusal desteği en önemli destek olarak kabul ettiklerini ve bireysel bakım görmeyi, desteklenmeyi yararlı bulduklarını belirtmiştir (Nikula 2015). Fathi Najafi ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları bir çalışmada doğumda sürekli destek gören kadınların doğum süreci ile daha iyi başa çıktıkları saptanmıştır (Fathi Najafi 2017). Bohren ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları 15.858 kadını içeren Cochrane sistematik derlemesinde sürekli destek alan kadınların, kendiliğinden vajinal doğum yapma oranının ve doğum memnuniyetinin yüksek olduğu, intrapartum analjezi kullanımı, sezaryen doğum ve operatif vajinal doğum oranının daha az olduğu, doğum süresinin daha kısa olduğu, daha az sayıda kadında depresif semptom olduğu saptanmıştır (Bohren 2017). Lunda, Minnie ve Benadé'nin 2018 yılında yapmış oldukları bir meta-sentezde kadınların sürekli doğum desteği almayı değerli buldukları ve bu desteği tanıdıkları kişiden almayı tercih ettikleri sonucuna ulaşmışlardır (Lunda 2018). Wang ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları kesitsel bir çalışmada sürekli destek alan kadınların doğum sürelerinin almayanlara göre 2.03 kat daha kısa sürdüğü ve sezaryen oranının daha az olduğu ortaya konmuştur (Wang 2018). Frank Wolf ve arkadaşlarının 2019 yılında yapmış olduğu bir çalışmada destek alan kadınların %78'i vakum kullanılan doğumlarda, %74'ü vajinal muayene sırasında, %76'sı perineal onarım sırasında da destekçinin yanında bulunmasını isterken, ebelerin %82'si vajinal muayene sırasında kadının yanında destekçisinin bulunmasını istemiştir (Wolf 2019).

Gebelik Yogası: Yoga esneklik ve güç egzersizlerini; nefes, gevşeme ve meditasyonla birleştiren bir tekniktir. Kadınları doğum için hazırlar ve endorfin salınımını teşvik eder. Yetkinlik duygusunu artırmaya yardımcı olur ve stresle daha kolay baş etmeye yardımcı olur. Doğuma hazırlık sınıflarında anlatılan konulara nefes egzersizi, meditasyon ve yoga konuları da entegre edilmiştir. Yoga eğitimini verecek eğitmenin bilgili ve deneyimli olması, yoga uygulayabilecek gebeleri seçebilmesi, sakıncalı olduğu durumlarda uygulamayı durdurabilmesi önemlidir. Gebelikte yoga yapan kadınların stres, endişe, yorgunluk, ödem, depresyon, tansiyon değişikliği, uyku bölünmesi gibi gebelikte sık karşılaşılan sağlık şikayetleri ile başa çıkmakta daha başarılı oldukları bildirilmiştir. Ayrıca doğumun ilerleyişinin daha sağlıklı olmasına katkı sağlamaktadır. Gebelik yogası ilk 16 haftada, beş dakika nefes egzersizine, 25 dakika yoga duruşuna, 15 dakika bebek ve anne iletişimine ayrılarak ortalama 45 dakika sürmektedir. 16-34. haftalarda ise bu eğitimin süresi, beş dakika nefes çalışmasına, 40

dakika yoga duruşuna, 15 dakika iletişim ve derin düşünmeye ayrılarak ortalama bir saate ulaşmaktadır. 34. hafta ve sonrasında uygulama beş dakika nefes egzersizine, 20 dakika yoga duruşuna, 15 dakika meditasyon ve anne bebek iletişimine ayrılarak ortalama 40 dakika kadar sürmektedir (Rathfisch 2015; Alkan 2017; Bonapace 2018).

Tayland'da nulliparlar ile yapılan gebelik yogasının annenin rahatlığı, doğum ağrısı ve doğum sonuçları üzerine etkisine bakıldığı bir randomize kontrollü çalışmada, kontrol grubuna göre, deney grubunda doğum eyleminde ve sonrasında anne rahatlığının daha yüksek, doğum süresinin ise daha kısa olduğu görülmüştür (Chuntharapat 2008). Satyapriya ve arkadaşlarının 2009 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, gebelikte yoga eğitimi alan kadınların almayanlara göre algıladıkları stresin daha düşük olduğu bulunmuştur (Satyapriya 2009). Williams'ın 2015 yılında yapmış olduğu bir çalışmada prenatal dönemde yoga programına dahil olmuş gebelerde anne-bebek bağlanmasının ve farkındalığın arttığını bulmuştur (Williams 2015). Chang'ın 2015 yılında yapmış olduğu bir çalışmanın sonuçları ise, yoga ve meditasyonun gebe kadınların kriz yönetimindeki başarılarına, fiziksel sıkıntılar ile baş etmelerine, iletişim becerilerinin güçlenmesi ve manevi güçlerinin artmasına katkıda bulunduğu yönündedir (Chang 2015). Höbek Akarsu ve arkadaşlarının 2017 yılında yayımlamış oldukları bir derlemede gebelikte yapılan yoga ve meditasyonun gebenin psikolojik sağlığına olumlu etkisi ve bununla birlikte anne bebek iletişiminin güçlenmesinden bahsetmişlerdir (Höbek Akarsu 2017). Altuntuğ ve arkadaşlarının 2017 yılında yayımlamış olduğu 11 deneysel çalışma sonuçlarını inceledikleri makalelerinde, yoganın psikososyal sağlığı ve doğum sürecini olumlu etkilediği sonucu belirlenmiştir (Altuntuğ 2017). Chen ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları, ebe tarafından verilen yoga eğitiminin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada, yoga eğitimi alan gebe kadınların almayanlara göre daha düşük kortizol seviyeleri ve daha yüksek immünoglobulin A seviyelerinin olduğu, ayrıca yenidoğanların daha yüksek doğum ağırlıklarında oldukları bulunmuştur (Chen 2017). Putri Saudia ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada düzenli yoga yapan kadınların yapmayanlara göre F2-isoprostane ve 4-hydroxynonenal (4-HNE) seviyeleri anlamlı derecede düşük, Glutathione peroxidase ve total antioxidant seviyeleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durumda yoga egzersizlerinin kadınlardaki lipid peroksidasyonunu baskılayarak, oksidatif stresi kontrol altına almak için güvenle kullanılabilceği belirtilmiştir (Putri Saudia 2018). Gavin ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, üçüncü

trimesterde düşük riskli gebelere uygulanan yoganın, maternal ve fetal açıdan olumsuz bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Gavin 2018). Smith ve arkadaşlarının 19 çalışmayı inceledikleri 2018 yılı Cochrane sistematik derlemesinde yoga yapan gebelerin, doğum ağrısı şiddetlerinin daha az olduğu ve bu uygulamadan memnun oldukları sonucuna ulaşmışlardır (Smith 2018). Pan ve arkadaşlarının 2019 yılında yapmış oldukları bir çalışmada yoga yapan gebelerde, algılanan stres ve depresyonun etkin bir şekilde azaldığı, doğumda öz yeterlilik ve farkındalık düzeylerinin ise arttığı bulunmuştur (Pan 2019).

Hareket Özgürlüğü/ Yürüyüş/ Pozisyon Değişikliği: Tarih boyunca kadınlar doğum ağrısıyla mücadele ederken kendiliğinden yürüyüş yapmış, hareket etmiş, pozisyon değiştirmiştir. Ancak travay sürecinde kadınların sürekli olarak elektro fetal monitorizasyon sebebiyle yatağa bağımlı olmaları bu uygulamanın önüne geçmiştir. Hareket özgürlüğü ağrı yönetiminde önemli bir stratejidir ve teşvik edilmelidir. Yapılan çalışmalarda ayakta durma, yürüyüş, pozisyon değişikliği ve hareket özgürlüğünün algılanan ağrıyı azalttığı bildirilmiştir (Simkin 2004; Ondeck 2007; Zwelling 2010; Lagrew 2018). Karaman'ın 2017 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasında, hareket özgürlüğü bulunan, yürüyüş ve pozisyon değişikliği yapan kadınların yapmayanlara göre doğum eylemi, toplam dilatasyon ve plasentanın atılma süresi daha kısa bulunmuştur. Ayrıca bu kadınların muayenelerinde fetal başın iniş seviyesi daha hızlı, 8 cm'ye kadar olan ağrı skalaları daha düşük, doğum sonu emzirme süresi daha fazla, bebeğe ilk temaslarının ise daha çabuk olduğu belirlenmiştir (Karaman 2017). Lawrence ve arkadaşlarının 2013 yılında yayımladıkları 5218 kadının incelendiği Cochrane sistematik derlemesine göre dik ve harekete izin veren pozisyonların doğumun birinci evresinin süresini yaklaşık 1 saat 22 dakika daha kısalttığı, sezaryen doğum yapma ve epidural analjezi alma oranlarını ise düşürdüğü belirtilmiştir (Lawrence 2013).

İntradermal Su Blokları/Sterile Su Enjeksiyonu: İntradermal su bloklarının kullanımı, doğumdaki bel ağrısını azaltmaktadır. İntradermal su blokları, posterior superior iliak omurganın üzerine dört tane 0,05 ila 0,1 ml steril su enjeksiyonu ile uygulanması ile yapılır. (Simkin 2004; Martensson 2018)

Fogarty'nin 2008 yılında 6 randomize kontrollü çalışmayı dahil ettiği sistematik derlemesinde, doğum eylemi sırasında steril su enjeksiyonu uygulanan kadınların

doğumda bel ağrılarının 10 dakika ila 2 saat arasında azaldığı sonucuna varmıştır (Fogarty 2008). Hutton ve arkadaşlarının 2009 yılında 8 randomize kontrollü çalışmayı dahil ettikleri sistematik derleme ve meta-analizi çalışmasında doğum eylemi sırasında steril su enjeksiyonu uygulanan kadınların sezaryen doğum oranı daha düşük bulunmuştur (Hutton 2009). Derry ve arkadaşlarının 2012 yılında 766 kadın ve 7 çalışmayı inceledikleri Cochrane sistematik derlemesi sonucunda doğum sürecinde steril su enjeksiyonu uygulanan kadınların daha az bel ağrısı algıladıkları sonucuna ulaşmışlardır (Derry 2012). Farag ve arkadaşlarının 2015 yılındaki çalışmasında doğum sırasında steril su enjeksiyonu uygulanan kadınlarda uygulanmayan kadınlara oranla bel ağrısının daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Farag 2015). Cui ve arkadaşlarının 2016 yılında yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada doğum sürecinde steril su enjeksiyonu uygulanan kadınlarda ağrı skorlamasının daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır (Cui 2016). Mamuk'un 2017 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasının sonuçlarına göre doğum eyleminde lumbosakral bölgeye uygulanan intradermal steril su enjeksiyonunun, doğumda bel ağrısını azalttığı belirtilmiştir (Mamuk 2017). Lee ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmanın sonucunda uygulama yapılan kadınların steril su enjeksiyonu uygulamasını etkili bir analjezi olarak gördükleri, ağrılarının azaldığını bildirdikleri belirtilmiştir (Lee 2017). Fouly ve arkadaşlarının, Genç Koyucu ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarda, doğum sırasında bel ağrısı çeken kadınların steril su enjeksiyonu uygulamasından sonra ağrılarının azaldığı ortaya konmuştur (Fouly 2018; Genç Koyucu 2018).

Solunum Teknikleri: Doğum ağrısıyla başa çıkmak için uygulanan solunum teknikleri hem sakinleşmeyi sağlar hem de kadının kontrol duygusunu artırır. Çalışmalarda solunum tekniği kullanan kadınların, memnuniyet düzeyleri yüksek ve ağrı değerleri düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada travay sürecinde solunum teknikleri kullanan kadınların, kullanmayanlara göre doğumlarında vajinal yırtık oranı ve bebeklerinin özel bir bakım odasına kabul edilmesini isteme olasılığı daha düşük bulunmuştur. Bu da solunum teknikleri kullanan kadınların, ebeveyn olma sürecine daha hakim oldukları ve anne bebek bağlanmasının daha güçlü olduğu sonucunu göstermektedir (Simkin 2004; Adams 2015, Bonapace 2018). Yıldırım ve arkadaşlarının (2004), Kamalifard ve arkadaşlarının (2012), Dengsangluri ve Salunkhe (2015)'in yapmış oldukları çalışmalarda solunum teknikleri kullanan gebelerin, doğum sürecinde

ağrı algısının daha az olduğu bulunmuştur (Yıldırım 2004; Kamalifard 2012; Dengsangluri 2015). Tam tersi bulgulara sahip çalışma sonuçları da bulunmaktadır. Almeida ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada solunum teknikleri kullanan kadınların doğum süresince ağrılarının azalmadığı kaydedilmiştir (Almeida 2005).

Gevşeme/Refleksoloji: Doğum ağrısını yönetmede kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerden biri olan refleksoloji sinir noktalarının uyarılması sonucu elektrokimyasal mesajların oluşumuna yol açan noninvaziv bir ağrı rahatlatma yöntemidir. Bu yöntem gerginlik ve stresi azaltmak, vücudun dengesini korumak amaçlı kullanılmaktadır. Refleksoloji uygulaması duyuşsal uyarılar ile sinir yollarını açarak endorfin salınımını tetiklemektedir. Refleksolojinin obstetrik alanda uygulanması oksitosin salınımının uyarılmasında, uterus kontraksiyonlarının başlatılması ve düzenlenmesinde, deneyimlenen ağrı ve kaygı düzeyinin azaltılmasında, doğumun ilerlemesini kolaylaştırmada ve eylemin süresinin kısaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Erkek 2017; Yılar Erkek 2018; Bonapace 2018). Smith ve arkadaşlarının 19 çalışmayı inceledikleri 2018 yılı Cochrane sistematik derlemesinde gevşeme teknikleri kullanan kadınların doğum ağrısının azaldığı ve bu uygulamadan memnun kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Smith 2018). Valiani ve arkadaşlarının 2010 yılında yapmış oldukları bir çalışmanın sonucunda, refleksoloji uygulanan gebe kadınlarda, doğum ağrısı şiddeti daha az ve doğum eyleminin süresi daha kısa olarak değerlendirilmiştir (Valian 2010). Dolatian ve arkadaşlarının 2011 yılında İran’da yapmış oldukları bir çalışmada refleksoloji uygulamasının kadınlarda, doğum ağrısı skorlarını düşürdüğü ve doğum süresini kısalttığı belirlenmiştir (Dolatian 2011). Moghimi-Hanjani ve arkadaşları 2013 yılında yapmış oldukları bir çalışmada refleksoloji uygulaması sonucunda kadınların ağrı skorlarının daha düşük oldukları sonucuna ulaşmışlardır (Moghimi-Hanjani 2013). Yılar’ın 2014 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasında ayak refleksolojisi uygulanan gebelerin doğumdaki ağrı puanları daha düşük, doğumun 2. evresinin süresi daha kısa olarak bulunmuştur (Yılar 2014). Aynı şekilde Moghimi-Hanjani ve arkadaşları (2015), Mathew ve Francis (2016) yapmış oldukları çalışmalarda, ayak refleksolojisi uygulanan kadınların, doğum ağrısı skorları daha düşük olarak belirlenmiştir (Moghimi-Hanjani 2015; Mathew 2016). Yılar Erkek ve Aktaş’ın 2018 yılında yapmış oldukları bir çalışmada ayak refleksolojisi uygulanan kadınların anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Yılar Erkek 2018).

Müzik: İşitsel stimülasyondur. Beynin sağ yarım küresinden algılanan müzik, hipofiz bezini endorfin salgılanması için uyarabilir. Kaygıyı azaltıp, dikkati dağıtarak, kontrol duygusu ve gevşemeyi artırarak doğum ağrısını azaltmaktadır. Her kadın müziğini kendi seçmelidir. Ses seviyesini kendi ayarlamalıdır. Bu durum kendisine kontrol hissi verir. Yapılan çalışmalarda ağrıya toleransın arttığı bulunmuştur (Simkin 2004; Bonapace 2018). Browning'ın 2000 yılındaki çalışmasında planlı bir şekilde uygulanan müzik terapisinin kadınının doğum ağrısı ve stres yönetiminde etkili olabileceğini belirtmiştir (Browning 2000). Phumdoung ve Good (2003) yapmış olduğu bir çalışmada hafif tınıda dinletilen müziğin, doğum ağrısını azalttığı sonucuna ulaşmıştır (Phumdoung 2003). Doğum ağrısının giderilmesinde primiparlara müzik terapisi ile hoku noktasına buz masajı uygulaması yöntemleri kıyaslandığında, doğum ağrısını azaltmada benzer etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Dehcheshmeh 2009). 2013 yılında Labrague ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada müzik terapisi alan kadınların doğumun latent evresindeki ağrı skorları daha düşük bulunmuştur (Labrague 2013). Hosseini ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış oldukları bir çalışmanın sonucunda müzik terapisi uygulanan kadınlarda algılanan ağrı düzeyi daha düşük bulunmuştur (Hosseini 2013). Simavlı ve arkadaşlarının (2014) yaptığı randomize kontrollü çalışmada müzik terapisi alan kadınların doğumun her aşamasındaki ağrı ve endişe skorları ile postpartum analjezi ihtiyaçlarının daha düşük olduğu sonucu bulunmuştur (Simavlı 2014). Xavier ve Viswanath (2016) müzik terapisi alan kadınların ağrı skorları daha düşük bulunurken, bir başka çalışmada da erken doğum eyleminde bulunan gebelerde müzik terapisi alanların stres düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Xavier 2016; Park 2017). Smith ve arkadaşlarının 19 çalışmayı inceledikleri 2018 yılı Cochrane sistematik derlemesinde doğumun latent fazında müzik dinletilen gebelerin doğum ağrı skorları daha düşük bulunmuştur (Smith 2018). Wan ve Wen'in 2018 yılında yaptıkları akupresür ve müzik terapisinin karşılaştırılması ile ilgili çalışmanın sonucunda, akupresür doğum ağrısını azaltmada daha etkin iken müzik kaygıyı azaltmada daha etkin bulunmuş ve çalışmanın sonucunda iki yöntemin kombine bir şekilde kullanımı önerilmiştir (Wan 2018).

Doğum Havuzu/Banyo/Duş/Hidroterapi: Doğumda suyun kullanımı üzerine yapılan ilk bilimsel yayın 1973 yılında yayınlanmıştır (Simkin 2004). Benfield ve arkadaşları (2001), Benfield ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmada, hidroterapi kullanan kadınların anksiyete düzeyleri ve algılanan ağrı skorları daha düşük

bulunmuştur (Benfield 2001; Benfield 2010). Ohlsson ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada doğum sürecinde kullanılan sıcak küvet banyolarının maternal ve neonatal açıdan olumsuz bir sonuç doğurmadığını ortaya koymuşlardır (Ohlsson 2001). Mollamahmutoğlu ve arkadaşları (2012) hidroterapi alan kadınların doğumunun 2. ve 3. evresinin daha kısa sürdüğü, indüksiyon ve epizyotomi ihtiyacının daha az olduğu sonucuna ulaşmıştır (Mollamahmutoğlu 2012). Lee ve arkadaşları (2013) hidroterapi alan kadınların, 4-7cm servikal dilatasyondaki ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucunu bulmuştur (Lee 2013). Barbieri ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış oldukları bir çalışmada sıcak banyonun perineal egzersizler ve İsviçre topuyla birlikte kullanımının, doğum ağrısını etkin bir şekilde azalttığı görülmüştür (Barbieri 2013). Adams ve arkadaşlarının (2015) 1835 adet kadını inceledikleri çalışmada banyo/duş/doğum havuzu kullanan kadınların kullanmayanlara göre doğumda vajinal yırtık oranlarının ve bebeklerinin özel bakım gereksinimlerinin daha az olduğu bulunmuştur (Adams 2015). Tuncay'ın 2016 yılında yapmış olduğu yüksek lisans tezi çalışmasında, doğumun aktif evresinde hidroterapi alan kadınların almayan kadınlara göre servikal dilatasyonu 6-10 cm iken ağrı skorları, kontraksiyon şiddet ortalaması ve süresinin daha düşük, doğumun aktif faz süresi ile ikinci evre süresinin de daha kısa olduğu bulunmuştur (Tuncay 2016). Benfield ve arkadaşları (2018) kadınların banyo yapmayı sadece hijyenik amaçlı değil, kaygıdan kurtulmak, adet ve doğum ağrısını azaltmak amaçlı kullandıklarını bildirmiştir (Benfield 2018). Büyük ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada hidroterapi alan kadınların vajinal doğum sonrası almayanlara göre hematokrit düzeylerinin daha az düştüğü ve uterus kontraksiyonlarının daha verimli olmasını sağladığı bulunmuştur (Büyük 2018).

Akupunktur/Akupresür: Akupunkturun fizyolojik fonksiyonları başlattığı, kontrol ettiği böylece organizmadaki doku hasarlarını düzelttiği, hastalıkları iyileştirdiğine inanılır. Vücutta 12 adet meridyen ve 365 adet akupunktur noktası vardır. Vücutta meridyenler boyunca belirli noktaların birleşiminde cilde ince iğnelerin batırılması ardından iğnelerin döndürülmesi, ısıtılması veya elektriksel uyarılmasıyla, vücuttaki rahatsız edici semptomlar hafifletilir. (Simkin 2004; Çalık 2014)

Dong ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış oldukları bir çalışmada akupunktur uygulanan gebelerin doğumun aktif evresinin süresi ve doğum ağrısı skoru daha düşük bulunmuştur (Dong 2015). LI-4 ve SP-6 noktalarına uygulanan akupunkturun, doğum

ağrısını azaltmada anlamlı olmadığı ancak doğumun süresini azalttığı bildirilmiştir (Asadi 2015). Allameh ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında akupunktur uygulanan gebelerin doğum ağrı skorlarının daha düşük olduğu ancak tam dilatasyonda iken ağrı skorlarında bir fark olmadığı bulunmuştur (Allameh 2015). Rastegarzade ve arkadaşlarının (2015) kulağa uyguladıkları akupunkturun doğum ağrısı üzerine etkisi ile ilgili yaptıkları çalışmada doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Rastegarzade 2015). Doğumda kullanılan akupresür ve akupunktur yöntemlerinin karşılaştırılmasını içeren başka bir çalışmada akupunkturun doğum ağrısı, farmakolojik ajan kullanımı, müdahaleli doğum oranı ve doğumun süresini azalttığı, akupresürün ise doğumun süresi ve doğum ağrısını azalttığı bulunmuştur (Schalaeger 2016). Zhao ve arkadaşları (2017) akupunkturu doğum süresi ve doğum ağrısını azaltmada, Samadi ve arkadaşları (2018) ise kaygıyı azaltarak sedasyon sağlama ve analjezik gereksinimini düşürmede etkili bulmuştur (Zhao 2017; Samadi 2018).

Hipnoz/ Hipnoterapi/ Hipnoz ile Doğum (Hypnobirthing): Hipnoz 19. yüzyılın başlarından beri doğum ağrılarını azaltmak için kullanılmaktadır. Mevcut kanıtlar hipnozun doğumdaki ağrıyı azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir (Simkin 2004). Cyna ve arkadaşlarının 2004 yılında yapmış oldukları sistematik derlemede, hipnoz uygulanan kadınların doğum ağrısı skorları daha düşük bulunmuştur (Cyna 2004). Corey Brown ve Corydon Hammond'un 2006 yılında yapmış oldukları bir çalışmada erken doğumda hipnozun kullanımı doğumun süresini uzattığı yönünde sonuca ulaşmışlardır (Corey Brown 2006). Hipnoz uygulanan kadınların doğumun her aşamasında farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Abbasi 2007). Alison ve Leonard'ın (2011) çalışmasında da hipnozun doğumda ağrı skorlarını düşürdüğü, daha iyi apgar sonuçlarına neden olduğu ve doğumun birinci evresini kısalttığı belirlenmiştir (Alison 2011). 2954 kadını içeren Cochrane sistematik derlemesinde hipnoz grubundaki kadınların ağrı düzeyleri ve analjezi ihtiyaçları daha düşük bulunmuştur (Madden 2016). Hipnozun epidural kullanımını azalttığı da bir başka çalışmanın önemli bulgusudur (Beevi 2017). Bülez (2017) hipnoterapiyi doğum korkusunu azaltmada etkin bulurken doğum ağrısını azaltma ve memnuniyeti artırma açısından etkin bulamamıştır (Bülez 2017). Yarıcı Atış ve Rathfisch'in 2018 yılında yapmış oldukları bir çalışmada hipnoz yoluyla doğum yapan kadınların daha az doğum ağrısı ve korkusu yaşadıkları, doğumun ikinci ve üçüncü evrelerinin daha kısa sürdüğü sonucuna ulaşılmıştır (Yarıcı Atış 2018).

Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS): Derialtı elektriksel sinir stimülasyonu, düşük voltajlı elektrik darbelerinin el tipi bir pille çalışan jeneratörün yüzey elektrotları ile cilde aktarılmasıdır. 1970'lerde İskandinav ülkelerinde doğum bakımına dahil edilmesiyle başlayıp, günümüzde birçok ülkede obstetrik bakımda yaygın kullanılmaya devam etmektedir. Doğum ağrısını azaltmak için bir çift elektrot T10-L1 seviyesine, diğeri S2 ila S4 seviyesine paralel yerleştirilir. Kadın bir kadranı çevirerek akımın yoğunluğunu kontrol eder ve TENS ünitesindeki kadranları ayarlayarak yoğunluğu değiştirebilir. TENS karıncalanma hissine sebep olur (Simkin 2004). TENS'in doğum ağrısını belirgin bir şekilde azalttığı ve farmakolojik ajan kullanımını ertelediği bildirilmiştir (Santana 2016; Quittan 2016; Payendah 2017; Suarez 2018; Veyilmuthu 2017). Shahoei ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları bir randomize kontrollü çalışmada TENS uygulamasının doğum eyleminin birinci, ikinci aşaması ve doğum sonu dört saat sonrasına kadar ağrıyı azaltmada etkin olduğu bulunmuştur (Shahoei 2017). Regis ve arkadaşlarının (2017) TENS ve Cryoterapi uygulamalarının karşılaştırdıkları çalışmalarında doğumun dilatasyon fazında ağrıyı azaltmada benzer etkide olduğu sonucuna varılmıştır (Regis 2017). Beklenen doğum şeklinin makat vajinal doğum olduğu kadınlarda uygulanan TENS ile ilgili bir çalışmada, bu uygulamanın doğumdaki ağrıyı azaltmada etkin olduğu belirlenmiştir (Suarez 2019).

Aromaterapi: Terapötik özelliklerini kullanmak için bitkilerden damıtılmış konsantrasyonlu esansiyel yağlar veya esanslar kullanma bilimidir. Aromaterapi korku, endişe ve acıyı azaltmak, kadınların refah duygusunu artırmak, kasılmaları iyileştirmek gibi çeşitli amaçlar için travay sürecinde kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda kullanıcıların çoğunun ağrıyı ve kaygıyı azalttığını ifade ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Simkin 2004). Aromaterapi ve masajın beraber kullanıldığı kadınlarda intrapartum anestezi kullanım oranının belirgin şekilde azaldığı bildirilmiştir (Dhany 2012). Aromaterapi etkisinin incelendiği çalışmalarda doğum ağrısı ve stresi azalttığı (Lee 2011; Zahra 2013; Roozbahani 2015; Makvandi 2016; Tanvisut 2018; Hamdamian 2018), doğum eyleminin süresini kısalttığı (Vakilian 2013), kaygıyı azalttığı (Namazi 2014; Kheirkhah 2014; Fakari 2015; Yazdkhasti 2016) sonucuna ulaşılmıştır. Aromaterapötik olarak bazı çalışmalarda gül yağı ve gül suyu (Kheirkhah 2014; Roozbahani 2015) bazı çalışmalarda sardunya özü ve portakal yağı (Fakari 2015) bazı çalışmalarda ise lavanta yağı (Yazdkhasti 2016; Makvandi 2016) kullanıldığı belirlenmiştir. Lakhan ve

arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları sistematik inceleme ve meta analizde aromaterapinin doğum ağrısını etkin bir şekilde azaltabileceği bildirilmiştir (Lakhan 2016). Fei Chen ve arkadaşlarının 2018 yılında 17 çalışma inceledikleri meta analizde aromaterapinin doğum ağrısını ve süresini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Fei Chen 2018). Chugtai ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları bir çalışmada Rosa Damascena, Lavender ve kombine esansiyel yağ ile aromaterapi uygulaması sonucunda üç yöntemde doğumun ağrısını etkin bir şekilde azalttığı bildirilmiştir (Chugtai 2018). 2019 yılında yapılan bir başka sistematik incelemede de aromaterapi uygulamasının doğum eyleminin ilk aşamasında anksiyete düzeylerini azaltmak için kullanılabilir bir yöntem olduğu belirlenmiştir (Ghiasi 2019).

Sıcak ve Soğuk Uygulama/ Paket/ Terapi: Çeşitli sıcaklıklarda, çeşitli materyallerle kullanılan yüzeysel uygulamalardır. Sıcak uygulama genellikle kadının sırt ve beline, daha düşük ısıdaki uygulamalar karın, kasık ve perineye uygulanabilir. Isı kaynakları arasında, sıcak su şişesi, ısıtılmış pirinç, dolgulu çorap, sıcak kompres, elektrikli ısıtma yastığı, sıcak battaniye, sıcak banyo veya duş vardır. Analjezik etkisinin yanı sıra, ısı, titremeyi rahatlatma, eklem sertliğini azaltmak, kas spazmını azaltmak ve bağı dokusunu genişletmek gibi etkileri de vardır. Soğuk uygulama ya da kriyoterapi genellikle kadının sırtına göğsüne ve/veya yüzüne uygulanır. Soğuk uygulama formları buzla dolu eldiven veya torba, donmuş jel paketi, buz dolu şişe, soğuk suya daldırılmış bez ve dondurulmuş sebzeler olabilir. Soğuk uygulama ağrıyı azaltmanın yanında, kas spazmını hafifletmek, iltihabı ve ödemi azaltmak gibi ek etkilere sahiptir. Yapılan çalışmalar, ağrının azaltılması, iltihap, ödem ve kas spazmının giderilmesi için kullanılabilirliğini göstermektedir (Simkin 2004). Fahami ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında sıcak terapi uygulanan kadınların doğum ağrısı algıları daha düşük bulunmuştur (Fahami 2011). Shirvani ve Jila'nın (2013) yapmış olduğu bir çalışmada soğuk paket uygulamasının kapı kontrol teorisine dayandırılarak doğum ağrısını azalttığı ve maternal-fetal sağlık üzerinde olumsuz bir etki yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Shirvani 2013). Ganji ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında sıcak ve soğuk uygulamanın doğum ağrısını azalttığı ve bir başka çalışmada da doğumun ikinci evresinde uygulanan sıcak kompreslerin perineal travma ve ağrıyı azalttığı bulunmuştur (Ganji 2013; Vaziri 2014). Hem sıcak hem de soğuk uygulama yapılan kadınların müdahale sonrası ağrı skorları ve kaygı düzeylerinin daha fazla düştüğü, doğumdan memnuniyet seviyelerinin yükseldiği belirlenmiştir (Ghani 2014).

Taavoni ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ısı terapisi uygulanan kadınların doğum ağrısı skorlamaları daha düşük bulunmuştur (Taavoni 2016). Ahmad- Shirvani ve Ganji'nin 2016 yılında yapmış oldukları sıcak ve soğuk uygulamanın kıyaslandığı bir çalışmada sıcak uygulamanın ağrı skorlarını düşürdüğü, soğuk uygulamanın ise doğumun ikinci evresinin süresinin kısalmasına neden olduğu, her iki yöntemin memnuniyet düzeyleri açısından birbirine üstünlüğünün olmadığı bulunmuştur (Ahmad-Shirvani 2016). Mardliyana ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları bir çalışmada buz jeli paketi uygulanan kadınların doğum ağrısını daha az hissettiği sonucuna ulaşılmıştır (Mardliyana 2017).

Masaj Terapisi/ Tedavisi/ Uygulaması: Gebe kadına dokunmak, pozitif iletişim, sevgi, güvence ve kaliteli bakımı sağlar. Yapılan çalışmalarda masaj tekniği kullanılan kadınların doğumlarında, masaj tekniği kullanılmayan kadınlara göre, vajinal yırtık ve forseps kullanımı oranı daha az, ruh halleri daha iyi, daha az ağrı, anksiyete içinde ve daha fazla güvende hissettikleri bulunmuştur (Simkin 2004; Adams 2015). Chang tarafından Tayvan'da masajın ağrı ve anksiyeteye etkisi üzerine yapılan randomize kontrollü bir çalışmada doğum ağrısını azalttığı ve aynı zamanda psikolojik destek olduğu bildirilmiştir (Chang 2002). Lee tarafından yapılan bir çalışmada, primipar gebelere uygulanan tam vücut masajı ise doğum ağrıları ve stresleri üzerinde azaltıcı etki göstermiştir (Lee 2003). Waters ve Raisler'in buz masajının doğum ağrısı üzerine etkisini incelediği bir çalışmada ise buz masajının doğum ağrısını azalttığı ve dolayısıyla doğum ağrısının yönetiminde kullanılabilmesi bildirilmiştir (Waters 2003). Karami'nin 2007 yılında yapmış olduğu bir çalışmada masajın doğum ağrısı ile başa çıkmak için uygun bir yöntem olduğu sonucuna ulaşmıştır (Karami 2007). Tzeng ve Su'nun 2008 yılında yapmış olduğu bir çalışmada doğum sürecinde uygulanan masajın bel ağrısını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Tzeng 2008). Dehcheshmeh ve arkadaşlarının primipar gebelerde ele uygulanan buz masajı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, doğum ağrısının azaldığı ve doğumdan memnuniyetin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Dehcheshmeh 2009). Taghinejad tarafından masaj terapisi ve müzik terapisinin kıyaslandığı bir çalışmada, doğum ağrısını azaltmada masaj terapisi, müzik terapisine kıyasla daha etkili bulunmuştur (Taghinejad 2010). Hajiamini tarafından 2012 yılında doğum ağrısında buz masajı uygulaması ile akupresür tekniklerinin kıyaslandığı bir çalışmada ise her ikisi de doğum ağrısını azaltmada etkili olup, buz masajı, akupresüre göre daha etkili bulunmuştur (Hajiamini 2012). Fard

tarafından 2012 yılında LI4 noktasına uygulanan buz masajı ile akupresür tekniklerinin incelendiği bir çalışmada doğum ağrısının azaltılmasında her ikisi de etkili olup, buz masajı akupresürden daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Fard 2012). Gönenç ve Terzioğlu'nun 2012 yılında yapmış olduğu doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisine bakıldığı bir çalışmada; masaj ve akupressür uygulamalarının doğumun birinci evresinde gebelerin anksiyetisini azaltmada etkili olduğu fakat masaj uygulamasının akupressüre göre daha etkin olduğu belirlenmiştir (Gönenç 2012). Kamalifard ve arkadaşlarının masaj terapisi ve solunum tekniklerini incelediği yarı deneysel bir çalışmada her iki yöntemde doğum ağrısının giderilmesi için önerilmiştir (Kamalifard 2012). Mortazavi ve arkadaşlarının 2012 yılında yapmış oldukları bir çalışmada masaj terapisi alan kadınların doğum ağrısı ve kaygısı düzeyleri düşük, doğumdan memnuniyet seviyeleri yüksek bulunmuştur (Mortavazi 2012). Gönenç'in 2013 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasında masaj uygulamasının doğumun tüm evrelerinde doğum ağrısını, anksiyete düzeyini, maliyeti azalttığı ve doğum ile ilgili olumlu algının oluşmasını sağladığı, masaj ve akupresürün birlikte uygulandığı durumlarda da doğum ağrısı ve anksiyete düzeyinin düştüğü, doğum algısını pozitif açıdan etkilediği sonucuna ulaşmıştır (Gönenç 2013). Hashemi tarafından doğum ağrısının azaltılmasına yönelik uygulanan masaj ile ilgili bir çalışmada masajın doğum ağrısıyla başa çıkmada etkili bir girişim olduğu ve güvenle kullanabileceği bildirilmiştir (Hashemi 2012). Silva ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış oldukları bir çalışmada uygulanan masajın doğum ağrısını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Silva 2013). Khavandizadeh ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları bir çalışmada doğum sırasında uygulanan masajın ağrı yoğunluğunu herhangi bir yan etki oluşturmaksızın azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Khavandizadeh 2014). Ganji ve arkadaşlarının 2015 yılında yayımladıkları sistematik derlemenin sonucunda masajın doğum ağrısını azaltmakta faydalı olduğu ancak doğum süresine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Ganji 2015). Tektaş ve arkadaşlarının 2016 yılında yayımlanmış olduğu masaj ile ilgili yapılan tez çalışmalarının incelendiği bir derlemede masajın doğum ağrısının kontrolünde güvenle kullanabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Tektaş 2016). Bolbol-Haghighi ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada doğumda masaj terapisi uygulanan kadınlarda doğumun birinci ve ikinci aşamasının süresinin daha kısa olduğu ve bu kadınların yenidoğanlarının 1. Ve 5. dakikadaki apgar değerlendirmesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bolvol-Haghighi 2016). Askari

ve arkadaşlarının susam yağı ile yapılan sırt masajının doğum ağrısı ve süresine etkisini inceledikleri çalışmada, susam yağı ile yapılan masajın doğum ağrısını azalttığı ve süresini kısalttığı bulunmuştur (Askari 2016). Sırt masajının algılanan doğum ağrısına ve memnuniyetine etkilerine bakıldığı çalışmalarda; masajın doğum ağrısını azaltmada ve doğumla ilgili memnuniyeti artırmada önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Doğum ünitesinde çalışan sağlık profesyonellerinin, ağrıyı azaltmak, doğum süresini kısaltmak ve doğum deneyiminden memnuniyeti artırmak için masaj uygulamasının kullanımı önerilmiştir (Ünalmiş 2017). Ranjbaran ve arkadaşlarının 2017 yılında doğum ağrısında uygulanan masajın etkinliğinin değerlendirildiği sistematik derleme ve meta analizde, masajın doğum ağrısını gidermede kullanılabilirliği geçerli bulunmuştur (Ranjbaran 2017). Hu ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları bir çalışmada masaj terapisi uygulanan kadınların doğum ağrıları azalmış ve doğumdan memnuniyetleri artmıştır (Hu 2017). Yıldırım tarafından yapılan bir çalışmada ise LI4 noktasına uygulanan buz masajının ağrıyı azalttığı ve doğum süresini kısalttığı sonucuna varılmıştır (Yıldırım 2018). Ali tarafından pozisyon değişimi ve sırt masajının kıyaslandığı bir çalışmada; ağrıyı azaltma açısından sırt masajı pozisyon değişikliğinden daha etkili olduğu bildirilmiştir (Ali 2018). Smith tarafından masaj, refleksoloji ve diğer yöntemlerin de incelendiği bir sistematik derlemede; ağrıyı azaltmada, doğumun süresini kısaltmada ve kadınların kontrol duygusunu ve doğumun duygusal deneyimini iyileştirmede, masajın önemli bir role sahip olduğu bildirilmiştir (Smith 2018). Rajiani ve arkadaşlarının 2019 yılında dijital sürtünme masajı uygulamasının doğum ağrısı üzerine etkisini inceledikleri çalışmada uygulamanın doğum ağrısı seviyesini azalttığı ve konforu artırdığı sonucuna ulaşımlardır (Rajiani 2019).

2.4.2.1. Farmakolojik olmayan yöntemlerin avantajları ve dezavantajları

Avantajları

Farmakolojik olmayan yöntemlerin birçoğu ağrı hissini azaltmada opioidlerle karşılaştırılabilir veya opioidlerden daha üstündür. Hekim istemine gerek yoktur. Kadının anksiyetesini azaltır. Etkisini artırmak için birçok yöntem bir arada kullanılabilir. Analjezikler yerine kullanılabilir. Kullanımı kolay ve ucuzdur. Öğretildikten sonra tek başına uygulanabilir. Kadına özgüven ve kontrol duygusunu verir ve kadının işbirliği ile aktif katılımını sağlar (Yıldırım 2003; Kömürcü 2013).

Dezavantajları

Farmakolojik olmayan yöntemlerin hiçbiri farmakolojik yöntemler kadar etkili değildir. Uygulanan yöntemler ek güvenlik önlemi gerektirebilir. Yöntemlerin kullanımı yaygın değildir ve yapılan çalışma sayısı azdır. Daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Öğrenme ve uygulama için zaman gerekir. Bazı uygulamalarda devamlılık güçleşebilir. Ebe sürekli meşgul olabilir (Yıldırım 2003; Kömürcü 2013).

2.4.2.2. Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasında ebe nin rolü

Ebeler, kadınların doğuma dair anksiyete ve korkularını azaltmada, onları doğum sürecine hazırlamada ve pozitif doğum deneyimi yaşamalarını sağlamada önemli role sahiptir. Gebenin doğum öncesi, doğum konusunda sahip olduğu bilgiler değerlendirilmeli, doğum ağrısıyla baş etmede her gebeye özgü bakım planı yapılmalıdır. Ebeler gebelere fiziksel, duygusal açıdan her türlü bilgiyi vermeli, kadının soru sormasını desteklemeli ve doğum sürecinde gebenin hakkını savunmalıdır. Doğum destekçisi olarak ebeler, gebe kadına yardım etme, gereksinimlerini karşılama, konforunu sağlama, benlik saygısını artırma, doğum sonuçlarını geliştirme, pozitif doğum deneyimi yaşamasını sağlama, ebeveynlik rolüne uyum sürecini hızlandırma ve anne bebek bağlanmasını sağlamaktadır. Mümkün olduğunca en az müdahale ile annenin aktif olduğu bir doğum tecrübesi sağlamak önemlidir. Ebeler destekleyici bakım vermelidir. Doğum eylemindeki kadın ile sakin bir ses tonuyla konuşulması, gebe kadına dokunulması, gebenin gerginliğini azaltmaktadır. Ebeler doğumun her aşamasında, kadına ve verdiği tepkilere duyarlı olmalı, kadını savunmalı, kadına saygı göstermeli, yargılayıcı olmamalı, kadının haklarını korumalı, güvenliğini sağlamalı, isteklerini söyleyebilmesi için cesaretlendirmeli ve anlayış göstermelidirler. Ebeler farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasında aktif rol almalı, araştırmaları yakından takip ederek kanıta dayalı şekilde uygulamalıdır. Uygulanacak farmakolojik olmayan yöntemi/yöntemleri gebe ile birlikte kararlaştırmalı, olumlu ve olumsuz yönlerini tartışmalıdır. Farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanması, hekim istemi gerektirmeyen ve yan etkinin en az düzeyde olması sebebiyle ebeler tarafından bağımsız olarak güvenle uygulanabilmektedir (Karaçam 2011; Kömürcü 2013; İpek 2014; Türkmen 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümü araştırma yöntemini açıklayıcı hususları kapsamaktadır. Öncelikle araştırmanın amacı ve kapsamı ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Bu bölümde araştırmanın hipotezleri, araştırmanın ölçekleri, araştırma evreni ve örnekleme ile ilgili açıklamalar da yer almaktadır. Son olarak verilerin analizi ile ilgili bilgilere verilmiş ve araştırmanın kısıtları ile ilgili açıklamalar yapılmıştır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada doğum sürecinin aktif fazında uygulanan mekanik masaj ile sıcak mekanik masaj uygulamasının, algılanan doğum ağrısı ve deneyimine etkisinin karşılaştırılması planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, mekanik masaj uygulaması ve sıcak mekanik masaj uygulaması araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımlı değişkenler: Doğum Deneyim Ölçeği'nden alınan puan, Visual Analog Skala Ölçeği'nden alınan puanlar, doğum eyleminin süresi araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1; Doğum eyleminin aktif fazında, sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj doğum ağrı algısını etkiler.

H2; Doğum eyleminin geçiş fazında, sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj doğum ağrı algısını etkiler.

H3; Doğum eyleminin aktif fazında, sakral bölgeye uygulanan sıcak mekanik masaj doğum ağrı algısını etkiler.

H4; Doğum eyleminin geçiş fazında, sakral bölgeye uygulanan sıcak mekanik masaj doğum ağrı algısını etkiler.

H5; Doğum eyleminin aktif fazında, sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj ile sıcak mekanik masajın doğum ağrısı algısına etkisi arasında fark vardır.

H6; Doğum eyleminin geçiş fazında, sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj ile sıcak mekanik masajın doğum ağrısı algısına etkisi arasında fark vardır.

H7; Doğum eyleminin birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj doğum deneyimini etkiler.

H8; Doğum eyleminin birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak mekanik masaj doğum deneyimini etkiler.

H9; Doğum eyleminin birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj ile sıcak mekanik masajın doğum deneyimine etkisi arasında fark vardır.

3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15.11.2018 – 15.04.2019 tarihleri arasında, Ankara ili T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi'nde yapılmıştır. Araştırma ile ilgili uygulamalar travay odası ve doğum odasında gerçekleştirilmiştir.

Ankara ili Altındağ ilçesinde bulunan hastane 1925 yılından beri hizmet sunmaktadır. 2010 yılı itibari ile 35m²'lik alanda 501 yatak kapasitesine ulaşmıştır ve hizmet vermeye devam etmektedir. Büyük Doğum adıyla diye bilinmekte olan bu hastane genellikle Ankara'da her sosyo-ekonomik ve kültürel kesime hizmet vermektedir. Ancak yine de hizmet verilen grubun çoğunluğu düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelen kişilerden ve göçmenlerden (Suriye, Afganistan, Azerbaycan, Somali vb.) oluşmaktadır.

Araştırmacının bu kurumda çalışıyor olması ve bununla ilişkili olarak araştırma sürecinde gerekli olacak idari iznin kolaylıkla sağlanması, araştırma için bu hastanenin seçilmesinde bir etken olmuştur.

Doğum ünitesinin girişinde hasta kayıt ve kabulünün gerçekleştirildiği hasta kayıt ve sekreterlik bölümü vardır. Doğum ünitesi entegre bir şekilde annelerin sağlığı ile ilgili bir olumsuz durum oluştuğunda anne ve bebeğin birbirinden ayrılmaması için bebeklerin takip edildiği bir adet bebek gözlem odası, travay ve doğum odaları, içerisinde bir adet yatak ve küvet bulunan suda doğum bölümü ile sezaryen ameliyathanesinden oluşmaktadır. Sezaryen ameliyathanesi ve yenidoğan bölümü doğumhaneye yakın bir konumda yapılandırılmıştır. Doğum ünitesinde dört yataklı bir

gözlem odası, bir yataklı iki adet refakatli travay odası, bir yataklı bir adet travay odası, dokuz yataklı bir adet travay odası, beş yataklı bir travay odası olmak üzere travay bölümü 21 yatak kapasitesine sahiptir. Her odada radyant ısıtıcı, yenidoğanın canlandırma gereksinimi için (CPAP-PBV-Entübasyon) ekipman, doğum masası ve yatağın bulunduğu toplam dokuz adet doğum odası vardır. Doğum ünitesi içerisinde her an ulaşılabilir şekilde ultrasonografi cihazı, doppler, defibrilatör cihazı, vakum aspiratörü, yenidoğan için transport küvözleri, yetişkin ve yenidoğan acil masası, oksijen ve aspirasyon sistemi mevcuttur.

Doğum ünitesinde vardiya sistemi ile çalışılmaktadır. Gündüz vardiyasında (08.00-16.00) on adet ebe, dört adet asistan hekim ve uzman doktorlar, üç adet sekreter ve üç adet temizlik personeli, gece vardiyasında (16.00-08.00) dokuz adet ebe, dört adet asistan hekim, bir adet uzman hekim, üç adet sekreter ve üç adet temizlik personeli görev almaktadır. Hastanenin kadın doğum hastanesi olması sebebiyle tüm birimlerde ebe ve kadın doğum asistan ve uzman hekimleri, yenidoğan bölümünde hemşire ve yenidoğan uzman doktorları bulunmaktadır.

Doğum yapmak için hastaneye başvuran gebeler, acil polikliniğinde ultrasonografi ve vajinal muayene ile değerlendirilip, doğum salonuna yatırışı sağlanmaktadır.

Gebe hastane önlüğü giydirildikten sonra bir ebe tarafından vital bulguları alınmakta, damar yolu açılarak rutin kan ve idrar örnekleri alınmaktadır. Ebe tarafından anamnezi alınan gebe dosya işlemleri tamamlandıktan sonra travaya alınmaktadır. Travayda takibi yapılan gebe, doğum anı yaklaştığı zaman doğum odasına alınmaktadır. Doğum sonunda yenidoğana ilk müdahale ebe tarafından gerçekleştirilmektedir (Doğumhanedeki her ebenin NRP uygulayıcı sertifikası olması zorunludur). Yenidoğanın ileri müdahalesi için yenidoğan hekimi mutlaka çağrılmakta ve yenidoğan bölümüne transferi sağlanmaktadır.

Hastanenin travay yönetiminde yapılan rutin işlemler; lavman uygulaması, oksitosin uygulaması, amniotomi ve epidosisin türü ilaçların uygulamasıdır. Sık yapılan uygulamalar ise epidural analjezi ve petidin türü ilaçların kullanımınıdır.

Doğum sonu dönemde anneler doğum salonundan ayrılmadan önce mutlaka anne sütü ve emzirme danışmanlığı eğitimi almış olan bir ebe tarafından emzirme

eğitimi alarak bebeklerini emzirmeleri konusunda teşvik edilmekte ve emzirme takipleri yapılmaktadır.

3.6. Araştırmanın Evreni ve rneklem Seçimi

Araştırma evrenini 15.11.2018- 15.04.2019 arasında Ankara İli T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi'ne, doğum yapmak için başvuran ve yatışı yapılan gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın yapılacağı Doğum Ünitesi'nde 2017 yılında doğum yapan gebe sayısı toplam 16.047 olarak saptanmıştır. Doğumların 9309'unu vaginal doğum oluşturmuştur. Vajinal doğumların 3845'i primipar kadınlar tarafından geręekleřtirilmiřtir. Vajinal doğum yapan 3845 primipar kadın üzerinden örneklem hesabı geręekleřtirilmiřtir. Örneklem büyüklüğü, %80 güç, 0,05 hata payı ve 0,5 etki düzeyi ile G*Power (3.1.9.2) Programı kullanılarak hesaplandığında, deney (mekanik masaj grubu ve sıcak mekanik masaj grubu) ve kontrol gruplarının her biri için en az 64 gebe alınması gerektiği belirlenmiştir. Olası veri kayıpları da düşünülerek her bir grup için 70 (toplamda 210) gebenin örneklem alınması uygun görülmüştür (Deney Grubu A= 70, Deney Grubu B= 70, Kontrol Grubu= 70).

Grupların oluşturulmasında randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Çalışma kriterlerine uygun olan gebeler ardışık olarak Deney Grubu A, Deney Grubu B ve Kontrol Grubuna alınmıştır. Veri kaybı olduğu zaman vaka olarak alınan gruptan devam edilmiş, sıra atlanmamıştır. Randomizasyon işlemi bu şekilde geręekleřtirilerek ve gebelerin, tamamen rastgele, eşit şansla ve bağımsız olarak gruplara seğilmesi sağlanmıştır.

3.7. Grupların Oluşturulması (CONSORT Doğrultusunda)

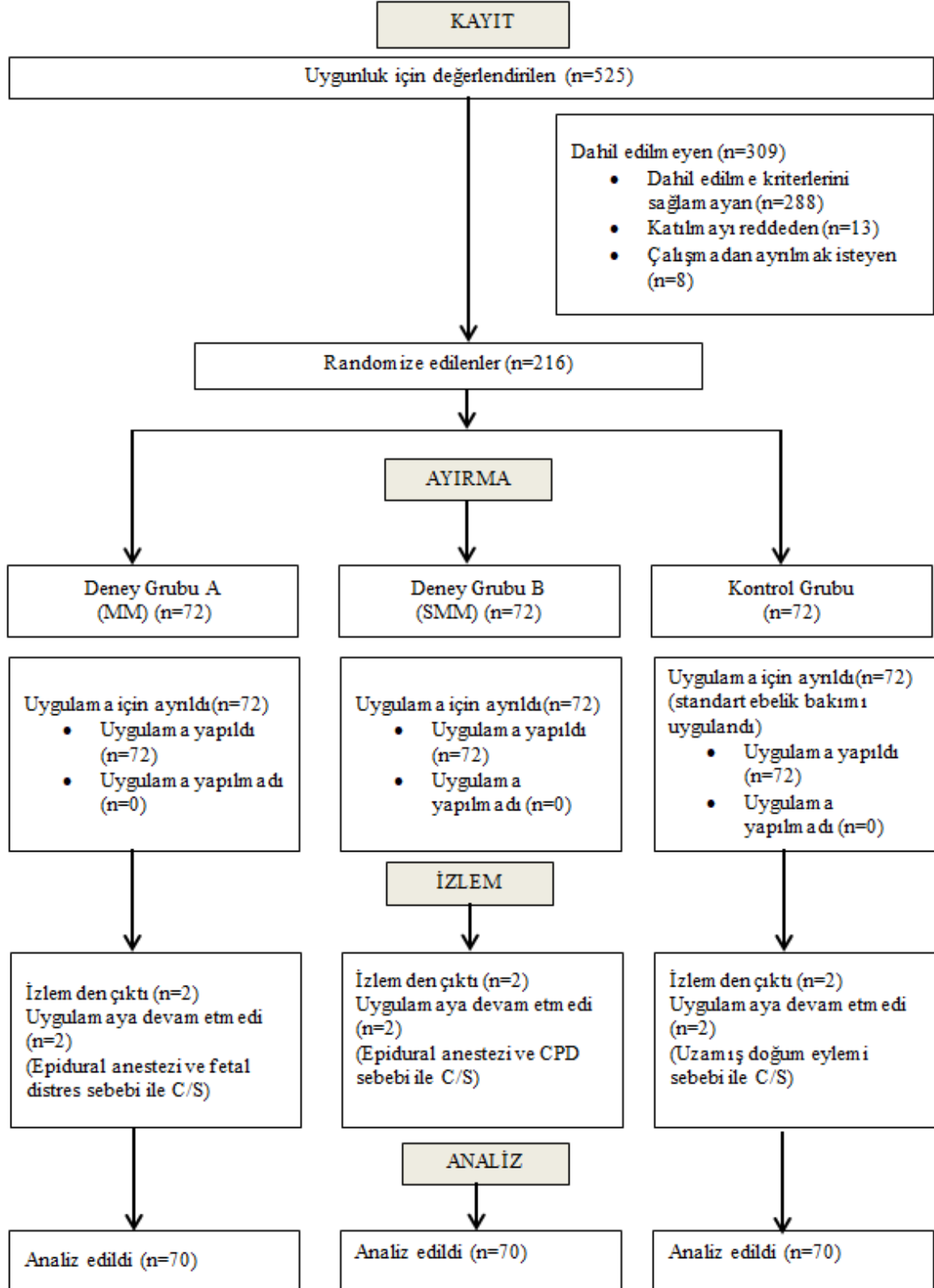
Araştırmacının normal mesaisi içinde çalıştığı günlerde tez çalışması da geręekleřtirilmiřtir. Çalışma kriterlerine uygun olan gebeler ardışık olarak Deney Grubu A (mekanik masaj-MM), Deney Grubu B (sıcak mekanik masaj-SMM) ve Kontrol Grubuna alınmıştır. Araştırmacının gebenin travay süreci takibi ve uygulamasını zaman baskısı hissetmeksizin, rahat yapabilmesi ve gebelerin birbirlerine yapılan uygulamalardan etkilenmelerinin önüne geçilebilmesi için bir gebe herhangi bir gruba atandıktan sonra doğumu geręekleřene kadar diğer gruplara da bir başka gebe alınmamıştır. Herhangi bir gruba atanan gebenin doğumu geręekleřtikten sonra ardışık

olarak diğ er gruplar için gebe tayini gerçekleştirilmiştir. Herhangi bir nedenle çalışmadan çıkarılmak zorunda kalınan bir gebe olduğ unda, bir sonra gelen gebe iptal edilen gebenin grubuna alınmıştır. Araştırmacının mesai yoğunluğu ve gebelerin travay uzunluklarının de ğ iş kenliğine göre bir çalışma gününde bazen sadece bir gebe bazen üç gebe çalışmaya dahil edilebilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı Doğum Ünitesi'nde 2017 yılında vajinal doğum yapan primipar gebe sayısı toplam 3845'tir. Bir günde ortalama 10 primipar gebe doğum yapmaktadır. Araştırmacının çalışma süresi bir ayda 10 gündür. Araştırmada beş aylık süreçte ulaşılan primipar gebe sayısı ise 525'dir. Ulaşılan 288 gebe dahil edilme kriterlerine uygunluğunun sağlanmaması, 13 gebe çalışmaya katılmayı reddetmesi ve 8 gebe çalışmadan ayrılmak istemesi (2 gebe deney grubu A, 1 gebe deney grubu B ve 5 gebe kontrol grubu) sebebiyle toplam 309 gebe çalışmaya dahil edilmemiştir. Uygunluğu sağlayan 216 gebe ise çalışmaya dahil edilip, ranzomize edilerek gruplara ayrılmıştır.

Consort akış şeması CONSORT 2010 doğrultusunda (<http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>) hazırlanmıştır.

Şekil 3-1: Consort Akış Şeması



3.8. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- *20-30 yaş aralığında olan
- *Miadında gebeliğe sahip olan (37-42.gebelik haftaları arasında)
- *Vajinal doğum beklentisinde olan
- * Primipar olan
- *Gebe ve fetus açısından komplikasyonsuz gebelik süreci geçirmiş olan
- *Verteks prezentasyonla uyumlu olan
- *Fetusün ağırlığı 2500-4000gr olan
- *Servikal dilatasyon 4 cm'den fazla olmayan gebeler

3.9. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- *Herhangi bir kurumdan antenatal eğitim almak
- *Sigara kullanmak
- *Masaja herhangi bir hassasiyeti olmak
- *İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir soruna sahip olmak (Türkçe bilmemek, işitme, konuşma ve anlama yeteneklerinde bozukluğa sahip olmak gibi)
- *Yüksek riskli gebe olmak; eklampsi, preeklampsi, hemoraji, malprezentasyon, vajinal doğuma kontrendikasyon, çoğul gebelik, gestasyonel diabetes mellitüs, hiperemezis gravidarum

3.10. Çalışmaya Alınan Vakaların Sonlandırılma Ölçütleri

- *Bebegin doğum esnasında kaybı
- *Doğumun sezaryen ile sonuçlanması
- *Doğum ağrısına farmakolojik müdahale uygulanmış olması

3.11. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, gebelerin katılım onamının alındığı “Bilgilendirilmiş Onam Formu”, literatür doğrultusunda hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “ Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu”, doğum ağrısını değerlendirmede kullanılacak “Vizüel Ağrı Skalası-VAS”, doğumdan hemen sonra 24 saat içinde doğum deneyimini değerlendiren “Doğum Deneyimi Ölçeği” ve postpartum 30. dakikada masaj uygulamasını

değerlendiren “Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu” ile “Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu” kullanılmıştır.

Tablo 3-1: Veri Toplama Araçları

	Deney Grubu A (n:70) MM	Deney Grubu B (n:70) SMM	Kontrol Grubu (n:70)
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-I)	√	√	√
Tanıttıcı Bilgi Formu (EK-II)	√	√	√
Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu (EK-III)	√	√	√
Doğum Deneyim Ölçeği (EK-IV-V)	√	√	√
Deney Grubu için VAS Ölçeği (EK-VI)	√	√	X
Kontrol Grubu için VAS Ölçeği (EK-VII)	X	X	√
Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu (EK- VIII)	X	√	X
Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu (EK- IX)	√	X	X

3.11.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmanın kim tarafından yapıldığının anlatıldığı, alınan bilgilerin gizli tutulacağı konusunda bilgi verildiği ve katılımcının, çalışmaya katılma onamının alındığı formdur (EK I).

3.11.2. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form, katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik özelliklere ait yaş, boy, kilo, evlilik yılı, eğitim durumu, bir işte çalışma durumu, eşi yaşı, eşi eğitim durumu, evin gelir durumu, sosyal güvence durumu, yaşadığı yer ve aile tipine ilişkin 10 soru yer almaktadır. İkinci bölümde obstetrik özelliklere ait son adet tarihi, gebelik sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, gebeliği isteme durumu, eşin gebeliği isteme durumu, gebelik öncesi adet ağrısının olması ve şiddeti, adet ağrısını giderme yöntemleri, gebelikte düzenli kontrollere gitme durumu ve sayısı, gebelikte doğum ağrısını daha az algılamaya yönelik bilgi sahibi olma durumu ve bu bilgilerin kaynağı ile bilginin içeriğine ilişkin 11 soru yer almaktadır. Form toplam 21 sorudan (evet-hayır, açık uçlu ve çoktan seçmeli türden) oluşmaktadır (EK II).

3.11.3. Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu

Araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanan bu form çalışmanın izlemine ve takibini kolaylaştırması amacıyla oluşturulmuştur. İki bölümden ve beş maddeden oluşmaktadır. Birinci bölüm çalışmaya katılan gebelerin doğum salonuna yatışı ile doğumunu gerçekleştirene kadar olan süreci, doğumun ilerleyişinin ve vajinal muayene bulgularının saatlik olarak kaydedilmesi, doğum tarihi-saati ve Robson skorlaması, bebeğin cinsiyeti, ağırlık-boy-baş doğum bilgilerinin kaydının yapıldığı iki maddelik bölümdür. İkinci bölüm (deney grupları için) masaj uygulamasının başladığı ve bittiği saat, VAS puanları ve değerlendirildiği saat ve servikal dilatasyon, VAS değerlendirilmesinin yapılacağı zamanların yer aldığı çizelgeye ait üç maddelik bölümdür (EK III).

3.11.4. Doğum Deneyimi Ölçeği

Orjinal dili İsveççe olan Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ) 2010 yılında Dencker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Mamuk (2017) tarafından Türkçe uyarlaması ve geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir.

Kadınların doğum deneyimini farklı boyutlarıyla ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeğin dört alt boyutu ve 22 maddesi bulunmaktadır.

Doğum süreci alt boyutunda yer alan 8 madde; 1, 2, 4, 5, 6, 19, 20, 21'dir. Bu başlık altında kadınların kişisel kontrol hissi, doğum süreci ile doğum ağrısına ilişkin hisleri değerlendirilmektedir.

Profesyonel yardım / destek alt boyutunda bulunan 5 madde; 13, 14, 15, 16, 17'dir. Bu maddelerde bilgilendirilme ve ebelik bakımı değerlendirilmektedir.

Algılanan güvenlik /Anılar alt boyutunda yer alan 6 madde; 3, 7, 8, 9, 18, 22'dir. Bu maddelerde güvenlik hissi ve doğuma dair hatıralar / anılar sorgulanmaktadır.

Kararlara katılım alt boyutunda bulunan 3 madde; 10, 11, 12'dir. Bu alt boyutta hareket etme, doğum pozisyonu ve doğum ağrısının giderilmesine dair kararlara katılım durumu sorgulanmaktadır.

Ölçeğin ilk 19 maddesi dördümlük likert son üç maddesi ise VAS kullanılarak değerlendirilmektedir. DDÖ'de ilk 19 madde 1'den 4'e kadar puanlanmaktadır. Tamamen katılıyorum = 4, Çoğunlukla katılıyorum = 3, Kısmen katılıyorum = 2, Hiç katılmıyorum = 1'dir.

Ölçeğin 3, 5, 8, 9 ve 20 numaralı soruları olumsuz ifade içerdiği için bu sorularda puanlama ters yönlü yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça anne adayının iyi bir doğum deneyimi yaşadığına işaret etmektedir (Dencker ve ark 2010; Soriano-Vidal ve ark 2016; Mamuk 2017).

Ölçeğin türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında madde-toplam puan korelasyon güvenilirlik katsayılarının ,25 ile ,58 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçek alt boyut maddelerinin alt boyut toplam puanları ile korelasyonlarının doğum süreci boyutunda $r=,35-.61$, Profesyonel yardım/destek boyutunda $r=,54-.77$, Algılanan güvenlik/Anılar boyutunda $r=,52-.69$, Kararlara katılım boyutunda ise $r=,65-.78$ arasında dağıldığı bildirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği açısından tüm maddelerin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktör yükleri ,34-,79 arasında yer almıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin sınındığı iç tutarlık için yapılan analizinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı doğum süreci boyutu için $\alpha=,56$, profesyonel destek/yardım boyutu için $\alpha=,73$, algılanan güvenlik boyutu için $\alpha=,63$ kararlara katılım boyutu için $\alpha=,64$ ve ölçeğin tamamı için $\alpha=,76$ olarak bildirilmiştir (Mamuk 2017) (EK IV-V).

Tablo 3-2: Doğum Deneyimi Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Orjinal Çalışmadaki ve Bu Çalışmadaki Güvenirlik Değerleri

	Mamuk'un Çalışmasındaki Cronbach''s Alpha Güvenirlik Katsayısı (n=250)	Bu Çalışmadaki Cronbach''s Alpha Güvenirlik Katsayısı (n=210)	İfade Sayısı
Doğum Deneyim Ölçeği	,76	,70	22
Doğum Süreci	,56	,45	8
Profesyonel Yardım/ Destek	,73	,92	5
Algılanan Güvenlik/ Anılar	,63	,63	6
Kararlara Katılım	,64	,77	3

3.11.5. Vizüel Analog Skala

Ağrıyı ölçmek amacıyla kullanılan yaygın ölçeklerdendir. Görsel Kıyaslama Ölçeği olarak da bilinmektedir. Tek boyutlu bir ölçektir. Bir ucunda ağrı yok diğer ucunda en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir dikey ya da yatay kullanılabilen cetveldir. "0 noktası= ağrı yok ve 10 noktası= şiddetli ağrı" olarak ölçeklendirilmektedir. VAS skorlaması lineer özelliklere sahip bir ölçektir. Bu da her artış arasındaki farkın eşit olduğunu söylemektedir. Yani 40 mmlik VAS skoru 20 mmlik VAS skorunun iki katına eşittir. 40 mm ve 50 mmlik bir VAS skoru arasındaki fark ile 80 mm ve 90 mmlik bir VAS skoru arasındaki fark aynıdır. Akut, kronik, postoperatif ve doğum ağrısı gibi ağrıların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Baylis ve arkadaşları (2015), Bird ve arkadaşları (2016) ile Alghadir ve arkadaşları (2018) tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği çalışılan ve farklı alanlarda ağrı değerlendirilmesi için kullanılabilirliği olan bir

ölçektir (Myles 1999; Bijur 2001; Bodian 2001; Hawker 2011; Baylis 2015; Bird 2016; Alghadir 2018).

Araştırmada VAS değerlendirmeleri, araştırmacı tarafından yapılmıştır. VAS puanlarının ne zaman değerlendirileceğine ilişkin bilgiler EK-III Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu'nda yer almaktadır. Toplam 8 adet VAS puanı değerlendirilmiştir. Deney grupları için VAS I puanı hastaneye kabulde, VAS II birinci masaj uygulamasından sonra, VAS III puanı birinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra, VAS IV puanı birinci masaj uygulamasından 60 dakika sonra, VAS V puanı ikinci masaj uygulamasından sonra, VAS VI puanı ikinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra, VAS VII puanı ikinci masaj uygulamasından 60 dakika sonra ve VAS VIII puanı doğum sonu 30. dakikada değerlendirilmiştir. Kontrol grubu için VAS I puanı hastaneye kabulde, VAS II servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan sonra, VAS III puanı servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan 30 dakika sonra, VAS IV puanı servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan 60 dakika sonra, VAS V puanı servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan sonra, VAS VI puanı servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan 30 dakika sonra, VAS VII puanı servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan 60 dakika sonra ve VAS VIII puanı doğum sonu 30. dakikada değerlendirilmiştir (EK VI-VII).

VAS ölçeğindeki puanlar ise kategorik olarak 0-40 =1, 41-60 = 2, 61-80 = 3, 81-100 = 4 olarak sınıflandırılmıştır.

3.11.6. Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form beş sorudan oluşan, beşli likert tipinde hazırlanmış bir formdur. Uygulanan sıcak mekanik masajın etkinliğini ve masaj uygulamasının memnuniyetini ölçmek için hazırlanmıştır. Formda sıcak mekanik uygulamasından memnun kalma, uygulamayı ağrıyı azaltmada etkin bulma, uygulamayı başka gebelere önerme, uygulamayı kimin yapacağını tercih etme ve uygulamanın doğumhanede her zaman uygulanmasını isteme durumlarına ilişkin beş adet soru yer almaktadır (EKVIII).

3.11.7. Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form beş sorudan oluşan, beşli likert tipinde hazırlanmış bir formdur. Uygulanan mekanik masajın etkinliğini ve masaj uygulamasının memnuniyetini ölçmek için hazırlanmıştır. Formda mekanik

uygulamasından memnun kalma, uygulamayı ağrıyı azaltmada etkin bulma, uygulamayı başka gebelere önerme, uygulamayı kimin yapacağını tercih etme ve uygulamanın doğumhanede her zaman uygulanmasını isteme durumlarına ilişkin beş adet soru yer almaktadır (EK IX).

3.12. Araştırmada Kullanılan Araç Gereç

3.12.1. Mekanik Masaj Uygulamasında Kullanılan Bilyeli Masaj Eldiveni

Üzerinde yer alan 360 derece dönebilen 1,5 cm çapında dokuz adet metal bilyeden oluşmaktadır. Eldiven tasarımı ve ergonomik yapısıyla her bölgeye kolaylıkla uygulanabilir. Doğrudan masaj noktaları üzerine yoğunlaşarak daha etkili bir şekilde vücudun tüm noktalarında kullanılabilir. Slikon malzemeden üretildiği için masaj yaparken ele ve masaj uygulanan bölgeye zarar vermez (Bilgiler tanıtım kılavuzundan alınmıştır.).

Şekil 3-2: Mekanik Masaj Uygulamasında Kullanılan Bilyeli Masaj Eldiveni



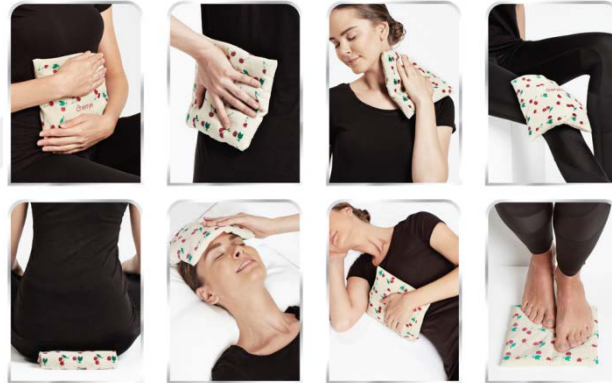
3.12.2. Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasında Kullanılan Kiraz Çekirdekli Yastık

İsviçre, Avusturya, Almanya gibi ülkelerde kiraz çekirdeği torbaları vücuda sıcak ve soğuk uygulamada asırlardır kullanılmaktadır. Bu yöntem kiraz çekirdeklerinin hızla ısınmakla kalmayıp, ısıyı uzun süre bünyelerinde tutabilme özelliklerine dayanmaktadır.

Uygulama yapılacak yastığın içerisinde %100 temizlenmiş kiraz çekirdekleri bulunmaktadır. Kiraz çekirdekleri yapısı gereği, masaj etkisi yaratır. Güvenli, etkili ve doğal yoldan ağrı ve acının azaltılmasına yardımcı olur. Kiraz çekirdekleri ısıyı hızla

alır ve uzun süre sıcak ya da soğuk kalır. Akma, sızıntı, yanma endişesi olmadan güvenle kullanılabilir. Uygulanan bölgenin şeklini alacağından, uygulaması kolaydır. Yıkabilir dış kılıfı sayesinde hijyeniktir, tekrar tekrar kullanılabilir. Mikrodalga fırınında 2-3 dakika veya fırında 15 dakika bekletip ısıtılabilir, derin dondurucuda 40-60 dakika bekletip soğutulabilir. Sıcak kullanımı; regl ağrısı, karın ve mide ağrıları, böbrek ağrısı, omuz ve sırt ağrıları, spor sonrası ağrısı, romatizma ağrısı, kireçlenme ağrısı, kas ağrısı, fitik ağrısı, basur ağrısı, grip ve soğuk algınlığı durumlarında vücudun rahatlatılmasına yardımcı olur. Günlük yorgunluğunu, gerginliğini atmak ve kaliteli bir uyku uyumak için de kullanılabilir. Soğuk kullanımı; migren, baş ağrısı, diş ağrısı, varis, kırık-çıkık ağrıları, kas gerilmesi, kas iltihaplanması, yüksek ateş, yanıklar, yumuşak deri lezyonları, böcek ısırılmaları, arı sokması durumlarında vücudun rahatlatılmasına yardımcı olur (Bilgiler tanıtım kılavuzundan alınmıştır.).

Şekil 3-3: Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasında Kullanılan Kiraz Çekirdekli Yastık



3.13. Verilerin Toplanması

3.13.1. Ön Hazırlık Aşaması

Etik kurul onayı ve kurum izni alınmasının ardından çalışmanın yapılacağı kurumla işbirliğinin yapılması, çalışmanın amacı ve içeriği hakkında birim yöneticilerine bilgi verilmesi.

3.13.2. Klinik Oryantasyonunun Sağlanması

Doğum ünitesinde çalışan ebeler ve hekimlere çalışma hakkında genel bilgi verilerek, randomizasyonun nasıl yapılacağı, uygulamaların ayrıntıları ve takibi yapılacak gebelere hangi aşamada VAS değerlendirmesinin yapılacağı konularında da açıklamalar yapılmıştır.

3.13.3. Uygulama Basamakları

3.13.3.1. Bilgilendirme

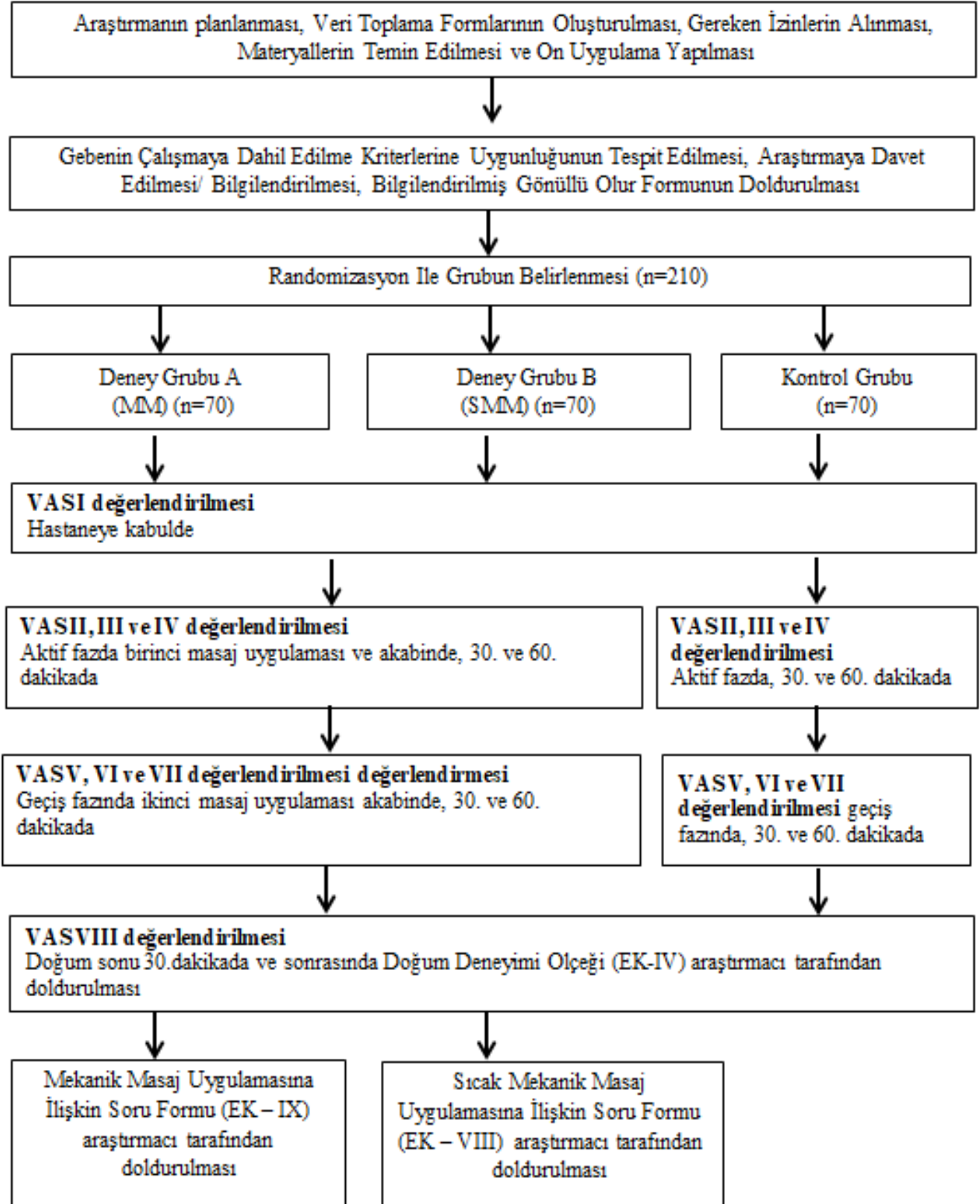
Araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi konusunda bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya alınma ölçütlerine uyan gebelere Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılmıştır.

3.13.3.2. Uygulama

Araştırmada izlenen tüm adımlar oluşturulan akış şeması-akış diyagramı ile Şekil 3-4'te sunulmuştur.



Şekil 3-4: Araştırmanın Akış Şeması- Akış Diyagramı



Deney Grubu A Uygulaması: Deney grubunu oluşturan bireylere mekanik masaj uygulaması hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Mekanik masaj uygulamasının nasıl uygulanacağı ile ilgili bilgiler araştırmacı tarafından uygulamalı olarak anlatılmış ve mekanik masaj aleti araştırmacı tarafından tanıtılarak uygulama basamaklarına geçilmiştir.

Uygulama Basamakları:

Gebenin hastaneye kabulünde VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Travaya gelen gebenin vajinal muayenesi yapıldıktan sonra kriterlere uygun ve katılmaya istekli olan gebeler çalışmaya dahil edilmiş, Onam Formu ve Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuştur.

Aktif fazda (servikal dilatasyon 4-5 cm), üç kontraksiyon boyunca yaklaşık 15 dakika, sakral bölgeye, oturur pozisyonda mekanik masaj uygulaması araştırmacı tarafından yapılmış ve akabinde ikinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Birinci masaj uygulamasının ardından 30. dakikada üçüncü VAS değerlendirmesi, 60. dakikada dördüncü VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Geçiş fazında (servikal dilatasyon 7-8 cm), üç kontraksiyon boyunca yaklaşık 12 dakika, sakral bölgeye, oturur pozisyonda mekanik masaj uygulaması araştırmacı tarafından yapılmış ve akabinde beşinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

İkinci masaj uygulamasının ardından 30 dakika sonra altıncı, 60 dakika sonra yedinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Doğum sonu 30. dakikada sekizinci VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Sekizinci VAS değerlendirmesinden sonra, Doğum Deneyimi Ölçeği (EK-IV) ve Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu (EK-IX) araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Deney Grubu B Uygulaması: Deney grubunu oluşturan bireylere sıcak mekanik masaj uygulaması hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Sıcak mekanik masaj uygulamasının nasıl uygulanacağı ile ilgili bilgiler araştırmacı tarafından uygulamalı olarak anlatılmış ve sıcak mekanik masaj aleti araştırmacı tarafından tanıtılarak uygulama basamaklarına geçilmiştir.

Uygulama Basamakları:

Gebenin hastaneye kabulünde VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Travaya gelen gebenin vajinal muayenesi yapıldıktan sonra kriterlere uygun ve katılmaya istekli olan gebeler çalışmaya dahil edilmiş, Onam Formu ve Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuştur.

Aktif fazda (servikal dilatasyon 4-5 cm), üç kontraksiyon boyunca yaklaşık 15 dakika, sakral bölgeye, oturur pozisyonda sıcak mekanik masaj uygulaması araştırmacı tarafından yapılmış ve akabinde ikinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Birinci masaj uygulamasının ardından 30. dakikada üçüncü VAS değerlendirmesi, 60. dakikada dördüncü VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Geçiş fazında (servikal dilatasyon 7-8 cm), üç kontraksiyon boyunca yaklaşık 12 dakika, sakral bölgeye, oturur pozisyonda sıcak mekanik masaj uygulaması araştırmacı tarafından yapılmış ve akabinde beşinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

İkinci masaj uygulamasının ardından 30 dakika sonra altıncı, 60 dakika sonra yedinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Doğum sonu 30. dakikada sekizinci VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Sekizinci VAS değerlendirmesinden sonra, Doğum Deneyimi Ölçeği (EK-IV) ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu (EK-VIII) araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Kontrol Grubu Uygulaması: Bu gruptaki katılımcılara da rutin ebelik bakım ve hizmeti verilmiştir. Vajinal muayene takibi yapılmıştır.

Uygulama Basamakları:

Gebenin hastaneye kabulünde VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Travaya gelen gebenin vajinal muayenesi yapıldıktan sonra kriterlere uygun ve katılmaya istekli olan gebeler çalışmaya dahil edilmiş, Onam Formu ve Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuştur.

Aktif fazda (servikal dilatasyon 4-5 cm) ikinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Aktif fazın ardından 30 dakika sonra üçüncü, 60 dakika sonra dördüncü VAS değerlendirilmesi yapılmıştır .

Geçiş fazında (servikal dilatasyon 7-8 cm) beşinci VAS değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir.

Geçiş fazının ardından 30 dakika sonra altıncı, 60 dakika sonra yedinci VAS değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir.

Doğum sonu 30. dakikada sekizinci VAS değerlendirilmesi yapılmıştır.

Sekizinci VAS değerlendirmesinden sonra Doğum Deneyimi Ölçeği (EK-IV) araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.14. Araştırmada Öngörülen İstatistiksel Yöntemler

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences version 21.0) paket programı kullanılmıştır.

Tablo 3-3: Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

PARAMETRELER	ANALİZ YÖNTEMİ
Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı	Cronbach''s Alfa Güvenirlik Katsayısı
Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin analizi ve karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Tek yönlü ANOVA, Ki-Kare Testi
Gebelerin obstetrik özelliklerinin analizi ve karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-Kare Testi
Gebelerin doğum ağrısı şiddetinin analizi ve karşılaştırılması	Ortalama, standart sapma, Tek yönlü ANOVA,
Gebelerin doğum deneyim ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	Ortalama, standart sapma, Tek yönlü ANOVA,
Mekanik ve sıcak mekanik masaj uygulaması grubunda yer alan gebelerin uygulanan yöntemle ilişkin görüşlerinin analizi ve uygulamanın etkinliğinin karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, student t testi
Gebelerin doğum sürelerinin analizi ve karşılaştırılması	Ortalama, standart sapma

3.15. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma sonuçlarının yalnızca araştırmaya katılan gebeler ile sınırlı olması ve tüm gebelere genellenememesi
- Uygulayıcı ve değerlendirici araştırmacının aynı kişi olması
- Ağrı değerlendirmesinin VAS gibi subjektif bir ölçüm aracına dayalı olarak gerçekleştirilmesi

3.16. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmanın yapıldığı hastanenin bölge hastanesi olması, fiziki yeterliliğinin iyi olması
- Araştırmanın maliyetinin düşük olması
- Araştırmacının bu hastanede ve doğumhanede çalışması
- Doğumhanede çalışan personelin çalışma esnasında araştırmacı ile işbirliği sağlaması
- Hem mekanik masaj hem de sıcak mekanik masaj uygulamasının gebe kadınlar tarafından analjezik etki yarattığının dile getirilmesi ve daha uzun sürede masaj uygulaması talep etmeleri

3.17. Araştırmanın Zor Yönleri

- Hastaneye başvuran gebelerin çoğunluğunun göçmen olması ve iletişim problemi yaşanması sebebiyle uygun vaka bulma süresinin uzaması
- Çalışılan klinikte petidin türü analjezik ilaç kullanım oranının fazla olması sebebiyle vaka olarak alınan gebelerin çalışma dışı bırakılması
- Araştırmaya dahil edilen gebelerin (Deney A: 1, Deney B:1, Kontrol: 2) sezaryene alınması ve (Deney A:1, Deney B:1) epidural analjezi uygulanması nedenleriyle çalışma dışı bırakılması
- Klinikte suda doğum uygulamasının aktif kullanılması sebebiyle çalışma için bu gebelerin örnekleme alınması
- Klinikte epidural analjezi uygulamasının aktif kullanılması sebebiyle çalışma için bu gebelerin örnekleme alınmaması
- Çalışan asistan hekim grubunun 8 saatlik vardiya aralıkları ile değişmesi ve araştırmacının her defasında yeni asistan grubuna çalışmayı baştan anlatmak zorunda kalması
- Araştırmacının çalışmadığı günlerde de vaka almak için hastanede bulunmak durumunda kalması

3.18. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 04.12.2018 tarih ve A-14 nolu kararı (ETİK KURUL KARARI - EK X), Ankara İli Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu 28.09.2018 tarih ve 9 nolu kararı (EK XI) ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü 27.03.2019 tarih ve 15944 sayılı yazısı (EK XII) ile izin alınmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden, araştırmacının kimliği, araştırmanın amacı, elde edilen bilgilerin ne amaçla ve nerede kullanılacağı, katılımcının haklarının belirtildiği sözlü ve yazılı onamlarının alındığı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGÖF) (EK I) doldurtulmuş ve çalışmaya sonra başlanmıştır.

4. BULGULAR

Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı Ve Doğum Deneyimine Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Araştırmanın Bulguları 6 Başlık Altında Sunulmuştur.

1. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
2. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
3. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması
4. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması
5. Deney Gruplarındaki Gebelerin Mekanik Masaj Ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular
6. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürelerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

4.1. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol gruplarına göre ayrı ayrı sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bilgiler edinmek amacıyla yaş, boy, kilo, kaç yıllık evli olduğu, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi olup olmama durumu, yaşadığı yer ve aile tipini kapsayan birtakım demografik sorular sorulmuştur. Burada amaçlanan araştırmaya katılan gebelerin profilini belirlemek, bağımlı bağımsız değişkenlerin etkileşiminde gebelerin demografik özelliklerini de göz önünde bulundurarak daha sağlıklı yorumlamalarda bulunmaktır.

Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Deney Grubu A (n:70) (MM)		Deney Grubu B (n:70) (SMM)		Kontrol Grubu (n:70)		F	p
	Ortalama ± SS		Ortalama ± SS		Ortalama ± SS			
Yaş	23,49±2,95		24,50±3,05		24,26±3,26		2,04	,31
Boy (cm)	162,66±6,41		163,80±6,24		163,69±5,98		,77	,46
Beden Ağırlığı (kg)	74,03±10,62		74,71±11,04		70,23±11,42		3,35	,03
Evlilik Süresi (ay)	19,97±12,37		19,09±9,54		19,40±12,84		,10	,90
Eşin Yaşı	27,46±3,69		26,30±4,74		26,04±4,18		2,22	1,11
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Eğitim Durumu								
İlköğretim	26	37,1	38	54,2	19	27,2	13,50	,19
Lise	28	40,0	25	35,4	33	47,1		
Üniversite ve üzeri	16	22,9	7	10,4	18	25,7		
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	9	12,9	4	5,7	5	7,1	2,55	,27
Çalışmıyor	61	87,1	66	94,3	65	92,9		
Eşin Eğitim Durumu								
İlköğretim	24	34,3	16	22,8	12	17,1	12,54	,12
Lise	30	42,9	46	65,7	41	58,6		
Üniversite ve üzeri	16	22,8	8	11,4	17	24,3		
Gelir Düzeyi								
Gelir Giderden Az	7	10,0	8	11,4	9	12,9	2,18	,70
Gelir Gidere Denk	56	80,0	59	84,3	57	81,4		
Gelir Giderden Fazla	7	10,0	3	4,3	4	5,7		
Sosyal Güvence Durumu								
Var	58	82,9	59	84,3	59	84,3	,07	,96
Yok	12	17,1	11	15,7	11	15,7		
Yaşanan Yer								
Kent	17	24,3	17	24,3	18	25,7	5,83	,21
Kent Dışı	53	75,7	53	75,7	52	74,3		
Aile Tipi								
Çekirdek	59	84,3	57	81,4	51	72,9	3,04	,21
Geniş	11	15,7	13	18,6	19	27,1		

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol gruplarına göre yaş, boy uzunlukları, vücut ağırlıkları, kaç yıldır evli oldukları ve eşlerin yaşlarına ait bilgiler Tablo 4-1’de sunulmuştur.

Buna göre araştırmaya katılan tüm gebelerin yaş ortalaması 24,08±3,11 (Min=20, Max=30), boy uzunluğu ortalaması 163,35±5,98 cm (Min=146, Max=182), beden

ağırlığı ortalaması 72,99±11,16 kg (Min=52, Max=100), evlilik yılı ortalaması 19,49±11,62 ay (Min=1, Max=60), eşlerinin yaş ortalaması 26,60±4,25 (Min=18, Max=50) olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş, boy uzunluğu, beden ağırlığı ve evlilik süresi, eş yaşı açısından üç grup arasında varyans analizi ile yapılan karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($p > ,05$, Tablo 4-1). Bu durum çalışma grubunun homojen olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol gruplarına göre eğitim durumları hakkındaki bilgiler Tablo 4-1'de sunulmuştur. Buna göre araştırmaya katılan gebelerin %39,5'inin (n=83) ilk öğretim düzeyinde eğitim aldıkları, 40,9'unun (n=86) lise mezunu olduğu ve %19,5'inin (n=41) lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim aldığı belirlenmiştir. Ücret getiren herhangi bir işte çalışma durumlarına baktığımızda grubun büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%91,4, n=192), %24,7'sinin (n=52) eşlerinin eğitim durumlarının ilk öğretim, 55,7'sinin (n=117) lise ve %19,5'inin (n=41) lisans ve lisansüstü düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %11,4'ünün (n=24) gelirinin giderinden az olduğu, %16,19'unun (n=34) sosyal güvencesinin olmadığı, %75,2'sinin (n=158) yaşamının büyük çoğunluğunu kent dışında geçirdiği ve % 79'unun (n=167) çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim süresi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, yaşanan yer ve aile tipine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > ,05$, Tablo 4-1). Bu durum çalışma grubunun homojen olduğunu göstermektedir.

4.2. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol gruplarına göre ayrı ayrı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bilgiler edinmek amacıyla; gebelik sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, gebeliği isteme durumu, eşinin gebeliği isteme durumu, gebelik öncesi adet ağrısı olma durumu, adet ağrısının şiddeti, ağrıya karşı uygulanan yöntem, gebelikte düzenli olarak kontrollere gelme durumu ve sıklığı, gebelikte doğum ağrısı ile ilgili bilgi alma durumu, bilgileri hangi

kaynaktan aldığı ve hangi yöntemleri bildiğini kapsayan birtakım sorular sorulmuştur. Burada amaçlanan; araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerinin profilini belirlemek, bağımlı bağımsız değişkenlerin etkileşiminde gebelerin özelliklerini de göz önünde bulundurarak daha sağlıklı yorumlamalarda bulunmaktır.

Tablo 4-2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Deney Grubu A (n:70) (MM)		Deney Grubu B (n:70) (SMM)		Kontrol Grubu (n:70)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Gebelik Sayısı								
Primigravida	58	84,3	57	81,4	61	87,1	,86	,65
Multigravida	12	15,7	13	18,6	9	12,9		
Düşük Yapma Durumu								
Var	7	10	7	10	4	5,7	1,09	,57
Yok	63	90	63	90	66	94,3		
Küretaj Olma Durumu								
Var	5	7,1	6	8,6	5	7,1	,13	,93
Yok	65	92,9	64	91,4	65	92,9		
Adet Ağrısı Yaşama Durumu								
Evet	46	65,7	28	40,0	33	47,1	9,87	0,00
Hayır	24	34,3	42	60,0	37	52,9		
Gebelikte Düzenli Kontrol Durumu								
Evet	61	87,1	64	91,4	60	85,7	4,90	,08
Hayır	9	12,9	6	8,6	10	4,3		
Doğum Ağrısını Azaltma İle İlgili Bilgi Alma Durumu								
Evet	22	31,4	19	27,1	10	14,5	5,83	,05
Hayır	48	68,6	51	72,9	59	85,5		
Oksitosin Alma Durumu								
Var	66	94,3	64	91,4	66	94,3	,61	,73
Yok	4	5,7	6	8,6	4	5,7		

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol gruplarına göre gebelik sayısı, düşük yapma durumu ve küretaj olma durumu ile ilgili bilgileri ait bilgiler tablo 4-2’de sunulmuştur. Buna göre araştırmaya katılan gebelerden deney grubu A’daki gebelerin % 84,3’ü (n=58), deney grubu B’deki gebelerin %81,4’ü (n=57) ve kontrol grubundaki gebelerin %87,1’i (n=61) ilk gebeliğine sahip olarak bulunmuştur. Birden fazla gebelik yaşayan gebeler, canlı doğum öyküsüne sahip değildir. Araştırmaya katılan gebelerde deney grubu A’daki gebelerin %10’u (n=7),

deney grubu B'deki gebelerin %10'u (n=7) ve kontrol grubundaki gebelerin %5,7'si (n=4) düşük öyküsü yaşadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerde deney grubu A'daki gebelerin %7,1'i (n=5), deney grubu B'deki gebelerin %8,6'sı (n=6) ve kontrol grubundaki gebelerin %7,1'i (n=5) küretaj olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısı, düşük yapma durumu ve küretaj olma durumu özellikleri açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Araştırmaya katılan gebelerden deney grubu A'da olanların gebelik öncesi adet ağrısı yaşayanların oranı %65,7 (n=46) iken, bu oran deney grubu B'de %40 (n=28) ve kontrol grubunda ise %47,1 (n=33) olarak bulunmuştur. Toplam açısından bakıldığında ise araştırmaya katılan 210 gebenin gebelik öncesi adet ağrısı yaşayanların oranı %51 (n=107) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında fark saptanmıştır.

Tablo 4-3: Adet Ağrısını Gidermede Başvurulan Yöntem

Kullanılan Yöntem	Sayı	%
Acil/Hastaneye Başvurma	6	13,04
Ağrı Kesici İlaç Kullanma	27	58,69
Banyo/Sıcak Su	13	28,26

Çalışmaya katılan gebelere gebelik öncesi adet ağrısı yaşayanlara adet ağrısını gidermede başvurdukları yöntem sorulduğunda soruya gelen toplam cevap sayısı 66'dır. İlgili veriler Tablo 4-3'te sunulmuştur. Gelen cevaplar açık uçlu olduğu için dört seçenek altında toplanmıştır. Bu soruya cevap veren gebelerin %9,10'u (n=6) adet ağrısını gidermede acil yada hastaneye başvurduklarını, %40,9'u (n=27) ağrı kesici ilaç kullandığını, %19,7'si (n=13) ise banyo yapma ya da sıcak su uygulaması yaptıklarını, %30,3'ü (n=20) ise hiçbir şey yapmadıklarını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol gruplarına göre gebelikte düzenli kontrollere gelme durumu hakkındaki bilgiler tablo 4-2'de sunulmuştur. Buna göre araştırmaya katılan gebelerden deney grubu A'da olanların gebelikte düzenli olarak kontrollere gelme oranı %87,1 (n=61) iken, deney grubu B'de yer alan gebelerin gebelikleri sürecinde düzenli olarak kontrollere gelme oranları %91,4 (n=64) olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu açısından bakıldığında ise gebelerin düzenli olarak kontrollere gelme oranları %85,7 (n=60) olarak bulunmuştur. Toplam

açısından bakıldığında ise araştırmaya katılan 210 gebenin gebelik sürecinde düzenli olarak kontrollere gelme oranı %88,1(n=185)'dir. Gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Düzenli olarak kontrollere gelen gebelerin düzenli kontrol sayı ortalamaları tablo 4-4'te sunulmuştur.

Tablo 4-4: Gebelikte Düzenli Kontrol Sayı Ortalamaları

	Deney Grubu A (n:61) (MM)	Deney Grubu B (n:64) (SMM)	Kontrol Grubu (n:60)
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS
Kontrol Sayısı	11,90±3,08	14,00±3,55	13,04±2,94

Buna göre araştırmaya katılan gebelerden düzenli kontrollere gelen gebelerin kaç kez kontrole geldiği karşılaştırıldığında deney grubu A'da olanların gebelikte düzenli olarak kontrollere gelme ortalaması 11,9±3,08 iken, deney grubu B'de yer alan gebelerin gebelikleri sürecinde düzenli olarak kontrollere gitme ortalaması 14,0±3,55 olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu gebelerinin ise düzenli olarak kontrollere gitme ortalaması 13,04±2,94 olarak bulunmuştur. Toplam açısından bakıldığında ise araştırmaya katılan 210 gebenin gebelik sürecinde düzenli olarak kontrollere gelme ortalaması 12,99±3,32 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol gruplarına göre gebelikte doğum ağrısı ile ilgili bilgi alma durumları hakkındaki bilgiler Tablo 4-2'de sunulmuştur. Buna göre araştırmaya katılan gebelerden doğum ağrısını azaltmaya yönelik bilgi alan gebeler karşılaştırıldığında deney grubu A'da olanların gebelikte doğum ağrısı ile ilgili bilgi alanların oranı %31,4 iken, bu oran deney grubu B'de %27,1 ve kontrol grubunda ise %14,5 olarak bulunmuştur. Toplam açısından bakıldığında ise araştırmaya katılan 210 gebenin gebelikte doğum ağrısı ile ilgili bilgi alanların oranı %24,4 iken, gebelikte doğum ağrısı ile ilgili bilgi almayanların oranı %75,6'dır. Gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 4-5: Gebelikte Doğum Ağrısını Azaltmaya Yönelik Bilgi Edinme Kaynakları

Bilgi Edinme Kaynakları	Deney Grubu A (n:22) (MM)		Deney Grubu B (n:18) (SMM)		Kontrol Grubu (n:10)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ebe	6	27,3	2	11,1	3	30,0
Hekim	1	4,5	0	0,0	1	10,0
Arkadaş / Tanıdık	4	18,2	6	33,3	2	20,0
İnternet	10	45,5	9	50,0	4	40,0
Kitaplar	1	4,5	1	5,6	0	0,0

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol gruplarına göre doğum ağrısı ile ilgili hangi kaynaktan bilgi aldıkları hakkındaki bilgiler Tablo 4-5’de sunulmuştur. Buna göre araştırmaya katılan gebelerden deney grubu A’da olanların doğum ağrısı ile ilgili %45,5 oranında internetten bilgi aldıkları, deney grubu B’de olanlarda ise bu oranın %50 olduğu görülmektedir. Kontrol grubu açısından bakıldığında ise en yüksek bilgi alma kaynağının %40 oran ile internet olduğu tespit edilmiştir. İnternet bilgi kaynağından sonra ise deney grubu A için en yüksek bilgi alma kaynağı %27,3 ile ebe olarak ifade edilmiştir. Deney grubu B’de ise internet bilgi kaynağından sonra en yüksek oran %33,3 ile arkadaş ve tanıdık olarak söylenmiştir. Kontrol grubu açısından bakıldığında ise internet bilgi kaynağından sonra en yüksek bilgi alma kaynağı %30 ile yine ebe olarak ifade edilmiştir. Toplam açısından bakıldığında ise araştırmaya katılan 210 gebenin gebenin %46’sının gebelikte doğum ağrısı ile ilgili olarak internetten bilgi aldığı, %24’ünün arkadaş ve tanıdıktan bilgi aldığı ve %22’sinin ise ebelerden bilgi aldığı sonucuna ulaşılmıştır. En az bilgi alınan kaynak ise %4 oran ile doktor ve konu ile ilgili kitaplar olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4-6: Gebelerin Doğum Ağrısını Azaltmada Bildikleri Yöntemler

Kullanılan Yöntem	Sayı	%
Nefes Egzersizi, Yürüyüş	18	66,6
Pilates vs	3	11,1
Pozisyon Değişikliği	4	14,8
Sıcak Duş	2	7,4

Çalışmaya katılan gebelere doğum ağrısını azaltmada bildikleri yöntem sorulduğunda soruya gelen cevaplar beş yöntem altında birleştirilmiştir. İlgili veriler Tablo 4-6'de sunulmuştur. Bu soruya cevap veren gebelerin %66,6'sı nefes egzersizi ve yürüyüş yöntemlerini, %11,1'i ise pilates, %14,8'i pozisyon değişikliği yöntemini bildiklerini ve son olarak %7,4'ü ise sıcak duş uygulamasını yöntemini hatırladıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol grubuna göre travay sürecinde oksitosin kullanım durumları hakkındaki bilgiler Tablo 4-2'de sunulmuştur. Buna göre araştırmaya katılan gebelerden deney grubu A'da olanların %94,3'ünün (n=66) oksitosin kullanımı varken, deney grubu B'de olanların %91,4'ünün (n=64), kontrol grubunda ise %94,3'ünün (n=66) oksitosin kullanımı olduğu tespit edilmiştir. Toplam açısından bakıldığında ise araştırmaya katılan 210 gebenin %93,3'ünde (n=196) oksitosin kullanıldığı tespit edilmiştir. Gruplar arasında fark saptanmamıştır.

4.3. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Çalışmanın bu kısmında mekanik masaj, sıcak mekanik masaj ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sürecinde algıladıkları ağrı düzeylerine ilişkin bulguların karşılaştırılması hipotez testleri yardımı ile gerçekleştirilmiştir. Tablo 4-7'de yer alacak olan deney grubu A ifadesi mekanik masaj (MM), deney grubu B ifadesi sıcak mekanik masaj (SMM) grubudur. Çalışmada gebelerin doğum sürecinde algıladıkları ağrı düzeyleri VAS ortalamaları açısından değerlendirilmiştir. Bu kapsamda VAS 1'den başlayarak VAS 10'a kadar ayrı ayrı her üç grubun ortalaması karşılaştırılmış ve son olarak VAS toplam skoru açısından da mekanik masaj, sıcak mekanik masaj ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sürecinde algıladıkları ağrı düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Gebelerin mekanik masaj, sıcak mekanik masaj ve kontrol grubunun VAS puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ANOVA testinden yararlanılmıştır.

Tablo 4-7: Çalışmaya Katılan Gebelerin Doğum Eyleminde Algıladıkları Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması

VAS DEĞERLENDİRME ZAMANI	Deney Grubu A ^a (MM) (n:70)	Deney Grubu B ^b (SMM) (n:70)	Kontrol Grubu ^c (n:70)	F	p
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS		
VAS 1: Hastaneye kabulde	1,07±0,74	1,03±1,03	1,13±0,89	,20	,81
VAS 2: Aktif faza ulaşıttan sonra (Deney Grubu için birinci masaj uygulamasından hemen sonra)	2,14±0,82	2,31±0,80	3,21±1,19	25,33	,000 a,b<c
VAS 3: Aktif faza ulaşıttan 30 dakika sonra (Deney Grubu için birinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra)	2,73±1,03	3,13±1,07	4,11±1,13	30,35	,000 a,b<c
VAS 4: Aktif faza ulaşıttan 60 dakika sonra (Deney Grubu için birinci masaj uygulamasından 60 dakika sonra)	3,40±1,17	3,91±1,11	4,80±1,22	25,63	,000 a<b<c
VAS 5: Geçiş fazına ulaşıttan sonra (Deney Grubu için ikinci masaj uygulamasından hemen sonra)	4,30±1,20	5,10±0,93	6,83±0,96	107,59	,000 a<b<c
VAS 6: Geçiş fazına ulaşıttan 30 dakika sonra (Deney Grubu için ikinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra)	4,54±1,28	5,91±1,26	7,66±0,93	124,90	,000 a<b<c
VAS 7: Geçiş fazına ulaşıttan 60 dakika sonra (Deney Grubu için ikinci masaj uygulamasından 60 dakika sonra)	5,49±1,39	6,77±1,28	8,57±1,01	109,13	,000 a<b<c
VAS 8: Doğum sonu 30. dakika.	1,10±,61	1,49±0,58	2,39±1,04	50,71	,000 a<b<c

Ağrı değerlendirmesi 1'i ifade eden hastanaye kabul anında; mekanik masaj grubundaki gebelerin ağrı ortalaması $1,07 \pm 0,74$ iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde $1,03 \pm 1,03$ ve kontrol grubunda ise $1,13 \pm 0,89$ olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark ise ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=,20$, $p=,81$).

Ağrı değerlendirmesi 2'yi ifade eden aktif faza ulaştıktan sonra; deney grubu için birinci masaj uygulamasından hemen sonra, kontrol grubu için servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan hemen sonra ağrı düzeylerinin karşılaştırılmasında da ANOVA testine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre mekanik masaj grubundaki gebelerin ağrı ortalaması $2,14 \pm 0,82$ iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde $2,31 \pm 0,80$ ve kontrol grubunda ise $3,21 \pm 1,19$ olarak hesaplanmıştır ($F=25,33$, $p<,001$). Hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebelerin ağrı puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşük olarak belirlenmiştir.

Ağrı değerlendirmesi 3' ifade eden aktif faza ulaştıktan 30 dakika sonra; deney grubu için birinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra, kontrol grubu için servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan 30 dakika sonra ağrı düzeylerinin karşılaştırılmasında da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre mekanik masaj grubundaki gebelerin ağrı ortalaması $2,73 \pm 1,03$ iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde $3,13 \pm 1,07$ ve kontrol grubunda ise $4,11 \pm 1,13$ olarak hesaplanmıştır ($F=30,35$, $p<,001$). Hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebelerin ağrı puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşük olarak belirlenmiştir.

Ağrı değerlendirmesi 4' ifade eden aktif faza ulaştıktan 60 dakika sonra; deney grubu için birinci masaj uygulamasından 60 dakika sonra, kontrol grubu için servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan 60 dakika sonra ağrı düzeylerinin karşılaştırılmasında da ANOVA testine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre mekanik masaj grubundaki gebelerin ağrı ortalaması $3,40 \pm 1,17$ iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde $3,91 \pm 1,11$ ve kontrol grubunda ise $4,80 \pm 1,22$ olarak hesaplanmıştır ($F=25,63$, $p<,001$). Hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebelerin ağrı puan ortalamaları kontrol grubundan daha

düşük iken, mekanik masaj uygulanan gebelerin puanları sıcak mekanik masaj uygulanan grubun puanlarından da düşük bulunmuştur.

Ağrı değerlendirmesi 5'i ifade eden geçiş fazına ulaştıktan sonra; deney grubu için ikinci masaj uygulamasından hemen sonra, kontrol grubu için servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan hemen sonra ağrı düzeylerinin karşılaştırılmasında da ANOVA testine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre mekanik masaj grubundaki gebelerin ağrı ortalaması $4,30 \pm 1,20$ iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde $5,10 \pm 0,93$ ve kontrol grubunda ise $6,83 \pm 0,96$ olarak hesaplanmıştır ($F=107,59$, $p<0,05$). Hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebelerin ağrı puan ortalamaları kontrol grubundan daha düşük iken, mekanik masaj uygulanan gebelerin puanları sıcak mekanik masaj uygulanan grubun puanlarından da düşük bulunmuştur.

Ağrı değerlendirmesi 6'yı ifade eden geçiş fazına ulaştıktan 30 dakika sonra; deney grubu için ikinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra, kontrol grubu için servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan 30 dakika sonra ağrı düzeylerinin karşılaştırılmasında da ANOVA testine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre mekanik masaj grubundaki gebelerin ağrı ortalaması $4,54 \pm 1,28$ iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde $5,91 \pm 1,26$ ve kontrol grubunda ise $7,66 \pm 0,93$ olarak hesaplanmıştır ($F=124,90$, $p<,001$). Hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebelerin ağrı puan ortalamaları kontrol grubundan daha düşük iken, mekanik masaj uygulanan gebelerin puanları sıcak mekanik masaj uygulanan grubun puanlarından da düşük bulunmuştur.

Ağrı değerlendirmesi 7'yi ifade eden geçiş fazına ulaştıktan 60 dakika sonra; deney grubu için ikinci masaj uygulamasından 60 dakika sonra, kontrol grubu için servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan 60 dakika sonra ağrı düzeylerinin karşılaştırılmasında da ANOVA testine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre mekanik masaj grubundaki gebelerin ağrı ortalaması $5,49 \pm 1,39$ iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde $6,77 \pm 1,28$ ve kontrol grubunda ise $8,57 \pm 1,01$ olarak hesaplanmıştır ($F=109,13$, $p<,001$). Hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebelerin ağrı puan ortalamaları kontrol grubundan daha düşük iken, mekanik masaj uygulanan gebelerin puanları sıcak mekanik masaj uygulanan grubun puanlarından da düşük bulunmuştur.

Ağrı değerlendirilmesi 8'i ifade eden; doğum sonu 30. dakika ağrı düzeylerinin karşılaştırılmasında da ANOVA testine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre mekanik masaj grubundaki gebelerin ağrı ortalaması $1,10 \pm 0,61$ iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde $1,49 \pm 0,58$ ve kontrol grubunda ise $2,39 \pm 1,04$ olarak hesaplanmıştır ($F=50,71$, $p<,001$). Hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebelerin ağrı puan ortalamaları kontrol grubundan daha düşük iken, mekanik masaj uygulanan gebelerin puanları sıcak mekanik masaj uygulanan grubun puanlarından da düşük bulunmuştur.

Tüm doğum süreci boyunca ağrı puan ortalamalarına bakıldığında, grupların başlangıçtaki ağrı puan ortalamaları birbirine benzer iken, ilk masaj uygulamasında deney gruplarının her ikisinde de ağrı puanları kontrol grubuna göre düşük belirlenmiş ve bu farklılık doğum sonu döneme kadar devam etmiştir. Ayrıca ilk masaj uygulamasından 60. dakika sonra doğum sürecinin sonuna kadar mekanik masaj uygulanan grubun puan ortalamaları, sıcak mekanik masaj uygulanan grubun puan ortalamalarına göre de daha düşük belirlenmiştir. Bu durum mekanik masajın, sıcak mekanik masaja göre ağrıyı gidermede daha etkin olduğunu göstermektedir.

4.4. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Çalışmanın bu kısmında mekanik masaj, sıcak mekanik masaj ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sürecinde algıladıkları doğum deneyimine ilişkin bulguların karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Tablolarda yer alacak olan deney grubu A ifadesi mekanik masaj (MM), deney grubu B ifadesi sıcak mekanik masaj (SMM) grubudur. Doğum deneyimi ölçeği doğum süreci, profesyonel yardım/destek, algılanan güven/anılar ve kararlara katılım olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmada doğum deneyimi ölçeği dört alt boyutta ele alınmıştır ve deney grupları ile kontrol grubunun karşılaştırılması incelenmiştir.

Tablo 4-8: Çalışmaya Katılan Gebelerin Doğum Deneyim Algılarının Karşılaştırılması

ALT BOYUTLAR	Deney Grubu A ^a	Deney Grubu B ^b	Kontrol	F	p
	(MM) (n:70)	(SMM) (n:70)	Grubu ^c (n:70)		
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS		
Doğum Süreci	2,97±,32	2,88±,24	2,46±,33	55,31	,000 a,b>c
Profesyonel Yardım/Destek	3,54±,52	3,56±,46	2,11±,68	151,62	,000 a,b>c
Algılanan Güven/Anılar	3,16±,32	3,09±,21	2,45±,37	108,55	,000 a,b>c
Kararlara Katılım	2,49±,58	3,34±,55	1,33±,48	238,88	,000 a,b>c

Mekanik masaj, sıcak mekanik masaj ve kontrol grubundaki gebelerin doğum deneyim algılarına ilişkin karşılaştırmanın sonucu Tablo 4-8’de sunulmuştur. Doğum Süreci alt boyutu açısından mekanik masaj grubundaki gebelerin doğum deneyimi ortalaması 2,97±,32 iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde 2,88±,24 ve kontrol grubunda ise 2,46±33 olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark ise ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır (F=55,31, p<,001).

Profesyonel Yardım/Destek alt boyutu açısından mekanik masaj grubundaki gebelerin doğum deneyimi ortalaması 3,54±,52 iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde 3,56±,46 ve kontrol grubunda ise 2,11±,68 olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark ise ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır (F=151,62, p<,001).

Doğum deneyimi ölçeğinin üçüncü alt boyutu olan Algılanan Güven/Anılar alt boyutu açısından mekanik masaj grubundaki gebelerin doğum deneyimi ortalaması 3,16±,32 iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde 3,09±,21 ve kontrol grubunda ise 2,45±,37 olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark ise ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır (F=108,55, p<,001).

Doğum deneyimi ölçeğinin son alt boyutu olan Kararlara Katılım alt boyutu açısından mekanik masaj grubundaki gebelerin doğum deneyimi ortalaması 2,49±,58 iken, bu ortalama sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerde 3,34±,55 ve kontrol grubunda ise 1,33±,48 olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark ise ANOVA testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır (F=238,88, p<,001).

Buna göre hem mekanik masaj hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebeler, kontrol grubuna göre doğum sürecini daha olumlu yaşadıklarını, doğumları esnasında profesyonel desteği ve güveni daha çok hissettiklerini ve kararlara daha fazla katılım gösterdiklerini bildirmiştir.

4.5. Deney Gruplarındaki Gebelerin Mekanik Masaj Ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular

Çalışmanın bu kısmında ise mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerin masaj uygulamalarına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Tablolarda yer alacak olan deney grubu A ifadesi mekanik masaj (MM), deney grubu B ifadesi sıcak mekanik masaj (SMM) grubudur. Masaj uygulamasına ilişkin görüşler masajdan memnuniyet, masajın doğum ağrısını azaltmadaki etkililiği, masajı başka gebelere önerme ve masajın doğumhanede her zaman uygulanmasına ilişkin olarak dört ayrı başlıkta incelenmiştir. Ayrıca gebelere sıcak mekanik ya da mekanik masajın kim tarafından yapılmasını istedikleri de sorulmuştur. Bu soruya ait bulgular tablo 4-9'da sunulmuştur.

Gebelerden mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj uygulamalarını beşli likert tipinde değerlendirmeleri istenmiştir. Puanın artması masaj uygulamasına ait görüşün pozitif olmasını ifade etmektedir.

Tablo 4-9: Çalışmaya Katılan Gebelerin Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması

	Deney Grubu A (MM) (n:70)	Deney Grubu B (SMM)(n:70)	t	p
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS		
Doğum ağrısını azaltmak için size uygulanan masajdan memnun kaldınız mı?	4,86±,35	4,93±,49	,989	0,325
Sizece bu uygulama doğum ağrısını azaltmada ne derecede etkilidir?	4,73±,44	4,97±,16	4,24	0,000
Size uygulanan bu metodu doğum ağrısını azaltmak için başka gebelere önerir misiniz?	4,70±,49	4,90±,30	2,89	0,004
Sizece bu uygulama, doğumhanede her zaman uygulanmalı mıdır?	4,86±,42	5,00±,00	2,80	0,006

Mekanik Masaj ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılmasının sonucu tablo 4-9'da sunulmuştur. Hem mekanik masaj hem de sıcak mekanik masaj uygulaması yapılan gebelere genel olarak masajdan memnuniyetleri sorulmuştur. Yapılan analiz sonucunda mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajdan memnuniyeti 5 üzerinden $4,86 \pm 0,35$ iken, sıcak mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajdan memnuniyeti $4,93 \pm 0,49$ olarak hesaplanmıştır. Masajdan memnun kalma açısından mekanik masaj grubunun ortalaması ile sıcak masaj grubundaki gebelerin ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Her iki masaj grubunun da genel olarak masaj memnuniyetlerinin yüksek olduğu söylenebilir.

İkinci olarak yine hem mekanik masaj hem de sıcak mekanik masaj uygulaması yapılan gebelere masajın doğum ağrısını azaltmadaki etkiliği sorulmuştur. Yapılan analiz sonucunda mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajın doğum ağrısını azaltmadaki etkiliği 5 üzerinden $4,73 \pm 0,44$ iken, sıcak mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin $4,97 \pm 0,16$ olarak hesaplanmıştır. Masajın doğum ağrısını azaltmadaki etkililiği açısından mekanik masaj grubunun ortalaması ile sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerin ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir (student t testi=4,24, $p=0,000$). Buna göre sıcak mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajın doğum ağrısını azaltmadaki etkiliği ortalaması, mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajın doğum ağrısını azaltmadaki etkiliği ortalamasına göre daha yüksektir.

Üçüncü olarak yine hem mekanik masaj hem de sıcak mekanik masaj uygulaması yapılan gebelere masajı diğer gebelere önerip önermeyecekleri sorulmuştur. Yapılan analiz sonucunda mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajı doğum ağrısını azaltmak için diğer gebelere önermedeki ortalaması 5 üzerinden $4,70 \pm 0,49$ iken, sıcak mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin $4,90 \pm 0,30$ olarak hesaplanmıştır. Masajı diğer gebelere önerme açısından mekanik masaj grubunun ortalaması ile sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerin ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir (student t testi=2,89, $p=0,004$). Buna göre sıcak mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajı doğum ağrısını azaltmak için diğer gebelere önerme ortalaması, mekanik masaj grubunda yer alan gebelere göre daha yüksektir.

Son olarak yine hem mekanik masaj hem de sıcak mekanik masaj uygulaması yapılan gebere masajın doğumhanede sürekli olarak uygulanıp uygulanmaması konusundaki görüşleri sorulmuştur. Yapılan analiz sonucunda mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajın sürekli uygulanması konusundaki ortalaması 5 üzerinden $4,86 \pm 0,42$ iken, sıcak mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin $5,00 \pm 0,00$ olarak hesaplanmıştır. Masajı doğum ağrısını azaltmak için doğumhanede sürekli uygulanması açısından mekanik masaj grubunun ortalaması ile sıcak mekanik masaj grubundaki gebelerin ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmiştir (student t testi=2,80, p=0,006). Buna göre sıcak mekanik masaj grubunda yer alan gebelerin masajın doğum ağrısını azaltmak için doğumhanede sürekli uygulanmasını isteme ortalaması, mekanik masaj grubunda yer alan gebelere göre daha yüksektir.

Buna göre ağrı puanlarını düşürmede mekanik masaj daha etkin bulunurken, memnuniyet açısından sıcak mekanik masaj, mekanik masaja göre daha etkin olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan gebelere sıcak mekanik ya da mekanik masajın kim tarafından yapılmasını istedikleri de sorulmuştur. Bu soruya ait bulgular tablo 4-10'da sunulmuştur.

Tablo 4-10: Masaj Uygulamasını Kimin Uygulayacağını Tercih Etme Durumu

Masaj uygulamasını yapan kişi	Sayı	%
Ebe	90	64,3
Hekim	9	6,4
Eşim	16	11,4
Bir Yakınım*	8	5,7
Doğum Hakkında Bilgili Bir Yardımcı Personel	17	12,1

***5 anne, 2 kız kardeş, 1 kuzen**

Hem mekanik masaj hem de sıcak mekanik masaj uygulaması yapılan gebelere masajın kim tarafından uygulanmasını istedikleri sorulmuştur. Yapılan analiz sonucunda çalışmaya katılan gebelerin %64,3'ü masajın ebe tarafından yapılmasını tercih ettiği, %11,4'ünün eşi tarafından yapılmasını istediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca %12,1'inin doğum hakkında bilgili bir yardımcı personel tarafından, %6,4'ünün

doktor tarafından, %5,7'sinin ise bir yakının tarafından masajın yapılmasını tercih ettikleri görülmektedir.

4.6. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürelerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Tablo 4-11: Gebelerin Aktif Faz-Geçiş Fazı İle Geçiş Fazı-Doğum Arasındaki Süreleri

	Deney Grubu A^a (MM)(n:70)	Deney Grubu B^b (SMM)(n:70)	Kontrol Grubu (n:70)	F	p
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS		
4-5cm ile 7-8cm servikal dilatasyon arasında geçen süre (dk) (aktif faz-geçiş fazı)	214,70±116,25	180,54±46,07	202,53±113,71	2,20	,11
7-8cm servikal dilatasyon ile doğum arasında geçen süre (dk) (geçiş fazı-doğum)	118,24±61,05	117,06±34,97	149,13±59,29	8,20	,00 a,b<c

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol grubuna göre 4-5 cm ile 7-8 cm servikal dilatasyon arasında geçen süre durumları hakkındaki bilgiler Tablo 4-11'de sunulmuştur. Deney grubu A'da olan gebelerin 4-5 cm ile 7-8 cm servikal dilatasyon arasında geçen süre ortalaması 214,70±116,25 dakika iken, deney grubu B'de ortalama 180,54±46,07, kontrol grubunda ise 202,53±113,71 dakika olarak hesaplanmıştır. Toplam açısından bakıldığında ise ortalama 199,26±98,14 dakika olarak bulunmuştur. Gruplar arası süre açısından anlamlı bir farklılık yoktur (F=2,20, p= ,11).

Araştırmaya katılan gebelerin deney grubu A, deney grubu B ve kontrol grubuna göre servikal 7-8 cm servikal dilatasyon ile doğum arasında geçen süre durumları hakkındaki bilgiler Tablo 4-11'de sunulmuştur. Deney grubu A'da olan gebelerin 7-8 cm servikal dilatasyon ile doğum arasında geçen süre ortalaması 118,24±61,05 dakika iken, deney grubu B'de ortalama 117,06±34,97 dakika, kontrol grubunda ise 149,13±59,29 dakika olarak hesaplanmıştır. Toplam açısından bakıldığında ise ortalama

128,14±54,92 dakika olarak bulunmuştur. Buna göre hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulanan grubun 7-8 cm servikal dilatasyondan doğuma kadar geçen süresi kontrol grubuna göre daha kısa bulunmuştur. Yaklaşık 30 dakikalık bir azalma belirlenmiştir (F=8,20, p= ,00).



5. TARTIŞMA

Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı Ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılmasını belirlemek için yapılan araştırmanın bulguları 6 başlık altında tartışılmıştır.

1. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
2. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
3. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması
4. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması
5. Deney Gruplarındaki Gebelerin Mekanik Masaj Ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular
6. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürelerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

5.1. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması $24,08 \pm 3,11$ olarak bulunmuştur. Türkmen (2017)'in sıcak uygulama ve masajın etkisini incelediği çalışmada sıcak uygulama grubunun yaş ortalaması 23,6, masaj grubunun 24,3 ve kontrol grubunun ise 25,4 olarak bildirilmiştir (Türkmen 2017). Gönenç (2013)'in masaj ve akupressürün doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmada masaj grubunun yaş ortalaması 23,4, akupressür grubunun yaş ortalaması 24,1, masaj-akupressür grubunun yaş ortalaması 23,7'dir (Gönenç 2013). Bir başka masaj uygulamasıyla ilgili çalışmada masaj grubunun yaş ortalamasını 23,4, sıcak uygulama grubunun yaş ortalamasını 23,9 ve kontrol grubunun yaş ortalamasını ise 23,4 olarak bildirmiştir (İpek 2014). Travayda ayak masajı uygulaması ile ilgili bir çalışmada masaj grubunun yaş ortalaması 21,8 ve

kontrol grubunun 24,1 olarak bildirmiştir (Şanlı 2018). Gebelikte farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanıldığı diğer çalışmalara baktığımızda Hajiami ve ark. (2012)'nin çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 27,8, Mortazavi ve ark. (2012)'nin çalışmasında 23,12, Kamalifard ve ark. (2012)'nin çalışmasında 22,5, Gönenç (2013)'in çalışmasında 23,4, Gallo ve ark. (2013)'nin çalışmasında 19, Bolbol-Haghighi ve ark. (2016)'nin çalışmasında 25,8, Ünalmiş ve ark. (2017)'nin çalışmasında 24,3 olarak belirtilmiştir (Hajiamini 2012; Kamalifard 2012; Mortavazi 2012; Gallo 2012; Gönenç 2013; Bolbol-Haghighi 2016; Ünalmiş 2017). Ali ve arkadaşları (2018)'nin sırt masajı ve pozisyon değişikliğinin doğum ağrısını azaltmada etkinliğini kıyasladığı çalışmasında pozisyon değişikliği grubunun yaş ortalaması 24, sırt masajı grubunun yaş ortalaması 23,9 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 24 olarak bildirilmiştir (Ali 2018). Pek çok çalışmada örneklem grubunun primipar gebelerden seçilmesine bağlı olarak yaş grupları benzerdir. TNSA 2013 ana raporuna göre 15-49 yaş aralığındaki tüm kadınların %13,7'si 20-24 yaş ve %15,3'ü 25-29 yaş aralığındadır. Bu rapora göre 20-24 yaş grubundaki kadınların %67,2'si ve 25-29 yaş grubundaki kadınların %33,4'ü hiç doğum yapmamıştır. Halen evli olan 20-24 yaş grubundaki kadınların %30,5'i ve 25-29 yaş grubundaki kadınların %16,4'ü hiç doğum yapmamıştır. Araştırmamızdaki tüm gebelerin primipar yani ilk doğumunu gerçekleştirecek gebe olması dahil edilme kriterindedir. Böylelikle ilk doğumunu gerçekleştiren gebelerin yaş ortalaması ilk doğum yaşlarını vermiş olacaktır. TNSA 2013 ana raporuna göre 25-29 yaş aralığındaki kadınların ortanca ilk doğum yaşı 24 ve 25-49 yaş aralığındaki kadınların ortanca ilk doğum yaşı 22,9'dur. Araştırmadan elde edilen sonuç literatürde yapılan çalışmalar ve TNSA 2013 verileri ile uyumludur.

Araştırmaya katılan gebelerin boy uzunluklarına bakıldığında ise deney grubu A'da yer alan gebelerin ortalama boy uzunlukları $162,66 \pm 6,41$ cm iken, deney grubu B'nin ortalama boy uzunluğu $163,80 \pm 6,24$ cm, kontrol grubunun ortalama boy uzunluğu ise $163,69 \pm 5,98$ cm olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan deney grubu A'daki gebelerin ortalama vücut ağırlıkları $74,03 \pm 10,62$ kg, deney grubu B'deki gebelerin ortalama vücut ağırlıkları $74,71 \pm 11,04$ kg ve son olarak kontrol grubundaki gebelerin $70,23 \pm 11,42$ kg olarak hesaplanmıştır. Kamalifard ve ark. (2012)'nin çalışmasında boy ortalamaları 160,82 cm ve vücut ağırlığı ortalaması 68,93 kg olarak bulunmuştur (Kamalifard 2012). Türkmen (2017)'in sıcak uygulama ve masajın etkisini incelediği çalışmada sıcak uygulama grubunun boy ortalaması 162,74 cm, masaj

grubunda 163,53 cm ve kontrol grubunda ise 163,30 cm olarak bildirmiştir (Türkmen 2017). Araştırmadan elde edilen sonuç literatürde yapılan çalışmalar ile benzerdir.

Çalışmamızda gebelerin evlilik yıl ortalaması 19,49 ay olarak bulunmuştur. Masaj ve akupressürün doğum ağrısına etkisini incelendiği bir başka çalışmada masaj grubunun evlilik süresi 20,6 ay, akupressür grubunun evlilik süresi 23,1 ay, masaj-akupressür grubunun evlilik süresi 19,2 ay ve kontrol grubunun evlilik süresi 20,3 ay olarak bildirilmiştir (Gönenç 2013). Bu durumda evlilik yıl ortalaması diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin eğitim seviyelerine bakıldığında hem deney hem de kontrol grubunda en çok lise mezunlarının olduğu görülmektedir. Sıcak uygulama ve masajın etkilerinin incelendiği bir diğer iki çalışmada da deney ve kontrol gruplarının en fazla ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir (İpek 2014; Türkmen 2017). Travayda ayak masajı uygulaması ile ilgili yapılan çalışmada da deney ve kontrol gruplarının en fazla ilkokul-ortaokul mezunu olduğu bildirilmiştir (Şanlı 2018). Yakın zamanlarda ve benzer örneklem gruplarında olmasına rağmen bizim çalışma grubumuzun çoğunluğunun eğitim düzeyi diğer çalışma gruplarına göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu durumun yaşanılan bölge sosyal yapısıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bizim çalışma grubumuzun eğitim düzeylerine benzerliği ve ulusal bir çalışma olması açısından Gönenç'in çalışmasında da grubun çoğunluğunun (%42,5) lise mezunu olması açısından dikkat çekicidir (Gönenç 2013). TNSA 2013 ana raporuna göre 15-49 yaş aralığındaki tüm kadınların %34,6'sı ilkokul mezunu, %22,3'ü ortaokul mezunu ve %31,1'i lise ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir. 20-24 yaş grubundaki kadınların %48,5'i ve 25-29 yaş grubundaki kadınların %44,4'ü en az lise mezunudur. Bu durumda araştırma grubumuzun eğitim durumu, diğer çalışmalar ve TNSA 2013 verilerinden çok farklılık göstermemektedir.

Çalışmamızda 210 gebenin %91,4'ünün gelir getiren bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. İpek (2014), Türkmen (2017) ve Şanlı (2018)'in çalışmasında gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%80 civarı) çalışmadığı bildirilmiştir (İpek 2014; Türkmen 2017; Şanlı 2018). Gönenç (2013)'in çalışmasında, grubun yaklaşık %90'ı, Mortazavi ve ark. (2012)'nin çalışmasında %97,5'inin ev hanımı olduğu, Gallo ve ark. (2013)'nin çalışmasında %70'inin çalışmadığı, Bolbol-Haghighi ve ark. (2016)'nin çalışmasında %86'sının ev hanımı olduğu, Ünalmiş ve ark. (2017)'nin çalışmasında %75,8'nin ev

hanımı olduğu bildirilmiştir (Mortazavi 2012; Gönenç 2013; Gallo 2013; Bolbol-Haghighi 2016). TNSA 2013 ana raporuna göre 20-24 yaş grubundaki kadınların %27.5'i ve 25-29 yaş grubundaki kadınların %31,5'i çalışmaktadır. Araştırmadan elde edilen bu sonuç literatür bulguları ve TNSA 2013 verileri ile uyumlu ve kadınların halen büyük bir çoğunluğunun ücret karşılığı bir işte çalışmıyor olmalarını göstermesi açısından da trajiktir.

Çalışma grubumuzun eşleri ile arasındaki yaş farkı 2,5'tir. TNSA 2013 raporuna göre 20-24 yaş grubundaki kadınların eşleri ile arasındaki yaş farkı ortalama 5,3, 25-29 yaş grubundaki kadınların ise eşleri ile arasındaki yaş farkı ortalama 4,3'tür. Araştırmadan elde edilen bulgular TNSA 2013 verileri geneli ile uyumludur.

Çalışmamızda grubun tamamını oluşturan gebelerin %81,9'unun gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %11,4'ünün gelirlerinin giderlerinden az olduğu ve %6,7'sinin gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gönenç (2013)'in çalışmasında grubun yarıdan biraz fazlasının (%55) gelirini giderine denk olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Gönenç 2013). TNSA 2013 ana raporuna göre 15-49 yaş aralığındaki tüm kadınların %20,9'u orta refah düzeyine sahip yaşamaktadır. Bu durumda bizim çalışma grubumuzun gelir durumun ülke ortalamasında bildirilen yüzdelerden biraz daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin %83,8'i (n=176) sosyal güvence varlığını beyan ederken sadece %16,2'sinin (n=34) sosyal güvencesinin olmadığını bildirmiştir. TNSA 2013 ana raporuna göre 20-24 yaş grubundaki kadınların %45,5'i ve 25-29 yaş grubundaki kadınların %34,6'sı herhangi bir sosyal güvenceye ve 20-24 yaş grubundaki kadınların %12,7'si ve 25-29 yaş grubundaki kadınların %10,3'ü herhangi bir sağlık sigortasına sahip değildir. Araştırmadan elde edilen sonuç TNSA 2013 verileri ile benzer niteliktedir.

Çalışmamıza katılan 210 gebenin %75,2'sinin kent dışında yaşadığı, %24,8'inin kentte yaşadığı tespit edilmiştir. Doğum ağrısıyla yapılan pek çok çalışmada grupların büyük bölümünün il sınırları içinde yaşadığı belirlenmiştir (Gönenç 2013; Türkmen 2017; Ali 2018). TNSA 2013 ana raporuna göre de 15-49 yaş aralığındaki tüm kadınların %81,1'i kentte ve %18,9'u kırsalda yaşamaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuç literatür ve TNSA 2013 verileri ile uyumlu özelliktedir.

Çalışmamıza katılan 210 gebenin %79,5'inin çekirdek aile tipinde yaşadığı, tespit edilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuç literatür ile benzerdir (Gönenç 2013; Türkmen 2017; Ali 2018).

Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin birbirleriyle karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum grupların homojenliğini göstermesi açısından önemlidir.

5.2. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan toplam 210 gebenin %83,3'ünün ilk gebeliği, %8,5'i düşük yapma öyküsüne sahip ve %7,6'sının küretaj olduğu belirlenmiştir. Türkmen (2017)'in çalışmasında gebelerin tamamının %6,1'i abortus/küretaj öyküsüne sahip olarak bildirmiştir (Türkmen 2017). İpek (2014)'in yapmış olduğu çalışmada ise gebelerin %10'u abortus/küretaj öyküsüne sahip olarak bildirmiştir (İpek 2014). TNSA 2013 ana raporuna göre %18,7 oranında düşük gerçekleşmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuç literatürde yapılan çalışmalar ve TNSA 2013 verileri ile uyumlu niteliktedir.

Çalışmamıza katılan 210 gebenin gebelik öncesi adet ağrısı yaşayanların oranı %51 olarak belirlenmiştir. Türkmen (2017)'in çalışmasında da sıcak uygulama grubunun %50'si, masaj grubunun %33,3'ü ve kontrol grubunun ise %42,4'ü dismenore öyküsüne sahip olarak bildirilmiştir (Türkmen 2017). Gönenç (2013)'in çalışmasında da masaj grubunun %46,7'si, akupressür grubunun %56,7'si, masaj-akupressür grubunun %50'si ve kontrol grubunun %40'ı dismenore yaşıyor olarak bildirilmiştir (Gönenç 2013). Şanlı (2018)'in çalışmasında da masaj grubunun %57,5'i ve kontrol grubunun %55'i dismenore yaşadığını bildirmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuç diğer çalışma sonuçları ile benzer niteliktedir.

Çalışmamızda gebelerin gebelik sürecinde düzenli olarak kontrollere gitme oranı %88,1 ve ortalama $12,99 \pm 3,32$ kez olarak hesaplanmıştır. Türkmen (2017)'in çalışmasında sıcak uygulama grubunun %81,2'si, masaj grubunun %90,9'u ve kontrol grubunun ise %90,9'u antenatal dönemde beş kez ve üzerinde kontrole gitmiştir (Türkmen 2017). İpek (2014)'in ve Gönenç'in (2013) çalışmasında da grubun yaklaşık %90'ının antenatal dönemde kontrollere gittiği belirlenmiştir (Gönenç 2013; İpek 2014). TNSA 2013 ana raporuna göre ilk doğumların %98,6'sı doğum öncesi bakım

almaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuç literatürde yapılan çalışmalar ve TNSA 2013 verileri ile uyumludur.

Çalışmamızda mekanik masaj uygulaması grubundaki gebelerin %31,4'ü, sıcak mekanik masaj uygulaması grubundaki gebelerin %27,1'i, kontrol grubundaki gebelerin ise %14,5'i doğum ağrısını azaltmaya yönelik bilgi aldığını bildirmiştir. Bilgi alan grupların bilgi kaynağının da en sıklıkla internet olduğu ve alınan bilginin %36 oranında nefes egzersizi ve yürüyüş olduğu görülmektedir. Diğer benzer çalışmalarda da grupların yaklaşık %80-90 oranında ağrı yönetimiyle ilgili bilgi almadıklarının rapor edildiği dikkat çekmektedir (İpek 2014; Türkmen 2017).

Deney ve kontrol grupları arasında; gebelik sayısı, düşük, küretaj sayısı, prenatal izlem ve sayısı, ağrı yönetimi konusunda bilgi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olması grupların obstetrik özellikler açısından birbirine benzediğinin göstergesidir ve girişimin etkinliğini değerlendirebilmek için grubun homojenliğini göstermesi bakımından önemlidir.

5.3. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Doğum, insanlarda diğer memelilerin çoğundan daha zor ilerleyen bir süreçtir (Steer 1999). İnsan doğasına yerleşmiş duyuşsal uyarılara karmaşık, öznel ve çok boyutlu bir cevap olan doğum ağrısı, diğer akut ve kronik ağrı deneyimlerinin tam tersine mevcut bir patoloji kaynaklı değil, yeni bir yaşamın ortaya çıkması ile ilişkilidir (Rowlands 1998; Lowe 2002; Labor 2008; Williams 2016). Doğum ağrısı, doğum sürecinin başlaması ile kendini gösteren birtakım duyuşsal uyarılara verilen çok boyutlu öznel bir yanıttır. Diğer ağrı deneyimlerinin aksine, doğum ağrısının patolojiyle değil, yeni hayatın ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğu görülür. Doğum ağrısı, bir kadının fizyolojisi, psikolojisi ve onu çevreleyen kültür sosyolojisi bağlamında ortaya çıkar (Lowe 2002; Taşçı 2007; Sayın 2015). Nullipar kadınlar, multipar kadınlara oranla çok az bir farkla doğum ağrısını daha şiddetli algırlar (Gonzalez 2016).

Doğum dört evreden oluşmaktadır ve bu dört evrede de ağrı faktörü etkin rol almaktadır. Çalışmanın yapıldığı hastanede doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik ajan kullanımı yaygın olarak uygulanmaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin (n=210) hiçbiri doğum sürecinde yaşanan ağrı için farmakolojik ajan kullanımına maruz kalmamıştır. Çalışmamızda mekanik masaj uygulaması, sıcak mekanik masaj

uygulaması ve kontrol grubundaki gebelerin ağrı skorları VAS puanlaması ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda gebelerin hastaneye kabulünde değerlendirilen VAS I puanı deney ve kontrol gruplarında benzerdir ve ağrı puanları arasında istatistiksel bir fark yoktur (VAS I için $F=,20$, $p=,81$).

Doğum sürecinde aktif fazda, servikal dilatasyon 4-5 cm'de ilk masaj uygulamasından hemen sonra VAS II puan ortalamaları mekanik masaj uygulaması grubunda 2,14, sıcak mekanik masaj grubunda 2,31 ve standart bakım alan kontrol grubunda ise 3,21'dir ve ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular bize her iki deney grubunda, masaj sonrası VAS puanlarının dolayısıyla doğum ağrısı şiddetinin azaldığını göstermektedir. Aktif fazda mekanik masaj ile sıcak mekanik masaj uygulamasının kontrol grubuna göre ağrı puanlarında düşme olmasına rağmen birbirlerine üstünlükleri belirlenememiştir ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Doğum sürecinde aktif fazda servikal dilatasyon 4-5 cm'de uygulanan masaj uygulamasından (ilk masaj) 30 dakika sonra VAS III puanı mekanik masaj uygulaması grubunda 2,73, sıcak mekanik masaj uygulanan grupta 3,13 ve standart bakım alan kontrol grubunda ise 4,11'tür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu masaj sonrası 30. dakika VAS puanlarının yani doğum ağrısı şiddetinin arttığını ancak deney gruplarında kontrol grubuna göre bu artışın daha az olduğunu dolayısıyla her iki masajın etkisinin devam ettiğini göstermektedir ($F=30,35$, $p<,001$).

Doğum sürecinde aktif fazda servikal dilatasyon 4-5 cm'de ilk masaj uygulamasından 60 dakika sonra deney gruplarında VAS IV puan ortalaması mekanik masaj uygulaması grubunda 3,40, sıcak mekanik masaj uygulaması grubunda 3,91 ve standart bakım alan kontrol grubunda ise 4,80'tür. Gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=25,63$, $p<,001$). Bu bulgu masaj sonrası 60. dakika VAS puanlarının yani doğum ağrısı şiddetinin artmaya devam ettiğini ancak kontrol grubunda bu artışın daha fazla olduğu, bunu sıcak mekanik masaj grubunun izlediği ve en az artışın mekanik masaj grubunda olduğu, dolayısıyla mekanik masajın etkisinin daha uzun süre devam ettiğini göstermektedir.

Doğum sürecinde geçiş fazında servikal dilatasyon 7-8 cm'ye ulaştıktan sonra ikinci masaj uygulaması gerçekleştirilmiş ve hemen sonrasında VAS V puanları değerlendirilmiştir. Mekanik masaj uygulanan grupta bu puan 4,30, sıcak mekanik masaj uygulanan grupta 5,10 ve standart bakım alan kontrol grubunda ise 6,83 olarak belirlenmiştir. Ağrı düzeyleri puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=107,59$, $p<,001$). Bu bulgu ikinci masaj uygulamasından hemen sonra VAS puanlarının dolayısıyla doğum ağrısı şiddetinin tekrar azalma gösterdiğini, kontrol grubunda ise artmaya devam ettiğini göstermektedir.

Doğum sürecinde geçiş fazından 30 dakika sonra, servikal dilatasyon 7-8 cm'ye ulaştıktan ve deney gruplarında ikinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra VAS VI puanı mekanik masaj uygulaması grubunda 4,54, sıcak mekanik masaj uygulanan grupta 5,91 ve kontrol grubunda 7,66'dır. Ağrı düzeyleri puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=124,90$, $p<,001$). Bu durumda doğum eyleminde 7-8 cm servikal dilatasyonda sakral bölgeye uygulanan ikinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra VAS puanları yani doğum ağrısı şiddeti artış göstermektedir. En fazla artış kontrol grubu puanlarındayken bunu sıcak mekanik masaj grubu puanları izlemektedir. Mekanik masajın etkisinin sıcak mekanik masaja göre daha uzun süre devam ettiği söylenebilir.

Doğum sürecinde geçiş fazında servikal dilatasyon 7-8 cm'de masaj uygulamasından (ikinci masaj) 60 dakika sonra VAS VII puanı mekanik masaj uygulaması grubunda 5,49, sıcak mekanik masaj uygulanan grupta 6,77 ve kontrol grubunda 8,57'tür. Gruplar arası ağrı puanlarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ve en fazla puan artışı kontrol grubundadır. Mekanik masaj uygulanan grubun ağrı puanları sıcak mekanik masaj uygulanan grubun puanlarından daha düşüktür ($F=109,13$, $p<,001$).

Chang (2002) tarafından Tayvan'da masajın ağrı ve anksiyete üzerine etkisini değerlendirmek için yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, masajın doğum ağrısını azalttığı ve aynı zamanda psikolojik destek sağladığı bildirilmiştir (Chang 2002). Lee (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, primipar gebelere uygulanan tam vücut masajının doğum ağrısı ve stres üzerinde azaltıcı etkisi bildirilmiştir (Lee 2003). Karami (2007)'nin yapmış olduğu bir çalışmada masajın doğum ağrısı ile başa çıkmak için uygun bir yöntem olduğu sonucuna ulaşmıştır (Karami 2007). Tzeng ve Su (2008)'nin

yapmış olduğu bir çalışmada doğum sürecinde uygulanan masajın bel ağrısını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Tzeng 2008). Ranjbaran ve arkadaşları (2017)'nin doğum ağrısında uygulanan masajın etkinliğinin değerlendirildiği sistematik derleme ve meta analizde, masajın doğum ağrısını gidermede kullanılabilirliği geçerli bulunmuştur (Ranjbaran 2017).

Servikal dilatasyon 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm'de yapılan masajın etkinliğinin değerlendirildiği bir başka çalışmada masaj grubunun kontrol grubu ile kıyaslanmasında kaygı düzeyi 3-4 cm servikal dilatasyonda daha düşük, ağrı düzeyi ise 5-7 cm ve 8-10 cm servikal dilatasyonda daha düşük bulunmuştur. Memnuniyet düzeyi doğumun her aşamasında masaj grubunda daha yüksek bulunmuştur (Mortazavi 2012). Mortazavi (2012) masajın doğum ağrısını azaltma ve kadının memnuniyetini artırmada etkili bir yöntem olduğunu bildirmektedir (Mortazavi 2012).

Gallo ve arkadaşları (2013)'nin fizyoterapist tarafından T10-S4 bölgesine yapılan masajın algılanan doğum ağrısına etkisini VAS ile değerlendirdikleri çalışmalarında masaj öncesi VAS değerlerini deney ve kontrol grubu için 69 mm olarak belirlemiştir. Masajdan hemen sonra masaj grubunun VAS skoru 52 mm ve kontrol grubunun VAS skoru 72 mm olarak ölçülmüştür (Gallo 2013). Bu çalışma sonucu da masaj uygulamasının doğum ağrısında etkinliğini göstermesi açısından çarpıcıdır.

Ünalmiş ve arkadaşları (2017) travayda gebelere 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm servikal dilatasyonlarda 30 dakika masaj uygulamışlar ve VAS değerlendirmesi yapmışlardır. Birinci VAS değerlendirmesi masaj grubunda 5,2 kontrol grubunda 7,3, ikinci VAS değerlendirmesi masaj grubunda 6,6 kontrol grubunda 8,8 ve üçüncü VAS değerlendirmesi masaj grubunda 6,7 kontrol grubunda 9,2'dir (Ünalmiş 2017). Bulguları değerlendirdiğimizde, bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde doğumun kendi doğal sürecinde kademeli olarak VAS skorlarının arttığı ancak her aşamada kontrol grubuna göre masaj grubunun ağrı şiddetinin daha düşük olduğu görülmektedir.

Şanlı (2018) travayda 4-5 cm, 6-7 cm ve 8-9 cm servikal dilatasyonlarda 20 dakika ayak masajı uygulamış ve uygulamadan 10 dakika sonra VAS değerlendirmesi yapmıştır. VAS puanları deney grubunda uygulama sonrası düşük ölçülürken kontrol grubunda sürekli olarak artmıştır (Şanlı 2018). Bulguları değerlendirdiğimizde, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde VAS puanlarının aşamalı olarak arttığı ancak her aşamada kontrol grubuna göre masaj grubunun ağrı şiddetinin daha düşük olduğu ve masaj

grubunun uygulama sonrası VAS puanının uygulama öncesine göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Doğum ağrısını azaltmada sıcak masaj dışında buz masajının da uygulandığı ve bu masajın etkin bulunduğu çalışmalara rastlamak mümkündür. Yıldırım (2018)'in LI4 noktasına buz baskısı ile uyguladığı masajın doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmasında girişim öncesi VAS puanı kontrol grubunun 6,33 iken deney grubunun 7,33'tür. Uygulamadan 40 dakika sonra değerlendirilen VAS puanı kontrol grubunda 7,28 iken deney grubunda 7,11'e düşmüştür. Uygulamadan 80 dakika sonra VAS puanı kontrol grubunda 8,61 iken deney grubunda 5,25'tir (Yıldırım 2018).

Waters ve Raisler (2003) ve Dehcheshmeh ve arkadaşları (2009)'nın yaptığı primipar gebelerde buz masajının etkinliğini değerlendiren çalışmalarda buz masajının doğum ağrısının azaldığı ve doğumdan memnuniyetin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Dehcheshmeh 2009; Waters 2003). Dolayısıyla buz baskısı ile uygulanan masajın da doğum ağrısını azaltmada etkin olduğu görülmektedir (Dehcheshmeh 2009; Hajiamini 2012; Yıldırım 2018; Waters 2003).

Ağrıyı azaltmak için masajla birlikte başka girişimlerin de ayrı olarak ya da kombine olarak kullanıldığı çalışmalar da bulunmaktadır. Hajiamini ve arkadaşları (2012)'nin buz masajı ve akupresür uyguladığı çalışmada, buz masajı grubunun uygulama öncesi VAS puanı 7,47, uygulamadan hemen sonra 5,73, uygulamadan 30 dakika sonra 5,90 ve uygulamadan 60 dakika sonra 6,77 iken, akupresür grubunun uygulama öncesi VAS puanı 7,73, uygulamadan hemen sonra 6,70, uygulamadan 30 dakika sonra 6,87 ve uygulamadan 60 dakika sonra 7,73 bulunmuştur (Hajiamini 2012). Buradaki sonuç uygulanan buz masajının akupresüre göre ağrıyı azaltmada daha etkili olduğu şeklindedir. Ayrıca VAS puanının kademeli olarak arttığı ve bir saate kadar masajın etkisini korumakta olduğu, bir saat sonra bile masaj uygulaması öncesi VAS skoru kadar artmadığı şeklindedir. Bizim çalışma bulgularımız Hajiamini'nin sonuçları ile benzerdir. Görüldüğü gibi doğum ağrısının giderek artan bir karakteristiği bulunmaktadır ve bu durumda bu çalışmada olduğu gibi ağrı puanları travay boyunca artsa bile kontrol grubunda bu artış çok daha belirgin olmaktadır.

Afey (2015) 3-4 cm'de LI-4 noktasına 20 dakika boyunca buz masajı ve akupresür uygulamış ve uygulama öncesi, uygulama sonrası, 30. ve 60. dakikada VAS değerlendirmiştir. Sonuçlara göre buz masajı grubunun uygulama öncesi VAS puanı

4,87, uygulamadan hemen sonra 4,66, uygulamadan 30 dakika sonra 4,71 ve uygulamadan 60 dakika sonra 4,86 iken, akupressür grubunun uygulama öncesi VAS puanı 4,91, uygulamadan hemen sonra 4,70, uygulamadan 30 dakika sonra 4,91 ve uygulamadan 60 dakika sonra 5,08 bulunmuştur. Uygulanan buz masajının akupressüre göre ağrıyı azaltmada daha etkili olduğu ve her grupta VAS puanının kademeli olarak arttığı ve masaj grubunda bir saate kadar masajın etkisini korumakta olduğu, bir saat sonra bile masaj uygulaması öncesi VAS skoru kadar artmadığı şeklindedir. Bizim çalışma bulgularımız Afefy'nin sonuçları ile benzerdir. Doğum ağrısı giderek artan karakterdedir ve müdahale gruplarındaki artış kontrol grubundaki artışa göre daha azdır.

Taghinejad (2010) tarafından masaj ve müzik terapisinin kıyaslandığı bir çalışmada, doğum ağrısını azaltmada masaj, müzik terapisine kıyasla daha etkili bulunmuştur (Taghinejad 2010).

Ahmad-Shirvani (2016) yaptığı çalışmada üç ayrı gruba sıcak terapi, soğuk terapi ve sıcak-soğuk terapi uygulamış ve VAS puanlarını değerlendirmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre sıcak terapi grubunun doğum ağrısı skorları soğuk terapi ve sıcak-soğuk terapi gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olmamak ile birlikte daha düşük bulunmuştur (Ahmad-Shirvani 2016).

Kamalifard ve arkadaşları (2012)'nin yaptığı çalışmada masaj uygulaması ile solunum tekniklerini ikişer ayrı gruba uygulamıştır. Masaj ve solunum teknikleri uygulamaları birinci gruplara 4 ve 8 cm servikal dilatasyonda, ikinci gruplara 6 ve 10 cm servikal dilatasyonda uygulanmış ve 4, 6, 8 ve 10 cm servikal dilatasyonda VAS değerlendirilmiştir. Masaj ve solunum teknikleri uygulamalarının doğum ağrısı üzerine etkisinin karşılaştırılmasında solunum teknikleri uygulanan grupların 4 ve 8 cm ile 6 ve 10 cm dilatasyonda ağrı skorları masaj grubuna göre daha az bulunmuştur (Kamalifard 2012).

Gönenç (2013)'in masaj ve akupressürün doğum ağrısına etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmasında üç deney grubu oluşturmuş ve bir gruba sadece masaj, diğer gruba akupressür ve son gruba da masaj+akupressür girişimleri uygulamıştır. Buna göre birinci girişim öncesi VAS skorları masaj grubunda en yüksek ve kontrol grubunda en düşük ölçülmüştür. Birinci girişim sonrası kontrol grubu puanları yükselirken diğer grupların puanlarında düşme görülmüş, masaj ve masaj+akupressür grubunun puanlarındaki düşme istatistiksel olarak anlamlı

belirlenmiştir. İkinci girişim sonrasında tüm girişim gruplarında VAS skorları, kontrol grubuna göre daha düşük ölçülmüştür. Üçüncü girişim sonrası grupların VAS skorları kıyaslandığında masaj grubunun, akupressür ve masaj+akupressür ile kontrol grubundan daha düşük olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla ağrıyı azaltmada masajın, akupressür ve her iki yöntemin kombine kullanımına göre daha etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda da sıcak masaj kullanımına göre sadece masaj kullanımı ağrıyı hafifletmede daha etkin bulunmuştur.

Ali ve arkadaşları (2018)'nin sırt masajı ve pozisyon değişikliğinin doğum ağrısını azaltmadaki etkinliğini kıyasladığı çalışmasında 4 cm, 7 cm ve 10 cm servikal dilatasyonda VAS puanları değerlendirmiş ve doğum ağrısını azaltmada sırt masajı pozisyon değişikliğinden daha etkili bulmuştur (Ali 2018).

Türkmen (2017)'in çalışmasında sıcak uygulama, masaj ve kontrol grubunun müdahale öncesi ve 4-5 cm, 6-7 cm ve 8-9 cm servikal dilatasyonda müdahale sonrası ağrı puanlarını incelemiştir. Müdahale öncesi ve 8-9 cm servikal dilatasyonda müdahale sonrası ağrı puanları açısından bir fark belirlenmemiştir. 4-5 cm ve 6-7 cm servikal dilatasyonda müdahale sonrası ağrı puanları ise en düşük sıcak uygulama ve en yüksek kontrol grubuna ait bulunmuştur (Türkmen 2017). Deney gruplarının kontrol grubuna göre daha düşük ağrı puanına sahip olması açısından çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer niteliktedir. Çalışmanın sonucuna göre en düşük ağrı puanı sıcak uygulama grubuna aitken bizim çalışmamızda sıcak mekanik masaj uygulaması grubunun aksine mekanik masaj uygulaması grubuna aittir ve bu sonuç çalışmadan farklılık göstermektedir.

Smith ve arkadaşları (2018)'nin doğum ağrısının yönetimini inceledikleri sistematik derlemede masaj uygulaması diğer parametreler ile karşılaştırılmıştır. 225 kadını içeren dört adet çalışmada masaj uygulaması ve standart bakımın doğum ağrısı üzerine etkisini karşılaştırılmış ve masaj uygulaması grubu daha az doğum ağrısı skoruna sahipken, memnuniyet, doğumda kontrol duygusu, yardımcı vajinal ve sezaryen doğum oranı, yenidoğanların yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranı, farmakolojik ajan kullanım oranı, augmentasyon kullanımı ve doğum süresi açısından gruplar arasında hiçbir fark saptanmamıştır. Masaj ve müziğin doğum ağrısı üzerine etkisini karşılaştırmış ve masaj uygulaması grubunun ağrı skoru daha düşük ve

farmakolojik ajan kullanımını açısından gruplar arasında bir fark olmadığı bulunmuştur (Smith 2018).

Son bir ağrı değerlendirmesi de doğumdan 30 dakika sonra gerçekleştirilmiştir. Mekanik masaj uygulanan grubunun ağrı puan ortalaması 1,10, sıcak mekanik masaj uygulanan grubun 1,49 ve kontrol grubunda 2,39 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel olarak üç grubun puanları karşılaştırması arasındaki fark anlamlıdır ve doğumdan sonra en az ağrı bildiren grup mekanik masaj, sonrasında sıcak mekanik masaj grubudur.

Gönenç (2013)'in çalışmasında da masaj+akupressürün birlikte kullanıldığı grubun masaj, akupressür ve kontrol grubuna göre daha düşük ağrı skorları olduğu görülmektedir(Gönenç 2013). Dolayısıyla postpartum dönemdeki ağrı için her iki yöntemin kombine kullanıldığı yöntem daha etkili olmuştur. Bulgular bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer niteliktedir.

Türkmen (2017)'in çalışmasında sıcak uygulama, masaj ve kontrol grubunun doğum sonrası ağrı puanlarını incelemiştir. Doğum sonrası ağrı puanları karşılaştırılmasında her üç grubun puanlarının arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Türkmen 2017). Bu bulgular bizim çalışmamızın sonuçları ile kıyaslandığında farklılık göstermektedir.

Masajın algılanan doğum ağrısını azalttığı ağrı iletim teorilerinden Kapı Kontrol Teorisi ile açıklanmaktadır. Teoriye göre, bir seferde iletilen uyarı sayısı sınırlıdır. Dolayısı ile ağrı yerine başka uyarıların bilince gönderilmesi sağlanarak ağrı algısı azaltılabilir. Bu mekanizmanın aktif olması için kasılmalar arasında ve sırasında ağırlı alanda hoş uyarılar oluşturması amacıyla masaj, titreşim, TENS, banyo, sıcak ve soğuk kompresler, hareket ve vücut pozisyonu değişikliği gibi teknikler kullanılmalıdır (Bonapace 2018). Dolayısıyla masaj uygulaması yapıldığında bilince ağrı dışında uyarı gönderilmiş olur ve ağrı algısı azalmaktadır. Böylece farklı girişimlerin kıyaslandığı gruplarda hangi uyarının (basınç, sıcak, soğuk) daha çabuk etki ettiğiyle ilgili de bir fikir edinilmiş olacaktır.

Çalışmanın başlangıcında tüm grupların ağrı puanları birbirine benzerdir. Sonraki ağrı değerlendirmelerinde VAS puanları karşılaştırıldığında deney grupları ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. VAS puanları incelendiğinde en yüksek ağrı ortalamasına sahip olan grup kontrol grubu iken, en düşük ağrı ortalamasına sahip olan grup mekanik masaj grubu olmuştur. Mekanik masaj

grubu ve sıcak mekanik masaj grubunun ağrı puanı, kontrol grubunun ağrı puanına göre daha düşük ölçülmüştür. Ayrıca mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj gruplarının VAS puanı karşılaştırılmasında mekanik masaj grubu, sıcak mekanik masaj grubuna göre daha düşük ölçülmüştür. Bu durumun mekanik masaj uygulamasında kullanılan masaj aletinin bilyelerinin çapının daha uzun, daha düz hatlarda ve uygulanabilirliğinin daha kolay olması, sıcak mekanik masaj uygulamasında kullanılan masaj aletinin kiraz çekirdeklerinin çapının daha kısa, daha girintili hatlarda ve uygulanabilirliğinin daha zor olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sıcak mekanik masaj uygulamasında kullanılan masaj aletinin uygulama sırasında kiraz çekirdeklerinin tek bir noktada hareket etmemesi, sürekli hareket halinde olması, yer değiştirmesi ve bir tarafta toplanması masaj etkisini düşürmektedir. Ayrıca mekanik masaj uygulamasında kullanılan masaj aletinin özellikle masaj uygulaması için yapılmış bir alet olması, sıcak mekanik masaj uygulamasında kullanılan masaj aletinin ise öncelikle sıcak uygulama için tasarlanmış bir alet olması aradaki farkın nedenini açıklayabileceği düşünülmektedir. Masaj uygulamasının yaklaşık üç kontraksiyon süresince uygulanması ortalama 15 dakika sürmektedir. Mekanik masaj aletinin bu süre boyunca aralıksız uygulanması, metal bilyeler ile cilt arasında sürtünme kuvveti oluşturmaktadır. Bu sürtünme kuvveti de ısınmaya neden olmaktadır. Dolayısıyla mekanik masaj aleti uygulamanın başında sadece mekanik etki göstermekteyken uygulamanın devamında ısı etkisi de göstermektedir. Nihayetinde mekanik masaj uygulaması ısı etkisini de içeren bir uygulamaya dönüşmüştür. Mekanik masaj uygulaması ile sıcak mekanik masaj uygulamasının ağrı algısını azaltma etkisi arasındaki farkın doğrudan uygulamada kullanılan aletin çapının daha uzun, düz hatlarda olması ve uygulanabilirliğinin kolaylığı ile ilişkilendirilebilir.

5.4. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürecinde Algıladıkları Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Doğum deneyimi travayda kadının geçirdiği süreci ne derece iyi algıladığı ile ilişkilidir. Doğum ağrısı, doğumda destek görmesi gibi parametreler doğum deneyimini önemli derecede etkilemektedir. Kadının doğumdan memnuniyetini yüksek tutmak için doğum sürecinde destek olmak ve özellikle ağrıyla başa çıkarken yardımcı olmak önem arz etmektedir(Kömürcü 2013).

Doğum ağrısının hafifletilmemesi, gebe kadınlar ve aileleri için büyük bir kaygıdır. Doğum ağrısının yönetilmesi, müdahale edilmesi hem bu kaygının hem de prepartum, intrapartum ve postpartum bakım maliyetinin azaltılması ve doğum eyleminde obstetrik bakımın kalitesi açısından önemli ve obstetrik bakımın ana hedeflerinden biridir. Doğum ağrısının yönetimi için sadece farmakolojik yöntemler değil; güvenli doğum ortamı, gerekirse müdahaleler, teknoloji, yüksek vasıflı, eğitilmiş personeller, kadının özgüveninin sağlanması gibi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (Lowe 1996; Caton 2002; Leeman 2003; Simkin 2004).

Mevcut farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin yararları ve riskleri konusunda gebe kadına danışmanlık sağlanarak, kadın karar verme sürecine dahil edilmelidir. Kadının dahil edilmediği süreç daha zor, güçsüz ve bağımlı geçmektedir(Lagrew 2018).

Vajinal doğumda, kadının ve fetüsün sağlığı veya güvenliği tehlikeye girmediği sürece dış müdahalelerden kaçınılmalıdır. Doğum ve sürecindeki tıbbi müdahalelerin artmasıyla ilgili birçok profesyonel anlamda dernek; bilimsel verilere dayanarak ağrı yönetimine farmakolojik olmayan yaklaşımları desteklemek için ulusal klinik rehberlerin geliştirilmesini önermektedir (Bonapace 2018).

Ağrıya farmakolojik olmayan yaklaşım, yalnızca ağrı hissini ortadan kaldırılması değil aynı zamanda bakımın psikososyal, duygusal ve ruhsal bileşenlerini de geliştirerek ağrıyı azaltmak gibi çeşitli yaklaşımları içerir. Bakım vericiler ağrıyı ortadan kaldırmak yerine, ağrıyla başa çıkabilmeyi sağlamalı, özgüveni geliştirmeli ve iyi bir rehberlik sunmalıdır (Simkin 2004).

Güleç Şatır ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada kadın doğum alanında çalışan sağlık personelinin doğal doğuma ilişkin bilgilerinin güncellenmesi, farmakolojik olmayan yöntemleri uygulayarak ağrı ile baş etmede gebelere destek olmaları konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitim verilmesi gerektiğine ilişkin sonuçlar bulunmuştur (Güleç Şatır 2018).

Literatürü incelediğimizde doğum deneyiminin iyileştirilmesi ve doğumdan memnuniyetin artırılması için uygulanan farmakolojik olmayan yaklaşımların çözüm ürettiğini görmekteyiz. Doğum sürecinde verilen destek ile birlikte kurulan terapötik ilişkinin mevcudiyeti anksiyete, ağrı ve korkuyu azaltırken, kadının duygusal, ruhsal ve psikolojik açıdan her türlü ihtiyacının karşılanmasını sosyal destek aracılığı ile sağlar.

Yapılacak işlemler hakkında verilecek bilgilendirme, kadına güç verir (Yazıcı 2018). AWHONN 2016 yılında yayınladığı bülteninde bakım sağlayıcıların, sürekli doğum desteği sağlamaları durumunda, farmakolojik ajan kullanımının daha az olduğunu, sezaryen oranının düştüğünü ve kadınların doğum deneyimi memnuniyet düzeyinin arttığını belirtmiştir (AWHONN 2016). Smith ve arkadaşlarının 19 çalışmayı inceledikleri 2018 yılı Cochrane sistematik derlemesinde yoga yapan gebelerin, doğum ağrısı şiddetlerinin daha az olduğu ve bu uygulamadan memnun oldukları sonucuna ulaşmışlardır (Smith 2018). Mamuk'un 2017 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasının sonuçlarına göre doğum eyleminde lumbosakral bölgeye uygulanan intradermal steril su enjeksiyonu tekniği, doğumda memnuniyetin arttığını belirtmiştir (Mamuk 2017). Smith ve arkadaşlarının 19 çalışmayı inceledikleri 2018 yılı Cochrane sistematik derlemesinde gevşeme teknikleri kullanan kadınların doğum ağrısının azaldığı ve bu uygulamadan memnun kaldıkları sonucuna ulaşmışlardır (Smith 2018). Suarez ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları bir çalışmada TENS uygulamasının doğum sırasında ağrıyı giderdiği ve memnuniyetin yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (Suarez 2018). Ghani'nin 2014 yılında yapmış olduğu bir çalışmada sıcak ve soğuk uygulama yapılan kadınların müdahale sonrası ağrı skorları ve kaygı düzeyleri daha düşük, doğumdan memnuniyet seviyeleri daha yüksek bulunmuştur (Ghani 2014). Ahmad- Shirvani ve Ganji'nin 2016 yılında yapmış oldukları sıcak ve soğuk uygulamanın kıyaslandığı bir çalışmada sıcak uygulama yapılan kadınların ağrı algısı biraz daha düşük, soğuk uygulama yapılan kadınların ise doğumun ikinci evresinin süresinin daha kısa olduğu, her iki yöntemin memnuniyet düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Ahmad- Shirvani 2016). Altıparmak ve Coşkun'un 2016 yılında yaptığı bir çalışmada gebelerin tamamının doğum öncesi eğitimden memnun kaldıkları saptanmıştır (Altıparmak 2016).

Birçok farmakolojik olmayan yaklaşım sadece algılanan doğum ağrısını azaltmakla kalmayıp doğumdan memnuniyetin artmasını da sağlamaktadır. Masaj ile ilgili yapılan çalışmalar da benzer niteliktedir. Mortazavi ve arkadaşlarının 2012 yılında yapmış oldukları bir çalışmada masaj terapisi alan kadınların doğum ağrısı ve kaygısı düzeyleri düşük, doğumdan memnuniyet seviyeleri yüksek bulunmuştur (Mortavazi 2012). Gönenç'in 2013 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasında masaj uygulamasının doğumun tüm evrelerinde doğum ağrısını, anksiyete düzeyini, maliyeti azalttığı ve doğum ile ilgili olumlu algının oluşmasını sağladığı, masaj ve akupresürün

birlikte uygulandığı durumlarda da doğum ağrısı ve anksiyete düzeyinin düştüğü, doğum algısını pozitif açıdan etkilediği sonucuna ulaşmıştır (Gönenç 2013). Sırt masajının algılanan doğum ağrısına ve memnuniyetine etkilerine bakıldığı çalışmalarda; masajın doğum ağrısını azaltmada ve doğumla ilgili memnuniyeti artırmada önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Doğum ünitesinde çalışan sağlık profesyonellerinin, ağrıyı azaltmak, doğum süresini kısaltmak ve doğum deneyiminden memnuniyeti artırmak için masaj uygulamasının kullanımı önerilmiştir (Ünalmiş 2017). Hu ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları bir çalışmada masaj terapisi uygulanan kadınların doğum ağrıları azalmış ve doğumdan memnuniyetleri artmıştır (Hu 2017). Rajiani ve arkadaşlarının 2019 yılında dijital sürtünme masajı uygulamasının doğum ağrısı üzerine etkisini inceledikleri çalışmada uygulamanın doğum ağrısı seviyesini azalttığı ve konforu artırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Rajiani 2019).

Yapılan çalışmalar masaj dahil farmakolojik olmayan yöntemlerin ayrı ya da kombine kullanımının algılanan doğum ağrısını azalttığı gibi doğum deneyiminden memnuniyet seviyesinin artmasını sağladığını desteklemektedir.

Çalışmamızda gebelerin doğum sonu dönemde doğumdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla “Doğum Deneyim Ölçeği” kullanılarak dönütler alınmıştır. Doğum Deneyim Ölçeği’nden alınan toplam puanlar kıyaslanmıştır.

Hem mekanik masaj hem de sıcak mekanik masaj uygulanan gebeler, kontrol grubuna göre doğum sürecini daha olumlu yaşadıklarını, doğumları esnasında profesyonel desteği ve güveni daha çok hissettiklerini ve kararlara daha fazla katılım gösterdiklerini bildirmiştir.

Masaj gruplarına masaj dışında herhangi bir farmakolojik olmayan yaklaşım uygulanmamasına rağmen, masaj gruplarının doğum memnuniyet seviyesi kontrol grubuna nispeten daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun kadınların masaj uygulamasını aynı zamanda profesyonel destek olarak görmeleri, kendileri ile özel olarak ilgilenildiklerini düşünmeleri ve kendilerini de sürece dahil edilerek kararlarının önemsendiğini hissetmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonuç elde edilmesi beklenen ve olumlu diye nitelendirebildiğimiz bir sonuçtur. Nihayetinde gebelerin doğum sürecinde kendilerine rutin ebelik bakımının dışında herhangi bir yaklaşım uygulanmasının kendilerini ve doğumlarını özelleştirdiği düşünülmektedir. Buradaki herhangi bir yaklaşım konuşmak, soru sormak gibi en temel iletişim

becerisinden masaj yapmak, aromaterapi uygulamak gibi en spesifik uygulamalı becerileri içeren geniş bir yelpazeden oluşmaktadır.

Doğumdan memnuniyet puanları deney grupları ve kontrol grubu arasında kıyaslandığında her iki deney grubu da kontrol grubuna göre daha yüksek puan almıştır ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Deney grupları kendi aralarında kıyaslandığında Doğum Süreci ve Algılanan Güven/Anılar alt boyutlarında mekanik masaj grubunun memnuniyet oranı daha fazla iken, Profesyonel Yardım/Destek ve Kararlara Katılım alt boyutlarında sıcak mekanik masaj grubunun memnuniyet oranı daha fazla bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Bu durum masaj uygulamasının her iki şeklinin de memnuniyet açısından olumlu olduğunu, uygulamaların doğum memnuniyeti açısından birbirine üstünlüğünün olmadığını göstermektedir. Bu bulgular doğum sürecinde uygulanan yöntemlerin birlikte veya kombine olarak kullanılmasının doğumdan memnuniyeti artıracaklarını gösteren önemli bulgulardır.

Mamuk (2017) çalışmasında Doğum Deneyim Ölçeği kullanmıştır. Doğum Süreci ve Algılanan Güvenlik/Anılar alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Profesyonel Yardım/Destek ve Kararlara Katılım alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu ve deney grubunun en yüksek kontrol grubunun en düşük puan aldığını belirtmiştir (Mamuk 2017). Bulgular incelendiğinde bizim çalışmamızda olduğu gibi deney grubunun doğum sonu memnuniyet puanı kontrol grubuna göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Gönenç (2013) çalışmasında anne memnuniyetini belirlemek amacıyla beş alt boyuttan oluşan Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'ni kullanmıştır. Alt boyutlar ve toplam açıdan puanları karşılaştırmıştır. Toplam açıdan alınan puanların karşılaştırılmasında en yüksek puanın masaj+akupressür, en düşük puan kontrol grubuna ait olduğunu belirtmiştir (Gönenç 2013). Bulguların doğum sonrası memnuniyet ile ilişkili olabileceği ve bu doğrultuda çalışmamız ile benzer nitelikte olup deney gruplarında doğum sonrası memnuniyet düzeyinin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Türkmen (2017) çalışmasında doğum eyleminde konforu belirlemek amacıyla dört alt boyuttan oluşan Doğum Konfor Ölçeği'ni kullanmıştır. Alt boyutlar ve toplam açıdan puanları karşılaştırmıştır. Toplam açıdan alınan puanların karşılaştırılmasında

deney gruplarının kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldığı belirtilmiştir (Türkmen 2017). Bulguların doğum sonrası memnuniyet ile ilişkili olabileceği ve bununla birlikte bizim çalışmamız ile benzer nitelikte olarak deney gruplarının doğum sonrası memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Şanlı (2018) çalışmasında doğum sonrası gebelerin doğumda yaşadığı duygusal durumu belirlemek amacıyla Doğum Duygulanım Ölçeği'ni kullanmıştır. Ölçekten alınan puanın artması annelerin daha olumlu duygular yaşadığını göstermektedir. Çalışmada deney grubunun puanı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Şanlı 2018). Bu bulguların da doğum sonrası memnuniyet ile ilişkili olabileceği ve bizim çalışmamız ile benzer nitelikte deney gruplarının doğum sonrası memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.5. Deney Gruplarındaki Gebelerin Mekanik Masaj Ve Sıcak Mekanik Masaj Uygulamalarına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular

Ağrıya farmakolojik olmayan yaklaşım, yalnızca ağrı hissinin ortadan kaldırılması değil, aynı zamanda bakımın psikososyal, duygusal ve ruhsal bileşenlerini de geliştirerek ağrıyı azaltmak gibi çeşitli yaklaşımları içerir. Bakım vericiler ağrıyı ortadan kaldırmak yerine, ağrıyla başa çıkabilmeyi sağlamalı, özgüveni geliştirmeli ve iyi bir rehberlik sunmalıdır (Simkin 2004).

Güleç Şatır ve arkadaşları (2017)'nin yaptığı çalışmada kadın doğum alanında çalışan sağlık personelinin doğal doğuma ilişkin bilgilerinin güncellenmesi, farmakolojik olmayan yöntemleri uygulayarak ağrı ile baş etmede gebelere destek olmaları konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitim verilmesi gerektiğine ilişkin sonuçlar bulmuştur (Güleç Şatır 2018).

Doğum sürecinde masaj uygulanmış olan gebelerin, doğum sonu dönemde doğum süreci ile ilgili fikirlerini almak, doğum ağrısını azaltabilmek, doğum deneyimini iyileştirebilmek ve uygulanan farmakolojik olmayan müdahalelerin etkinliğini değerlendirebilmek açısından önemli bir yaklaşımdır. Bu bulgular postpartum 30. dakikada mekanik masaj uygulanan gebelere “Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu” ve sıcak mekanik masaj uygulanan gebelere “Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasına İlişkin Soru Formu” doldurtularak elde edilmiştir. Formlar beş adet soru içermektedir. Bu sorular lohusaların gebelik döneminde uygulanan masajdan memnun kalma durumu, masaj uygulamasının doğum ağrısını

azaltmakta ne derece etkili olduğu, masaj uygulamasını başka gebelere önerme durumu, masaj uygulamasını kimin uygulayacağını tercih etme durumu ve masaj uygulamasının doğumhanede her zaman uygulanması ile ilgili görüşe cevap vermektedir. Elde edilen ortalama puanlar 5 üzerinden değerlendirilmektedir.

Elde edilen bulgular travay sürecinde mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj uygulamasının doğum ağrısı algısını azaltabileceği ve doğum memnuniyetini iyileştirebileceğini düşündürmektedir. Bu yöntemlerin tek tek veya kombine olarak kullanılması ağrı algısının azaltılması ve memnuniyet seviyesinin artırılması, dolayısıyla doğum sürecinin daha güzel bir deneyim olarak hafızalarda kalmasını sağlayabileceğini göstermektedir.

Chang (2002) tarafından Tayvan’da masajın ağrı ve anksiyeteye etkisi üzerine yapılan randomize kontrollü bir çalışmada doğum ağrısını azalttığı ve aynı zamanda psikolojik destek olduğu bildirilmiştir (Chang 2002). Lee (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, primipar gebelere uygulanan tam vücut masajı ise doğum ağrıları ve stresleri üzerinde azaltıcı etki göstermiştir (Lee 2003). Waters ve Raisler (2003)’in buz masajının doğum ağrısı üzerine etkisini incelediği bir çalışmada ise buz masajının doğum ağrısını azalttığı ve dolayısıyla doğum ağrısının yönetiminde kullanılabileceği bildirilmiştir (Waters 2003). Karami (2007)’nin yapmış olduğu bir çalışmada masajın doğum ağrısı ile başa çıkmak için uygun bir yöntem olduğu sonucuna ulaşmıştır (Karami 2007). Tzeng ve Su (2008)’nin yapmış olduğu bir çalışmada doğum sürecinde uygulanan masajın bel ağrısını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Tzeng 2008). Dehcheshmeh ve arkadaşları (2009)’nın yaptığı primipar gebelerde ele uygulanan buz masajı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, doğum ağrısının azaldığı ve doğumdan memnuniyetin arttığı sonucuna ulaşmıştır (Dehcheshmeh 2009). Taghinejad (2010) tarafından masaj terapisi ve müzik terapisinin kıyaslandığı bir çalışmada, doğum ağrısını azaltmada masaj terapisi, müzik terapisine kıyasla daha etkili bulunmuştur (Taghinejad 2010). Haljiamini (2012) tarafından doğum ağrısında buz masajı uygulaması ile akupresür tekniklerinin kıyaslandığı bir çalışmada ise her ikisi de doğum ağrısını azaltmada etkili olup, buz masajı, akupresüre göre daha etkili bulunmuştur (Haljiamini 2012). Fard (2012)’in LI4 noktasına uygulanan buz masajı ile akupresür tekniklerinin incelendiği bir çalışmada doğum ağrısının azaltılmasında her ikisi de etkili olup, buz masajı akupresürden daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır

(Fard 2012). Gönenç ve Terzioğlu (2012)'nin yapmış olduğu doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisine bakıldığı bir çalışmada; masaj ve akupressür uygulamalarının doğumun birinci evresinde gebelerin anksiyetisini azaltmada etkili olduğu fakat masaj uygulamasının akupressüre göre daha etkin olduğu belirlenmiştir (Gönenç 2012). Kamalifard ve arkadaşları (2012)'nin masaj terapisi ve solunum tekniklerini incelediği yarı deneysel bir çalışmada her iki yöntemde doğum ağrısının giderilmesi için önerilmiştir (Kamalifard 2012). Mortazavi ve arkadaşları (2012)'nin yapmış oldukları bir çalışmada masaj terapisi alan kadınların doğum ağrısı ve kaygısı düzeyleri düşük, doğumdan memnuniyet seviyeleri yüksek bulunmuştur (Mortavazi 2012). Gönenç (2013)'in yapmış olduğu doktora tezi çalışmasında masaj uygulamasının doğumun tüm evrelerinde doğum ağrısını, anksiyete düzeyini, maliyeti azalttığı ve doğum ile ilgili olumlu algının oluşmasını sağladığı, masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı durumlarda da doğum ağrısı ve anksiyete düzeyinin düştüğü, doğum algısını pozitif açıdan etkilediği sonucuna ulaşmıştır (Gönenç 2013). Hashemi (2012) tarafından doğum ağrısının azaltılmasına yönelik uygulanan masaj ile ilgili bir çalışmada masajın doğum ağrısıyla başa çıkmada etkili bir girişim olduğu ve güvenle kullanabileceği bildirilmiştir (Hashemi 2012). Silva ve arkadaşları (2013)'nin yapmış oldukları bir çalışmada uygulanan masajın doğum ağrısını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Silva 2013). Khavandizadeh ve arkadaşları (2014)'nin yapmış oldukları bir çalışmada doğum sırasında uygulanan masajın ağrı yoğunluğunu herhangi bir yan etki oluşturmaksızın azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Khavandizadeh 2014). Ganji ve arkadaşları (2015)'nin yayımladıkları sistematik derlemenin sonucunda masajın doğum ağrısını azaltmakta faydalı olduğu ancak doğum süresine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Ganji 2015). Tektaş ve arkadaşları (2016)'nin yayımlamış olduğu masaj ile ilgili yapılan tez çalışmalarının incelendiği bir derlemede masajın doğum ağrısının kontrolünde güvenle kullanabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Tektaş 2016). Bolbol-Haghighi ve arkadaşları (2016)'nin yapmış oldukları bir çalışmada doğumda masaj terapisi uygulanan kadınlarda doğumun birinci ve ikinci aşamasının süresinin daha kısa olduğu ve bu kadınların yenidoğanlarının 1. ve 5. dakikadaki apgar değerlendirmesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bolbol-Haghighi 2016). Askari ve arkadaşları (2016)'nin susam yağı ile yapılan sırt masajının doğum ağrısı ve süresine etkisini inceledikleri çalışmada, susam yağı ile yapılan masajın doğum ağrısını azalttığı ve süresini kısalttığı

bulunmuştur (Askari 2016). Sırt masajının algılanan doğum ağrısına ve memnuniyetine etkilerine bakıldığı çalışmalarda; masajın doğum ağrısını azaltmada ve doğumla ilgili memnuniyeti artırmada önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Doğum ünitesinde çalışan sağlık profesyonellerinin, ağrıyı azaltmak, doğum süresini kısaltmak ve doğum deneyiminden memnuniyeti artırmak için masaj uygulamasını kullanımı önerilmiştir (Ünalmiş 2017). Ranjbaran ve arkadaşları (2017)'nin doğum ağrısında uygulanan masajın etkinliğinin değerlendirildiği sistematik derleme ve meta analizde, masajın doğum ağrısını gidermede kullanılabilirliği geçerli bulunmuştur (Ranjbaran 2017). Hu ve arkadaşları (2017)'nin yapmış oldukları bir çalışmada masaj terapisi uygulanan kadınların doğum ağrıları azalmış ve doğumdan memnuniyetleri artmıştır (Hu 2017). Yıldırım (2018) tarafından yapılan bir çalışmada ise LI4 noktasına uygulanan buz masajının ağrıyı azalttığı ve doğum süresini kısalttığı sonucuna varılmıştır (Yıldırım 2018). Ali (2018) tarafından pozisyon değişimi ve sırt masajının kıyaslandığı bir çalışmada; ağrıyı azaltma açısından sırt masajı pozisyon değişikliğinden daha etkili olduğu bildirilmiştir (Ali 2018). Smith (2018) tarafından masaj, refleksoloji ve diğer yöntemlerin de incelendiği bir sistematik derlemede; ağrıyı azaltmada, doğumun süresini kısaltmada ve kadınların kontrol duygusunu ve doğumun duygusal deneyimini iyileştirmede, masajın önemli bir role sahip olduğu bildirilmiştir (Smith 2018). Rajiani ve arkadaşları (2019)'nin dijital sürtünme masajı uygulamasının doğum ağrısı üzerine etkisini inceledikleri çalışmada uygulamanın doğum ağrısı seviyesini azalttığı ve konforu artırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Rajiani 2019).

Gebelere travay sürecinde farmakolojik olmayan yöntemlerden birinin veya birkaçının kombine olarak uygulanmasının ve doğumda birebir destek verilmesinin, doğum sürecinde algılanan doğum ağrısının azaltılmasını, doğum deneyiminin iyileştirilmesini, sonraki doğum için iyi etki bırakmasını ve dolayısıyla kadın-çocuk sağlığının güçlendirilmesini önemli ölçüde etkilediği düşünülmektedir.

5.6. Deney Grupları Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sürelerine Ait Bulguların Karşılaştırılması

Çalışmanın yapıldığı klinikte lavman uygulamasının rutin olması, oksitosin infüzyonunun verilmesi, epidosin türü ilaç uygulanması, elektro-fetal-monitorizasyonun sürekli olması, primipar gebelere epizyotomi uygulanması, gebelerin travaya kabul

anından doğumun dördüncü evresinin tamamlanmasına kadar olan sürecini etkilemektedir.

Doğumun aktif fazı ile geçiş fazı arasında geçen sürenin dakika olarak gruplar arası karşılaştırılmasına bakıldığında masajın doğumun aktif fazı süresini etkilemediği, gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Doğumun geçiş fazı ile doğum arasında geçen sürenin dakika olarak gruplar arası karşılaştırılmasına bakıldığında masajın doğumun geçiş fazı süresini etkilediği, farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir. Masaj gruplarının geçiş fazı süresi kontrol grubuna göre daha kısa sürmüştür. Masaj gruplarının kendi aralarında karşılaştırılmasında ise geçiş fazı süreleri açısından herhangi bir fark olmadığı görülmektedir. Doğumun geçiş süresine etkisinde mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj uygulamalarının birbirlerine üstünlüğü yoktur.

Buna göre deney grupları ile kontrol grubu arasında 4-5 cm servikal dilatasyondan 7-8 cm servikal dilatasyona kadar geçen süre açısından bir fark belirlenemezken, 7-8 cm servikal dilatasyondan doğuma kadar geçen süre deney gruplarında kontrol grubuna göre daha az bulunmuştur. Hem mekanik hem de sıcak mekanik masaj uygulamasının servikal dilatasyon 7-8 cm'den sonra doğum sürelerini kısalttığı söylenebilir.

Farmakolojik olmayan yöntemler ile yapılan çalışmalara bakıldığında bazı çalışmaların sonuçları doğumun süresinin kısaltıldığı yönündedir. Tayland'da nulliparlar ile yapılan gebelik yogasının annenin rahatlığı, doğum ağrısı ve doğum sonuçları üzerine etkilerine bakıldığı bir randomize kontrollü çalışmada, kontrol grubuna göre, deney grubunda doğum eyleminde ve sonrasında anne rahatlığının daha yüksek, doğum süresinin ise daha kısa olduğu görülmüştür (Chuntharapat 2008). Karaman'ın 2017 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasında, hareket özgürlüğü bulunan, yürüyüş ve pozisyon değişikliği yapan kadınların yapmayanlara göre doğum eylemi, toplam dilatasyon ve plasentanın atılma süresi daha kısa bulunmuştur. Ayrıca bu kadınların muayenelerinde fetal başın iniş seviyesi daha hızlı, 8 cm'ye kadar olan ağrı skalaları daha düşük, doğum sonu emzirme süresi daha fazla, bebeğe ilk temaslarının ise daha çabuk olduğu belirlenmiştir (Karaman 2017). Lawrence ve arkadaşlarının 2013 yılında yayımladıkları 5218 kadının incelendiği Cochrane sistematik derlemesine göre dik ve harekete izin veren pozisyonların doğumun birinci evresinin süresini yaklaşık 1 saat 22

dakika daha kısalttığı, sezaryen doğum yapma ve epidural analjezi alma oranlarını ise düşürdüğü belirtilmiştir (Lawrence 2013). Yılar'ın 2014 yılında yapmış olduğu doktora tezi çalışmasında ayak refleksolojisi uygulanan gebelerin doğumdaki ağrı puanları daha düşük, doğumun 2.evresinin süresi daha kısa olarak bulunmuştur (Yılar 2014). Mollamahmutoğlu ve arkadaşları (2012) hidroterapi alan kadınların doğumunun 2. ve 3. evresinin daha kısa sürdüğü, induksiyon ve epizyotomi ihtiyacının daha az olduğu sonucuna ulaşmıştır (Mollamahmutoğlu 2012). Tuncay'ın 2016 yılında yapmış olduğu yüksek lisans tezi çalışmasında, doğumun aktif evresinde hidroterapi alan kadınların almayan kadınlara göre servikal dilatasyonu 6-10 cm iken ağrı skorları, kontraksiyon şiddet ortalaması ve süresinin daha düşük, doğumun aktif faz süresi ile ikinci evre süresinin de daha kısa olduğu bulunmuştur (Tuncay 2016). Dong ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış oldukları bir çalışmada akupunktur uygulanan gebelerin doğumun aktif evresinin süresi ve doğum ağrısı skoru daha düşük bulunmuştur (Dong 2015). LI-4 ve SP-6 noktalarına uygulanan akupunkturun, doğum ağrısını azaltmada anlamlı olmadığı ancak doğumun süresini azalttığı bildirilmiştir (Asadi 2015). Doğumda kullanılan akupresür ve akupunktur yöntemlerinin karşılaştırılmasını içeren başka bir çalışmada akupunkturun doğum ağrısı, farmakolojik ajan kullanımı, müdahaleli doğum oranı ve doğumun süresini azalttığı, akupresürün ise doğumun süresi ve doğum ağrısını azalttığı bulunmuştur (Schalaeager 2016). Zhao ve arkadaşları (2017) akupunkturu doğum süresi ve doğum ağrısını azaltmada etkili bulmuştur (Zhao 2017). Yarıcı Atış ve Rathfish'in 2018 yılında yapmış oldukları bir çalışmada hipnoz yoluyla doğum yapan kadınların daha az doğum ağrısı ve korkusu yaşadıkları, doğumun ikinci ve üçüncü evrelerinin daha kısa sürdüğü sonucuna ulaşılmıştır (Yarıcı Atış 2018). Aromaterapi etkisinin incelendiği çalışmada doğum eyleminin süresini kısalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Vakilian 2013). Fei Chen ve arkadaşlarının 2018 yılında 17 çalışma inceledikleri meta analizde aromaterapinin doğum ağrısını ve süresini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Fei Chen 2018). Ahmad- Shirvani ve Ganji'nin 2016 yılında yapmış oldukları sıcak ve soğuk uygulamanın kıyaslandığı bir çalışmada sıcak uygulamanın ağrı skorlarını düşürdüğü, soğuk uygulamanın ise doğumun ikinci evresinin süresinin kısalmasına neden olduğu, her iki yöntemin memnuniyet düzeyleri açısından birbirine üstünlüğünün olmadığı bulunmuştur (Ahmad- Shirvani 2016).

Çalışmamızda masajın aktif fazın süresini etkilemediği, geçiş fazının süresini ise kısalttığı bulunmuştur. Ganji ve arkadaşlarının 2015 yılında yayımladıkları sistematik

derlemenin sonucunda masajın doğum ağrısını azaltmakta faydalı olduğu ancak doğum süresine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Ganji 2015). Bolbol-Haghighi ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada doğumda masaj terapisi uygulanan kadınlarda doğumun birinci ve ikinci aşamasının süresinin daha kısa olduğu ve bu kadınların yenidoğanlarının 1. ve 5. dakikadaki apgar değerlendirmesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bolvol-Haghighi 2016). Askari ve arkadaşlarının susam yağı ile yapılan sırt masajının doğum ağrısı ve süresine etkisini inceledikleri çalışmada, susam yağı ile yapılan masajın doğum ağrısını azalttığı ve süresini kısalttığı bulunmuştur (Askari 2016). Şanlı'nın yapmış olduğu çalışmada travayda ayak masajı uygulamasının, doğumun latent, aktif ve geçiş fazı ile birinci evresinin süresini etkilemediği ancak doğumun ikinci ve üçüncü evresinin süresini kısalttığı bulunmuştur (Şanlı 2018). Smith tarafından masaj, refleksoloji ve diğer yöntemlerin de incelendiği bir sistematik derlemede; ağrıyı azaltmada, doğumun süresini kısaltmada ve kadınların kontrol duygusunu ve doğumun duygusal deneyimini iyileştirmede, masajın önemli bir role sahip olduğu bildirilmiştir (Smith 2018).

Farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanması sırasında hareket özgürlüğü ve yerçekiminden faydalanmanın, doğumun süresini azaltmaya katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın gerçekleştiği hastanede gebelere sürekli elektro-fetal-monitorizasyon uygulanması ve aktif olarak oksitosinli mayi infüzyonun sağlanması sebebiyle gebeler yatağa bağımlı durumdadır. Gebelere kendi yataklarında oturur pozisyonda cihaza bağlı bir şekilde masaj uygulanması zaruriyetinden dolayı yerçekimi etkisinden faydalanma saf dışı bırakılmak zorunda kalmıştır. Gebelere doğum sürecinde epidosin türü ilaçlar uygulanması (5-6 cm servikal dilatasyon), oksitosinli mayi infüzyonunun hızı (gutt/dk) ve amniyotomi uygulanması doğum süresini etkileyen diğer faktörler arasındadır. Müdahalelerden kaynaklanan bu durum doğumun süresinin üç grup arasında değişken olmasının sebebi olarak gösterilebilir. Yapılan müdahalelerin masaj uygulamasını arka planda bırakması sebebiyle aktif faz ile geçiş fazı arasındaki sürenin masaj uygulamasından etkilenmediği söylenebilir. Geçiş fazı ile tam açıklık arasındaki süreçte gebenin ıkındırılması ve diğer müdahalelerin azalmış olması (amniyotomi ve epidosin türü ilaçların geçiş fazından önce uygulanmış olması) masaj uygulamasını arka planda bırakmadığı dolayısıyla geçiş fazı ile tam açıklık arasındaki

sürenin masaj uygulamasından etkilendiği, doğumun geçiş fazının süresinin masaj uygulanan gruplarda kontrol grubuna göre daha kısa sürdüğü söylenebilir.



SONUÇLAR

Bu çalışma, doğum sürecinde uygulanan mekanik masaj ve sıcak mekanik masajın algılanan doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın başında hipotezler oluşturulmuş ve oluşturulan hipotezler sınanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre;

1. Mekanik masaj, sıcak mekanik masaj ve kontrol gruplarındaki gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p > ,05$, Tablo 4-1).
2. Mekanik masaj, sıcak mekanik masaj ve kontrol gruplarındaki gebelerin obstetrik özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p > ,05$, Tablo 4-2, 4-3, 4-4, 4-5 ve 4-6).
3. Doğum eylemi ilerledikçe doğum ağrısı şiddeti ve VAS puanlarında artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-7).
4. Doğum eyleminin aktif fazında, sakral bölgeye uygulanan mekanik masajın doğum ağrı algısını etkilediği saptanmıştır (Tablo 4-7), (***H1 hipotezi doğrulanmıştır.***).
5. Doğum eyleminin geçiş fazında, sakral bölgeye uygulanan mekanik masajın doğum ağrı algısını etkilediği saptanmıştır (Tablo 4-7), (***H2 hipotezi doğrulanmıştır.***).
6. Doğum eyleminin aktif fazında, sakral bölgeye uygulanan sıcak mekanik masajın doğum ağrı algısını etkilediği saptanmıştır (Tablo 4-7), (***H3 hipotezi doğrulanmıştır.***).
7. Doğum eyleminin geçiş fazında sakral bölgeye uygulanan sıcak mekanik masajın doğum ağrı algısını etkilediği saptanmıştır (Tablo 4-7), (***H4 hipotezi doğrulanmıştır.***).
8. Doğum eyleminin aktif fazında, sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj ile sıcak mekanik masajın doğum ağrısı algısına etkisi arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-7), (***H5 hipotezi reddedilmiştir.***).
9. Doğum eyleminin geçiş fazında, sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj ile sıcak mekanik masajın doğum ağrısı algısına etkisi arasında

fark olduğu saptanmıştır. Mekanik masaj uygulamasının doğum ağrısı algısını azaltmada sıcak mekanik masaj uygulamasından daha etkin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-7), (**H6 hipotezi doğrulanmıştır.**).

10. Hastaneye kabulde -birinci- VAS değerlendirmesinde alınan VAS puanlarının ortalamaları açısından anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p > ,05$, Tablo 4-7).
11. VAS değerlendirmesi 3,4,5,6,7 ve 8'de mekanik masaj uygulanan grubun ağrı puanının en düşük, kontrol grubunun ağrı puanının en yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-7). Mekanik masaj uygulaması ve sıcak mekanik masaj uygulaması grubunun ağrı puanları kontrol grubundan daha düşüktür. Dolayısıyla masaj ağrı algısını azaltmaktadır. Mekanik masaj uygulaması ise sıcak mekanik masaj uygulamasına göre ağrıyı azaltmada daha etkilidir.
12. Doğum eyleminin birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan mekanik masajın doğum deneyimini etkilediği saptanmıştır (Tablo 4-8), (**H7 hipotezi doğrulanmıştır.**).
13. Doğum eyleminin birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak mekanik masajın doğum deneyimini etkilediği saptanmıştır (Tablo 4-8), (**H8 hipotezi doğrulanmıştır.**).
14. Doğum eyleminin birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan mekanik masaj ile sıcak mekanik masajın doğum deneyimine etkisi arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-8), (**H9 hipotezi reddedilmiştir.**).
15. Masaj uygulamalarına ilişkin dönütler arasında fark olduğu belirlenmiştir. Masajdan memnuniyet sıcak mekanik masaj grubunda daha yüksek olmakla birlikte; istatistiksel açıdan anlamlı değilken, masajı doğum ağrısını azaltmada etkili bulma, masajı başka gebelere önerme durumu, masajın doğumhanede her zaman uygulanmasını isteme durumu açısından sıcak mekanik masaj uygulaması, mekanik masaj uygulamasından daha fazla puan aldığı ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Ağrı puanlarını düşürmede mekanik masaj daha etkin bulunurken, memnuniyet açısından sıcak mekanik masaj,

mekanik masaja göre daha etkin olarak değerlendirildiği belirlenmiştir (Tablo 4-8, 4-9).

16. Her iki masaj yöntemi bütün olarak değerlendirildiğinde masaj uygulamasının ebe tarafından yapılmasının tercih edildiği belirlenmiştir (Tablo 4-10).

17. Masaj uygulamalarının 4 cm – 8 cm servikal dilatasyon (aktif faz-geçiş fazı) arasındaki süreye etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-11).

18. Masaj uygulamalarının 8 cm – 10 cm servikal dilatasyon (geçiş fazı-doğum) arasındaki süreyi kısalttığı belirlenmiştir (Tablo 4-11).



ÖNERİLER

Doğum sürecinde uygulanan mekanik masaj ve sıcak mekanik masajın algılanan doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi sonucunda;

1. Doğum eylemi, doğum ağrısı ve doğum ağrısının yönetiminde kullanılacak yöntemler ile mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj uygulaması konusunda gebelerin bilgilendirilmesi,
2. Gebe okulları/sınıflarında verilen doğum ağrısının yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler konusunun içerisine mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj uygulaması konusunun ilave edilmesi,
3. Doğum birimlerinde çalışan ebelere doğum ağrısı algısını azaltmak ve doğumdan memnuniyeti artırmak için doğum ağrısının yönetiminde mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj uygulamasının kullanımına yönelik hizmet içi eğitim ve kurs programlarının hazırlanması,
4. Mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj uygulamasının ayrı ya da kombine olarak doğum ağrısını azaltmada ve doğumdan memnuniyeti artırmada yaygın olarak kullanılmasının sağlanması,
5. Türkiye’de mekanik masaj ve sıcak mekanik masaj uygulamasına ilişkin daha fazla çalışma yapılması ve yapılacak çalışmalarda, bu yöntemlerin diğer farmakolojik olmayan yöntemlere entegre edilmesi

önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abalı, R., Metinoğlu, M., Akkuş, D., & Irmak, A., Y. (2016). Doğuma Hazırlık Ve Destek Sınıflarının Doğuma Etkisinin İncelenmesi. Namık Kemal Üniversitesi. Bilimsel Araştırma Projeleri. NKUBAP.00.20.AR.14.01 nolu proje.

Abbasi, M., Ghazi, F., Harrison, A. B., Sheikvatan, M., & Mohammadyari, F. (2007). The Effect of Hypnosis on Pain Relief During Labor and Childbirth in Iranian Pregnant Women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 57 (2), 174-183.

ACOG COMMITTEE OPINION. (2019). Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. Number 766.

Adams, J., Frawley, J., Steel, A., Broom, A., & Sibbritt, D. (2015). Use of Pharmacological And Non-Pharmacological Labour Pain Management Techniques And Their Relationship to Maternal And Infant Birth Outcomes: Examination of a Nationally Representative Sample of 1835 Pregnant Women. *Midwifery*. 31(4), s458-463.

Afey, N. A. F. A. El H., (2015). Effect of Ice Massage and Acupressure on Labor Pain and Labor Duration: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Natural Sciences Research*. 5(22).

Aguggia, M. (2003). Neurophysiology of Pain. *Neurological Sciences*. 24(2), 57-60.

Ahmad-Shirvani, M., & Ganji, J. (2016). Comparison of Separate and Intermittent Heat and Cold Therapy in Labour Pain Management. *Nursing Practice Today*. 3(4).

Akın, B. & Saydam, K., B. (2017). Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Yeni Bir Yaklaşım: Doğum Dansı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(3). 218-224.

Alghadir, A. H., & Fri. (2018). Test- Retest Reliability, Validty and Minimum Detectable Change of Visual Analog, Numerical Rating and Verbal Rating Scales for Measurement of Osteoarthritic Knee Pain. *Journal of Pain Research*. 11, 851-856.

Ali, Suad Abdul-Sattar Khudhur, and Hamdia Mirkhan Ahmed. (2018). Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor. *Pain Management Nursing*. 19(3). 288-294.

Alison, S. L., & Leonard, S. M. (2011). The Efficacy of Hypnosis as An Intervention for Labor and Delivery Pain: A Comprehensive Methodological Review. *Clinical Psychology Review*. 31(6), 1022-1031.

Alkan, E. & Aslantekin, Ö. F. (2017). Yoganın Gebelik, Doğum ve Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi. *Smyrna Tıp Dergisi*. 64-71.

Allameh, Z., Tehrani, H. G., & Ghasemi, M. (2015). Comparing the Impact of Acupuncture and Pethidine on Reducing Labor Pain. *Advanced Biomedical Research*. 4(46).

Almeida, N. A. M., De Sousa, J. T., Bachion, M. M., & Silveira, N. De A. (2005). Utilização de Técnicas de Respiração e Relaxamento Para Alívio de dor e Ansiedade no Processo de Parturição. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13(1),52-58.

Altıparmak, S., & Coşkun, A. M. (2016). Doğum Öncesi Verilen Eğitimin Gebenin Bilgi Düzeyi İle Memnuniyet Durumuna Etkisi. *Journal of Human Sciences*. 13(2), 2610-2624.

Altuntuğ, K., Cingil, D., & Ege, E. (2017). Gebelikte Yoga Yapmanın Doğum Süreci ve Gebenin Psikososyal Sağlığına Etkisi. *Türkiye Klinikleri Obstetric –Women’s Health and Diseases Nursing – Special Topics*. 3(2), 107-114.

Asadi, N., & Fri. (2015). Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*. 8 (5), 249-254.

Askari, M., Alavi, A., & Dashtinezhad, E. (2016). Effect of Back Massage with Sesames Oil on Pain and Length of Delivery in Primiparous Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 18 (183), 12-19.

Avcıbay, B. & Alan, S. (2011). Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(3).

AWHONN. (2016). Leading Nursing Journal Explores Importance of Normal Physiologic Childbirth.

Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 3(2), s37-48.

Basbaum, A.I., & Fields, H. L.(1978). Endogenous Pain Control Mechanism: Review and Hypothesis. *Annals of Neurology*.4(5), 451-462.

Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., Maia, N. De L., & Gabrielloni, M. C. (2013). Banho Quente de Aspersao, Exercisios Perineais Com Bola Suiça E Dor No Trabalho De Parto. *Acta Paulista De Enfermagem*. 26(5).

Barrera, F. J., & Fri. (1994). Self- Injur, Pain and The Endorphin Theory. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 6(2), 169-192.

Baylis, A., Chapman, K., & Whitehill, T. (2015). Validity and Reliability of Visual Analog Scaling for Assesment of Hypernasality and Audible Nasal Emission in Children with Repaired Cleft Plate. *The Cleft Palate- Cramiofacial Journal*. 52(6), 660-670.

Beevi, Z., Yun Low, W., & Hassan, J. (2017). The effectiveness of Hypnosis Intervention for Labor: An Experimental Study. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 60 (2), 172-191.

Benfield, R. D., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2018). Culture, Bathing and Hydrotherapy in Labor: An Exploratory Descriptive Pilot Study. *Midwifery*. 64, 110-114.

Benfield, R. D., Herman, J., Katz, V. L., Wilson, S. P., & Davis, J. M. (2001). Hydrotherapy in Labor. *Research in Nursing & Health*. 24 (1), 57-67.

Benfield, R. D., Hortobagyi, T., Tanner, C. J., Swanson, M., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2010). The Effects of Hdyrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses and Contraction Dynamics During Labor. *Biological Research For Nursing*. 12 (1), 28-36.

Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-Based Labor and Delivery Management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 199(5), s445-454.

Bijur, P.E., Silver, W., & Gallagher, E. J. (2001). Reliability of The Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. *Academic Emergency Medicine*. 8(12).

Bird, M. L., & Fri. (2016). Accuracy, Validity and Reliability of An Electronic Visual Analog Scale for Pain on A Touch Screen Tablet in Healthy Older Adults: A Clinical Trial. *Interactive Journal of Medical Research*. 5(1).

Bodian, C. A., Freedman, G., Hossain, S., Eisenkraft, J. B., & Beilin, Y. (2001). The Visual Analog Scale for Pain: Clinical Significance in Postoperative Patients. *Anesthesiology*. 95, 1356-1361.

Bohren, M, A., Hofmeyr, G, J., Sakala, C., Fukuzawa, R, K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous Support For Women During Childbirth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*.

Bolbol-Haghighi, N., Masoumi, S. Z., & K, F. (2016). Effect of Massage Therapy on Duration of Labour: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*. 10(4), 12-15.

Bonapace, J., Gagné, G., Challet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No.355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to Its Management. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada*. 40(2), s227-245.

Brown, H. L. (2017). Management of Normal Labor. *MSD Manual Professional Version*.

Brown, S. T., Douglas, C., & Flood, L. P. (2001). Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used during Labor. *Journal of Perinatal Education*, 10(3), 1-8.

Browning, C. A. (2000). Using Music During Childbirth. *Birth*. 27(4).

Buchsbaum, M. S., & Fri. (1981). Opiate Pharmacology and Individual Differences. I. Psychophysical Pain Measurements. *Pain*. 10(3), 357-366.

Bülez, A. (2017). (Dnş: Neriman Soğukpınar). Antenatal Dönemde Verilen Hipnoz İle Doğum (Hipnobirthing) Eğitiminin Doğum Ağrısı Ve Korkusu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir*.

Büyük, G. N., Kahyaoğlu, S., Turgut, E., Yumuşak, O. H., Köse, C., & Üstün, Y. (2018). Immersion in Water During Active Labor Decreases Hematocrit Fall Following Vaginal Delivery. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*. 24.

Caton, D., Corry, M.P., Frigoletto, F.D., & friends. (2002). The Nature and Management of Labor Pain: Executive Summary. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186(5), s1-15.

Chaillet, N., Belaid, L., Crochetiere, C., Roy, L., G-P., Moutquin, J.M., et al. (2014). Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis. *Birth*, 41(2), 122-137,

Chang, K. P. (2016). Perceptions And Experiences Of Pregnant Chinese Women In Hong Kong On Prenatal Meditation: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Education And Practice*. 6(3).

Chang, M. Y., Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2002). Effects of Massage on Pain and Anxiety During Labour: A Randomized Controlled Trial in Taiwan. *J Adv Nurs*. 38(1). 68-73.

Charlton, J. E. (2005). Pain And Pregnancy And Labor. *Core Curriculum For Professional Education In Pain*.

Chen, J. (2011). History of Pain Theories. *Neuroscience Bulletin*. 27(5), 343-350.

Chen, P. J., Yang, L., Chou, C. C., Li, C. C., Yu, C. C., & Liaw, J. J. (2017). Effects of Prenatal Yoga on Women's Stress and Immune Function Across Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Therapies In Medicine*. 31, 109-17.

Cheng, Y. W., & Caughey, A.B. (2017). Defining and Managing Normal and Abnormal Second Stage of Labor. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 44(4), 547-566.

Chughtai, A., Navaee, M., Alijanvand, M. H., & Yaghoubinia, F. (2018). Comparing the Effect of Aromatherapy with Essential Oils of Rosa Damascena and Lavender Alone and in Combination on Severity of Pain in the First Phase of Labor in Primiparous Women. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*. 5(4), 312-319.

Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., & Hatthakit, U. (2008). Yoga during Pregnancy: Effects on Maternal Comfort, Labor Pain and Birth Outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 14(2). 105-115.

Cohen, S. R., & Fri. (1997). Validity of The McGill Quality of Life Questionnaire in The Paliative Care Setting: A Multi-Centre Canadian Study Demonstrating the Importance of The Existential Domain. *Palliative Medicine*.

Corey Brown, D., & Corydon Hammond, D. (2006). Evidence-Based Clinical Hypnosis for Obstetrics, Labor and Delivery and Preterm Labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 55(3), 355-371.

Coşar, F. (2012). (Dnş: Nurdan Demirci). Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı Ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Coşar, F., & Demirci, N. (2012). Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı Ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi*. 3 (1).

Coşkun, A. (2012). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları – SANERC Kitapları:3; 196.

Cui, J. Z., Geng, Z. S., Zhang, Y. H., Feng, J. Y., Zhu, P., & Zhang, X. B. (2016). Effects of Intracutaneous Injections of Sterile Water in Patients With Acute Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*.

Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., & Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for Pain Relief in Labpur and Childbirt: A Systematic Review. *British Journal of Anaesthesia*. 93(4), 505-511.

Çalık, Yeşilçiçek, K. & Kömürcü, N. (2014). SP6 Noktasına Akupresür Uygulanan Gebelerin Doğum Eylemine ve Akupresür Uygulamasına İlişkin Görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(1). 29-37.

Dehcheshmeh, S. F., & ark. (2009). Relief of Labor Pain by Ice Massage of Hand. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 11 (1).

Dehcheshmeh, S. F., & Hossein, R. (2015). Complementary and Alternative Therapies to Relieve Labor Pain: A Comparative Study Between Music Treapy and Hoku Point Ice Massage. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 21(4). 229-232.

Demir, N. (2018). Ülkemizdeki Doğumlarda Medikalizasyon Nasıl Azaltılır?. 1. Uluslararası, 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi.

Dengsangluri., Salunkhe, J. A. (2015). Effect of Breathing Exercise in Reduction of Pain during First Stage of Labour among Primigravidas. *International Journal of Health Sciences and Research*. 5(6).

Derry, S., Straube, S., Moore, R. A., Hancock, H., & Collins, S. L. (2012). Intracutaneous or Subcutaneous Sterile Water Injection Compared With Blinded Controls for Pain Management in Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Dhany, A. L., Mitchell, T., & Foy, C. (2012). Aromatherapy and Massage Intrapartum Service Impact on Use of Analgesia and Anesthesia in Women in Labor: A Retrospective Case Note Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 18(10).

Dolatian, M. & ark. (2011). The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas. *Iran Red Crescent Medical Journal*. 13(7). 475-479.

Dong, C., Hu, L., Liang, F., & Songying Z. (2015). Effects of Electro-Acupuncture on Labor Pain Management. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 291 (3), 531-536.

Durmaz, A., Kömürcü, N. (2015). Doğum Ağrısının Yönetiminde Non-Farmakolojik Yöntemler: Sistematik İnceleme. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs- Special Topics*. 1(3). 48-63.

Eisenach, J. (2010). Neurophysiology of Labor Pain. *European Society of Anaesthesiology*.

Elmas, S., Yeyğel, Ç., & Saruhan, A. (2017). Doğum Öncesi Eğitim Modelleri Eşliğinde Doğal Doğum. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20(4), 299-303.

Erkek, Yılar, Z. & Pasinlioğlu, T. (2017). Doğum Ağrısında Alternatif Bir Yöntem: Ayak Refleksolojisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 4(1). 53-61.

Eroğlu, A., & Arslan, S. (2018). Yenidoğanda Ağrının Algılanması, Değerlendirilmesi ve Yönetimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 8(1), 52-60.

Ertopçu, K. (2018). Pozitif Doğum Eylemi İçin DSÖ 2018 Önerileri. 1. Uluslararası, 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi.

Fahami, F., Behmanesh, F., Valiani, M., & Ashouri, E. (2011). Effect of Heat Therapy on Pain Severity in Primigravida Women. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 16(1), 113-116.

Fakari, F. R., & Fri. (2015). Effect of Inhalation of Aroma of Geranium Essence on Anxiety and Physiological Parameters during First Stage of Labor in Nulliparous Women: A Randomized Clinical Trial. Journal of Caring Sciences. 4(2), 135-141.

Fakari, F. R., Tabatabaeichehr, M., & Mortavazi, H. (2015). The Effect of Aromatherapy by Essential Oil of Orange on Anxiety during Labor: A Randomized Clinical Trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 20(6), 661-664.

Farag, A. H., Khaled, S. M., & Mohammed, M. M. (2015). Intracutaneous Sterile Water Injections for Relief of Back Pain during Labor. Medical Journal of Cairo University. 83(1), 401-408.

Fard, H. M. & ark. (2012). Comparing the Effect of Two Methods of Acupressure and Ice Massage on the Pain, Anxiety Levels and Labor Length in the Point LI-4. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 20(2). 220-289.

Farrar, J. T., Troxel, A. B., Stott, C., Duncombe, P., & Jensen, M.P. (2008). Validity, Reliability and Clinical Importance of Change in a 0-10 Numeric Rating Scale Measure of Spasticity: A Post Hoc Analysis of A Randomized, Double- Blind, Placebo-Controlled Trial. Clinical Therapeutics. 30(5), 974-985.

Fathi, Najafi, T., Latifnejad, Roudsari, R., & Ebrahimipour, H. (2017). The Best Encouraging Person in Labor: A Content Analysis of Iranian Mothers' Experiences of Labor Support. PLoS ONE. 12(7).

Fei Chen, S., & Fri. (2018). Labor Pain Control by Aromatherapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Women and Birth*.

Ferreira-Valenta, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of Four Pain Intensity Rating Scales. *Pain*, 152(10), 2399-2404.

Fogarty, V. (2008). Intradermal Sterile Water Injections for the Relief of Low Back Pain in Labour – A Systematic Review of the Literature. *Women and Birth*. 21(4), 157-163.

Fouly, H., Herdan, R., Habib, D., & Yeh, C. (2018). Effectiveness of Injecting Lower Dose Subcutaneous Sterile Water Versus Saline to Relief Labor Back Pain: Randomized Controlled Trial. *European Journal of Midwifery*. 2(3).

Funai, E. F., & Norwitz, E., R. (2017). Management of Normal Labor and Delivery. *UpToDate*.

Ganji, J., Jafari, Z., & Keramat, A. (2015). The Effectiveness of Massage on Labor Pain and Duration of Labor: Systematic Review. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 18(158), 19-27.

Ganji, Z., Shirvani, M. A., Rezaei-Abhari, F., & Danesh, M. (2013). The Effect of Intermittent Local Heat and Cold On Labor Pain and Child Birth Outcomes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 18(4), 298-303.

Gaskin, I. M. (2015). *INA MAY'ın Doğuma Hazırlık Rehberi*. İstanbul: Sinek Sekiz Yayınevi, 185-367.

Gavin, N. R., Kogutt, B. K., Fletcher, W., & Szymanski, L. M. (2018). Fetal and Maternal Responses to Yoga In The Third Trimester. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*.

Gayeski, M. E., Brüggeman, O. M., Monticelli, M., & dos Santos, E. K. A. (2015). Application of Nonpharmacologic Methods to Relieve Pain during Labor: The Point of View of Primiparous Women. *Pain Management Nursing*, 16(3), 273-84

Genç Koyucu, R., Demirci, N., Ender Yumru, A., Salman, S., Ayanoğlu, Y. T., Tosun, Y., & Tayfur, C. (2018). Effects of Intradermal Sterile Water Injections in Women with Low Back Pain in Labor: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Balkan Medical Journal*. 35(2), 148-154.

Ghani, R. M. A. (2014). Effect of Heat and Cold Therapy During The First Stage of Labor on Women Perception of Birth Experience: A Randomized Controlled Trial. *Journal Biology, Agriculture and Healthcare*. 4(4).

Ghiasi, A., Bagheri, L., & Haseli, A. (2019). A Systematic Review on the Anxiolytic Effect of Aromatherapy during the First Stage of Labor. *Journal of Caring Sciences*. 8(1), 51-60.

Gonzalez, M. N., Trehan, G., & Kamel, I. (2016). Pain Management During Labor Part I: Pathophysiology of Labor Pain and Maternal Evaluation for Labor Analgesia. *Topics in Obstetrics & Gynecology Practical CME Newsletter for Clinicians*. 36 (11).

Gönenç, M. İ. (2013). (Dnş: FüsünTerzioğlu). Doğum Ağrsının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrsına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

Gönenç, M. İ. & Çakırcı, Çalbayram, N. (2017). Gebelerin, Gebe Okulu Programı Hakkındaki Görüşleri ve Eğitim Sonrası Deneyimleri. *Journal of Human Sciences*. 14(2).

Gönenç, M. İ., & Terzioğlu, F. (2012). Doğum Ağrsının Yönetiminde Kullanılan Masaj Ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*.1(3). 129-143.

Güleç Şatır, D., Ünsal Atan, Ş., Taner, A., & Gün, S. (2018). Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Doğal Doğum ve Doğumda Uygulanan Müdahalelere İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 15(4), 222-227.

Hajiamini, Z., & ark. (2012). Comparing the Effects of Ice Massage and Acupressure on Labor Pain Reduction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 18 (3). 169-172.

Hamdamian, S., & Fri. (2018). Effects of Aromatherapy with Rosa Damascena on Nulliparous Women's Pain and Anxiety of Labor during First Stage of Labor. *Journal of Integrative Medicine*. 16(2), 120-125.

Hamlacı, Y. (2013). (Dnş: Saadet Yazıcı).LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Harrington, L. (2008). Normal Labor and Delivery. The Global Library of Women's Medicine.

Hashemi, Z.S., & ark. (2012). The Effect on Massage on Intensity and Duration of Labor Pain Primigravida Women in Zabol Amiralmoemenin Hospital. Journal of Zabol University of Medical Sciences and Health Services. 4(1). 85-93.

Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of Adult Pain. Arthritis Care & Research. 63, s240-252.

Hodnett, D, E., Gates, S., Hofmeyr, G, J., & Sakala, C. (2013). Continuous Support For Women During Childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Hosseini, S. E., Bagheri, M., & Honarparvaran, N. (2013). Investigating the Effect of Music on Labor Pain and Progress in The Active Stage of First Labor. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 17, 1479-1487.

Höbek Akarsu, R., Tuncay, B., & Yüzer Alsaç, S. (2017). Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıta Dayalı Uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(4), 275-279.

Hu, J., Brettle, A., Jiang, Z., & Zeng, Y. (2017). A systematic review and meta-analysis of the effect of massage therapy in pain relief during labor. Journal of Nursing. 6(4).1-14.

Hutton, E. K., Kasperink, M., Rutten, M., Reitsma, A., & Wainman, B. (2009). Sterile Water Injection For Labour Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 116(9).

IASP Terminology <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698> 06.01.2019

ICM (2017). Appropriate Maternity Services For Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period.

Iliadou, M. (2012). Supporting Women In Labour. Health Science Journal. 6 (3).

İpek, A. (2014). (Dnş: Gülşen Eryılmaz). Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Janssen, P., Shroff, F., & Jaspar, P.(2013). Massage Therapy and Labor Outcomes: A Randomized Controlled Trial. Int J Ther Massage Bodywork. 6(1). 25.

Kamalifard, M., et all. (2012). The Efficacy of Massage Therapy and Breathing Techniques on Pain Intensity and Physiological Responses to Labor Pain. J Caring Science. 1(2). 73-78.

Karabulutlu, Ö. (2014) . Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. DergiPark, 1(1), 43-50.

Karaçam, Z. & Akyüz, E., Ö. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 19 (1), s45-53.

Karaman, Ö. E. (2017). (Dnş: Hatice Yıldız). Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Doktora Tezi, İstanbul.

Karami, K. N., Safarzadeh, A. & Fathizadeh, N.(2007). Effect on Massage Therapy on Severity of Pain and Outcome of Labor in Primipara. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 12(1).6-9.

Kashanian, M., Javadi, F., & Haghighi, M, M. (2010). Effect of Continuous Support During Labor on Duration of Labor and Rate of Cesarean Delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 109(3), 198-200.

Katz, J., & Rosenbloom, B. N. (2015). The Golden Anniversary of Melzack and Wall's Gate Control Theory of Pain: Celebrating 50 Years of Pain Research And Management. Pain Research And Management. 20(6).

Khavandizadeh, A., & ark. (2014). The Effects of Massage during Labor on Pain and Lenght of Delivery in Nulliparous Women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 16(83).15-20.

Kheirkhah, M., Vali Pour, N. S., Nisani, L., & Haghani, H. (2014). Comparing the Effects of Aromatherapy with Rose Oils and Warm Foot Bath on Anxiety in the First Stage of Labor in Nulliparous Women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 16 (9).

Köksal, Ö., Duran, Taşçı, E. (2013). Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. *DEUHYO ED*, 6 (3), 144-148.

Kömürcü, N. (2012). Akış Şemaları İle Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. *Nobel Tıp Kitabevleri*.

Kömürcü, N. (2013). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. *Nobel Tıp Kitabevleri*.

Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. *Reviews In Pain*. 2(2), 15-19.

Labrague, L. J., Rosales, R. A., Rosales, G. L., & Fiel, G. B. (2013). Effects of Sooting Music on Labor Pain Among Filiğino Mothers. *Clinical Nursing Studies*. 1(1).

Lagrew, D. C., Low, L. K., Brennan, R., & friends. (2018). National Paternship for Maternal Safety:Consensus Bundle on Safe Reduction of Primary Cesarean Births-Supporting Intended Vaginal Births. *Obstetrics & Gynecology*. 131 (3), s503-513.

Lakhan, S. E., Sheaffer, H., & Tepper, D. (2016). The Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Pain: A Systmatic Review and Meta-Analysis. *Pain Research and Treatment*. 13.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal Position and Mobility During First Stage Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Leap, N., Dodwell, M., & Newburn, M. (2010). Working With Pain In Labour. An Overview of Evidence. *New Digest NCT*.

Lee, K.J., Chang, C. J. & Jo, H.S. (2003). Effects of Full Body Massage on Labor Pain and Delivery Stress Reaction for Primipara during Labor. *Korean J Women Health Nurs*. 9(3). 224-234.

Lee, M.K., Chang, S.B., & Kang, D. H. (2004). Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women During Labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 10(6). 959-965.

Lee, M. K. & Hur, M. H. (2011). Effects of the Spouse's Aromatherapy Massage on Labor Pain, Anxiety and Childbirth Satisfaction for Laboring Women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 17(3). 195-204.

Lee, N., Kildea, S., & Stapleton, H. (2017). No Pain No Gain: The Experience of Women Using Sterile Water Injections. *Women and Birth*. 30 (2), 153-158.

Lee, S., Liu, C., Lu, Y., & Gau, M. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 42 (1), 19-28.

Leeman, L., Fontaine, P., Kral, V., Klein, M.C., & Ratcliffe, S. (2003). The Nature and Management of Labor Pain: Part I. Nonpharmacologic Pain Relief. *American Family Physician*. 68(6), s1109-1112.

Lothian, J. A. (2008). The Purpose and Power of Pain in Labor. *Guide to a Healthy Birth*.

Lowe, N. K. (1996). The Pain and Discomfort of Labor and Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 25 (1), s82-92.

Lowe, N.K., (2002). The Nature of Labor Pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186(5), s16-24.

Lunda, P., Minnie, C, S., & Benadé, P. (2018). Women's Experiences Of Continuous Support During Childbirth : A Meta- Synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (167).

Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2016). Hypnosis for Pain Management during Labor and Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Makvandi, S., Masoumeh, M., Najmabadi, K. M., & Sadeghi, R. (2016). A Review of Randomized Clinical Trials on the Effect of Aromatherapy with Lavender on Labor Pain Relief. *Nursing & Care Open Access Journal*. 1(3).

Mamuk, R., Davas, N, İ. (2010). Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 44;137-144

Mamuk, R. (2017). (Dnş: Nevin Hotun Şahin). Lumbosakral Bölgeye Uygulanan Intradermal Steril Su Enjeksiyonunun Doğumda Ağrı Algısına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Marchand, S. (2008). The Physiology of Pain Mechanism: From The Periphery to The Brain. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 34(2), 285-309.

Mardliyana, N. E., Raden, A., & Hani, U. (2017). Effect of Ice Gel Compress Towards Labor Pain During Active Phase Stage I at Private Midwifery Clinics in Surabaya City Area. *Majalah Obstetri & Ginekologi*. 25 (1).

Martensson, L. B., Hutton, E. K., Lee, N., Kildea, S., Gao, Y., & Bergh, I. (2018). Sterile Water Injections for Childbirth Pain : An Evidenced Based Guide to Practice. *Women and Birth*. 31(5), 380-385.

Mathew, A. M., & Francis, F. (2016). Effectiveness of Foot Reflexology in Reduction of Labour Pain Among Mothers in Labour Admitted at PSG Hospital, Coimbatore. *International Journal of Nursing Education*. 8(3).

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods. *Pain*. 1(3), 277-299.

Melzack, R., & Katz, J. (2013). McGill Pain Questionnaire. *Encyclopedia of Pain*. 1792-1794.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*. 150(3699).

Mete, S., & Ertuğrul, S., & Uludağ, E. (2015). Bir Doğuma Hazırlık Eğitim Programı “Doğumda Farkındalık”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 8(2), 131-141.

McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008). A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth*. 35 (2).

Milton, S.H. (2017). *Normal Labor and Delivery*. Medscape.

Moayedi, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of Pain: From Specificity to Gate Control. *Journal of Neurophysiology*. 109 (1), 5-12.

Moghimi-Hanjani, S., Mehdizadeh-Tourzani, Z., & Shoghi, M. (2015). The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. *Acta Medica Iranica*. 53(8).

Moghimi-Hanjani, S., Mehdizadeh-Tourzani, Z., Shoghi, M., & Ahmadi, G. (2013). Effect of Foot Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparous. *Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 14(2),166-171.

Mollamahmutoğlu, L, Moraloğlu, Ö., Özyer, Ş., Akın Su, F., Karayalçın, R., Hançerlioğlu, N., Uzunlar, Ö., & Dilmen, U. (2012). The Effects of Immersion in Water on Labor, Birth and Newborn and Comparison with Epidural Analgesia and Conventional Vaginal Delivery. *Journal of The Turkish-German Gynecological Association*. 13 (1), 45-49.

Moralar, Genç, D. ve ark. (2011). Doğum Analjezisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 27(1), 5-11.

Mortazavi, S. H. Ve ark. (2012). Effects of Massage Therapy and Presence of Attendant on Pain, Anxiety and Satisfaction during Labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 286(1). 19-23.

Myles, P. S., Troedel, S., Boquest, M., & Reeves, M. (1999). The Pain Visual Analog Scale: Is It Linear or Nonlinear? *Anesthesia & Analgesia*. 89(6), 1517.

Namazi, M., & Fri. (2014). Aromatherapy With Citrus Aurantium Oil and Anxiety During the First Stage of Labor. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 16(6).

NICE (2014). Intrapartum Care For Healthy Women And Babies. *Clinical Guidline*.

NICE (2015). Intrapartum Care. *Quality Standart*.

Nikula, P., Laukkala, H., & Pölkki, T. (2015). Mother's Perceptions of Labor Support. *MCN, The American Journal of Maternal/ Child Nursing*. 40 (6), 373-380.

Ohlsson, G., Buchhave, P., Leandersson, U., Nordström, L., Rydhström, H., & Sjölin, L. (2001). Warm Tub Bathing During Labor: Maternal and Neonatal Effects. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 80 (4), 311.

Onat Bayram., G., & Hotun Şahin, N. (2010). Doğuma Hazırlık Eğitim Modelleri ve Güncel Yaklaşımlar. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 7(3), 36-42.

Ondeck, M. (2007). Healthy Birth Practice: Walk, Move Around and Change Position Throughout Labor. The Journal of Perinatal Education. 23(4).

Oksuz, E., Mutlu, E. T., & Malhan, S. (2007). Nonmalignant Chronic Pain Evaluation in The Turkis Population as Measured by the McGill Pain Questionnaire. Pain Practice. 7(3).

Özkan, B., Çeber Turfan, E., & Yaşaroğlu Toksoy, S. (2016). Ebelik Uygulama Standartları. Ankara Vize Yayıncılık. Bölüm 3. Sayfa 249-251.

Özkan, Z. (2012). (Dnş: Gülçin Bozkurt). Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Öztürk Can, H., Yücel, U. & Hadımlı, A. (2018). Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 1-32.

Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 83-92.

Pan, W. L., Gau, M. L., Lee, T. Y., Jou, H. J., Liu, C. Y., & Wen, T. K. (2018). Mindfulness- Based Programme on the Psychological Health of Pregnant Women. Women and Birth. 32(1), 102-109.

Park, H-J., & Sung, M-H. (2017). Effects on Music Therapy on Stress of Preterm Labor and Uterine Contraction in Pregnant Women with Preterm Labor. Korean Journal of Women Health Nursing. 23(2). 109-116.

Patterson, J. A., Nippita, T., Randall, D. A., Irving, D. O., & Ford, J. B. (2018). Outcomes of Subsequent Pregnancy Following Obstetric Transfusion in a First Birth. PLOS ONE. 13(9).

Payendah, M., Nassiri, M., Nahidi, F., & Fouladi, A. (2017). Comparison of Effects of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation with those of Pharmaceuyical Hyoscine- Promethazine Compound on Pain Intenstiy During the Firsrt Phase of Labor. The Journal of Urmia University of Medical Sciences, 28 (9), 582-588.

Penny, P., Simkin P. T. & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic Relief of Pain during Labor: Systematic Reviews of Five Methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186(5). 131-159.

Phumdoung, S., & Good, M. (2003). Music Reduces Sensation and Distress of Labor Pain. *Pain Management Nursing*. 4 (2), 54-61.

Putri Saudia, B. E., Murti Kisid, K., Andarini, S., & Mustofa, E. (2018). The Effects of Yoga Exercise on Lipid Peroxidation and Antioxidant Status In Pregnant Women. *Indian Journal of Medical Specialities*. 9 (2), 65-68.

Quittan, M., & Fri. (2016). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) In Patients With Pregnancy- Induced Low Back Pain And/Or Pelvic Girdle Pain. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kuror*. 26(02), 91-95.

Rajiani, I., & Fri. (2019). Application of Digital Rubbing Massage in Pain Level, Comfort and Duration of Labor Phase. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 10(1), 391-395.

Ranjbaran, M., et all. (2017). Effect of Massage Therapy on Labor Pain Reduction in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 22(4). 257-261

Rastegarzade, H., Abedi, P., Valiani, M., & Haghighi, M. H. (2015). The Effect of Auriculotherapy on Labor Pain Intensity in Nulliparous Women. *JAP*. 6(3), 54-63.

Rathfisch, G. (2015). Gebe Eğitiminde Yoga ve Meditasyon. *Türkiye Klinikleri Obstetric – Women's Health and Diseases Nursing – Special Topics*. 1(1), 53-59.

Regis, M. M.,& Fri. (2017). The Effect of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) and Cryotherapy in the Relief of Pain During Labor. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*. 15(461).

Rhoades, J. S., & Cahill, A. G. (2017). Defining and Managing Normal and Abnormal First Stage of Labor. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 44(4), 535-545.

Rowlands, S., & Permezel, M. (1998). Physiology of Pain in Labour. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 12(3), s347-362.

Rozbahani. (2015). The Effect of Rose Water Aromatherapy on Reducing Labor Pain in Primiparous Women. *Repository of Research and Investigative Information Complementary Medicine Journal of Faculty of Nursing & Midwifery*. 5(1), 1042-1053.

Sağlam, A. A. (1996). Ağrı Blokajında Akupunkturun Nörofizyolojik ve Biyokimyasal Mekanizmaları. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 6(2), 97-102.

Samadi, P., Alipour, Z., & Lamyian, M. (2018). The Effect of Acupressure at Spleen 6 Acupuncture Point on the Anxiety Level and Sedative and Analgesics Consumption of Women During Labor: A Randomized, Single-Blind Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 23(2), 87-92.

Santana, L. S., & Fri. (2016). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) Reduces Pain And Postpones The Need For Pharmacological Analgesia During Labour: A Randomised Trial. *Journal Of Physiotherapy*. 62(1), 29-34.

Satyapriya, M., Nagendra, H. R., Nagarathna, R., & Padmalatha, V. (2009). Effect Of Integrated Yoga On Stress And Heart Rate Variability In Pregnant Women. *International Journal Gynaecology & Obstetrics*. 104(3), 218-222.

Sayın, D. S. (2015). Doğum Ağrısının Doğası ve Mekanizması. *Türkiye Klinikleri J Obstet Women Health Dis Nurs- Special Topics*. 1(3). 1-5.

Schalaeger, J. M., & Fri. (2016). Acupuncture and Acupressure in Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 62(1).

Selman, T., & Johnston, T. (2013). Mechanisms and Management of Normal Labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 23(7), 208-213.

Shahoei, R., & Fri. (2017). The Effect Of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation On The Severity Of Labor Pain Among Nulliparous Women : A Clinical Trial. *Complementary Therapies In Clinical Practice*. 28, 176-180.

Shirvani, M. A., & Jija, G. (2013). The Influence of Cold Pack on Labour Pain Relief and Birth Outcomes: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical Nursing*. 23,(17-18).

Silva, G. RB., et all. (2013). Massage Reduced Severity of Pain during Labour: A Randomised Trial. *J Physiother.* 59(2). 109-116.

Simavlı, S., Gümüő, İ., Kaygusuz, İ., Yıldırım, M., Usluoğulları, B., & Kafalı, H. (2014). Effect of Music on Labor Pain Relief, Anxiety Level and Postpartum Analgesic Requirement: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation.* 78, 244-250.

Simavlı, S., Kaygusuz, İ., Gümüő, İ., Usluoğulları, B., Yıldırım, M., & Kafalı, H. (2014). Effect of Music Therapy During Vaginal Delivery on Postpartum Pain Relief and Mental Health. *Journal of Affective Disorders.* 156, 194-199.

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 49(6). 489-504.

Smith, C.A., & ark. (2018). Massage, Reflexology and Other Manual Methods for Pain Management in Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Sukanuma, M. (2018). Relaxation Techniques for Pain Management in Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*

Steer, P., & Caroline, F. (1999). ABC of Labour Care: Physiology and Management of Normal Labour. *TheBMJ.*

Suarez, A. B., & Fri. (2018). Satisfaciton in the Management of Pain During Labour With The Use of Transcutaneous Nerve Stimulation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* 61, 476.

Suarez, A. B., & Fri. (2019). Evaluation of The Effectiveness of Transcutaneous Nerve Stimulation during Labor in Breech Presentation: A Case Series. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.*

Sydsjö, G., & Fri. (2015). Effects of Continuous Midwifery Labour Support For Women With Severe Fear of Childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirh.* 15 (115).

Şanlı, Y. (2018). (Dnş: İlkay Güngör). Travayda Gebey Uygulanan Ayak Masajının Doğum Sürecine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı.

Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdolahian, S., & Ghavi, F. (2016). Birth Ball or Heat Therapy? A Randomized Controlled Trial to Compare The Effectiveness of Birth Ball Usage With Sacrum-Perineal Heat Therapy in Labor Pain Management. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 24, 99-102.

Taghinejad, H., Delpisheh, A., & Suhrabi, Z.(2010). Comparison between Massage and Music Therapies to Relieve the Severity of Labor Pain. *Women's Health*. 6(3). 377-381.

Tanvisut, R., Kuntharee, T. & Tongsong, T. (2018). Efficacy of Aromatherapy for Reducing Pain During Labor: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 297 (5), 1145-1150.

Taşçı, E., Sevil, Ü. (2007). Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*. 17 (3).

Taşkın, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 7.Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 85-93.

Tektaş, E., Akay, N., Mak, A., Ay, F. (2016). Vajinal Doğumda Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Yöntemler ve Masajın Etkisi: 2000-2015 Yılları Tez Sonuçları

TNSA (2014, Kasım). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 17.04.2019, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

Todd, N. (2017). Pregnancy and The Stages of Labor and Childbirth. WebMD.

Tournaire, M., & Theau- Yonneau, A. (2007). Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief during Labor. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 4(4). 409-417.

Traci, C. J. (2017). Normal Labor and Delivery Process. WebMD.

Treede, R. D. (2006). Chapter 1 Pain and Hyperalgesia: Definitions and Theories.. *PAIN*. 3-7.

Treede, R. D. (2016). Gain Control Mechanisms In The Nociceptive System. PAIN. 157 (6).

Trout, K. K. (2004). The Neuromatrix Theory of Pain: Implications for Selected Nonpharmacologic Methods of Pain Relief for Labor. Journal of Midwifery & Women's Health. 49(6). 482-488.

Tulgar, M., Arslan, A., & Kalkan, E. (1998). Ağrı ve Nörostimülasyon. Van Tıp Dergisi. 5(4).

Tuncay, S. (2016). (Dnş: Sena Kaplan). Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Türkmen, H. (2017). (Dnş: Nazan Tuna Oran). Masaj ve Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Konfora Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.

Tzeng, Y. L., & Su, T. J.(2008). Low Back Pain during Labor and Related Factors. J Nurs Res. 16 (3). 231-241.

Uludağ, E., & Mete, S. (2014). Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 3(2), 22-29.

Uyar, M., & Köken, İ. (2017). Kronik Ağrı Nörofizyolojisi. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi. 16, 70-76.

Ünalımış, E. S., Yanıkerem, E., & Goker. A. (2017). Effects of Low Back Massage on Perceived Birth Pain and Satisfaction. Complementary Therapies in Clinical Practice. 28. 169-175.

Vakilian, K., & Keramat, A. (2013). The Effect of the Breathing Technique with and without Aromatherapy on the Length of the Active Phase and Second Stage of Labor. Nursing and Midwifery Studies Journal. 1(3), 115-119.

Valiani, M., Shiran, E., Kianpour, M., & Hasanpour, M. (2010). Reviewing the Effect of Reflexology on the Pain and Certain Features and Outcomes of The Labor on the Primiparous Women. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 15(1), 302-310.

Vanderiet, K., & Fri. (1987). The McGill Pain Questionnaire Constructed for The Dutch Language (MPQ-DV). Preliminary Data Concerning Reliability and Valiability. *Pain*. 30(3), 395-408.

Vaziri, F., Farahmand, M., Samsami, A., Forouhari, S., Hadianfard, M. J., & Sayadi, M. (2014). The Effects of Warm Perineum Compress during The Second Phase of Labor on First-Birth Outcomes. *Modern Care Journal*, 11(1), 28-36.

Veyilmuthu, R., Govindan, S., Venugopalan, M., & Panicker, S. (2017). Effect of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Labour Pain Relief Among Primigravida and Multigravida Mothers. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 6(3), 980-985.

Wan, Q., & Wen, F-Y. (2018). Effects of Acupressure and Music Therapy on Reducing Labor Pain. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 11(2), 898-903.

Wang, M., Song, Q., Xu, J., Hu, Z., Gong, Y., Lee, A. C., & Chen, Q. (2018). Continuous Support During Labour In Childbirth : A Cross – Sectional Study In A University Teaching Hospital In Shanghai, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (480).

Waters, B. & Raisler, J. (2003). Ice Massage for the Reduction of Labor Pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 48 (5). 317-321.

WHO. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth.

WHO Recommendations. (2018). *Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2018). *Defining Competent Maternal and Newborn Health Professionals*. Background document to the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA: definiton of skilled health personnel providing care during childbirth.

Williams, A. C. De C., & Craig, K. D. (2016). Updating The Definition of Pain. *The Journal of The International Assosication For The Study of Pain*. 157 (11).

Williams, A. N. (2015). The Impact Of Mindfulness-Based Prenatal Yoga on Maternal Attachment. A Thesis Presented to th Faculty of California State University, Stanislaus.

Wolf, M, F., Shnaider, O., Sharabi, L., Biderman, S. N., Elon, R., & Bornstein, J. (2019). Optimal Continuous Support Accompanying Labor – The Midwives' and Laboring Women's Point of View. *Israel Journal of Health Policy Research*. 8 (27).

Xavier, T., & Viswanath, L. (2016). Effect of Music Therapy on Labor Pain among Women in Active Labor Admitted in Tertiary Care Hospital Kochi. *International Journal of Integrative Medical Sciences*. 3(11), 444-448.

Yakut, Y., & Fri. (2007). Reliability and Validity of the Turkish version short-form McGill Pain Qouestionnaire in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Clinical Rheumatology*. 26(7), 1083-1087.

Yanarateş, Ö. (2007). Doğum Analjezisindeki Non- Farmakolojik Yöntemler. *Türkiye Klinikleri J Surgical Medical Sciences*. 3(32). 17-9.

Yarıcı Atış, F., & Rathfisch, G. (2018). The Effect of Hypnobirthing Training Given in the Antenatal Period on Birth Pain and Fear. *Complementary Therapiees in Clinical Practice*. 33 (2018), 77-84.

Yazdkhasti, M., & Pirak, A. (2016). The Effect of Aromatherapy with Lavender Essence on Severity of Labor Pain and Duration of Labor in Primiparous Women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 25, 81-86.

Yazıcı, S. & Günaydın, S. (2018). Obstetrik Triyaj ve Ebenin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(2), s84-89.

Yılar, Z. (2014). (Dnş: Türkan Pasinlioğlu). Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*, Erzurum.

Yılar Erkek, Z. & Aktaş, S. (2018). The Effect of Foot Reflexology on The Anxiety Levels of Women in Labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 24(4).

Yıldırım, G. & Hotun Şahin, N. (2003). Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi Ve Kontrolü. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi. 8(51).

Yıldırım, G., & Hotun Şahin, N. (2004). The Effect of Breathing and Skin Stimulation Techniques on Labor Pain Perception of Turkish Women. Pain Research and Management. 9(4), 183-187.

Yıldırım, E., Alan, S. & Gökyıldız, S. (2018). The Effect of Ice Pressure Applied on Large Intestinal 4 on the Labor Pain and Labor Process. Complementary Therapies in Clinical Practice. 32. 25-31.

Yıldızhan, R., Yıldızhan, B. & Bozkurt Turan, Y. (2008). Doğumda Epidural Analjezi. Van Tıp Dergisi. 15(4), 116-119.

Yılmaz, Esencan, T., & Ark. (2018). Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri. FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 26 (1), 31-43.

Young, I. A., & Fri. (2018). Reability, Construct Validity and Responsiveness of the Neck Disability Index and Numeric Pain Rating Scale in Patients with Mechanical Neck Pain without Upper Extremity Symptoms. Physiotherapy Theory and Practice.

Yuenyong, S., & O'Brien, B. (2012). Effects of Labor Support From Close Female Relative on Labor and Maternal Satisfaction in a Thai Setting. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 4 (1).

Zahra, A. & Leila, M. S. (2013). Lavender Aromatherapy Massages in Reducing Labor Pain and Duration of Labor: A Randomized Controlled Trial. African Journal of Pharmacy and Pharmacology. 7(8). 426-430.

Zhang, J., Bernasko, J., Leybovich, E., Fahs, M., & Hatch, M. (1996). Continuous Labor Support From Labor Attendant for Primiparous Women: A Meta-Analysis. Obstetrics & Gynecology. 88(4), 739-744.

Zhao, Y., Zhu, C., & Chen, X. (2017). Application and Security Observation of Acupuncture in Labor Analgesia. Western Pacific Region Index Medicus. 36(8), 905-909.

Zwelling, E. (2010). Overcoming the Challenges: Maternal Movement and Positioning to Facilitate Labor Progress. *MNC The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 35(2), 72-78.



FORMLAR

EK - I: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

I. Araştırmayla İlgili Bilgiler

Mekanik masaj ile sıcak mekanik masaj uygulamasının algılanan doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bu çalışma İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak yürütülmektedir.

Ağrı, hoş olmayan bir uyarandır. Adet görme, gebelik, emzirme, menopoz gibi yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi doğal ve ağrılı bir süreçtir.

İlaç içermeyen birçok yöntem doğum ağrısını azaltmada başarılı bulunmuştur. Bu yöntemlerden biri olan masaj uygulaması, doğum ağrınız sırasında, ağrınızı azaltmayı amaçlamaktadır.

Doğum deneyiminizin iyi geçmesi, bir sonraki gebelik ve doğumunuzu olumlu etkileyecektir. Masaj uygulamasının size ve bebeğinize bir zararı bulunmamaktadır.

Masaj uygulamasını değerlendirmek için size birtakım sorular sorulacaktır.

Sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

II. Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler

- Gönüllü, araştırmaya katılmayı ret etme hakkına sahiptir.
- Gönüllü, istediği anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilir.
- Gönüllü, araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecek ayrıca kendisine de bir ödeme yapılmayacaktır.
- Anket ve ölçeğin doldurulması sırasında gönüllüden alınan bilgiler yalnızca adı geçen bu çalışmada kullanılacaktır.
- Gönüllünün kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Nükhet Kaçar tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam ebe ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında, Ebe Nükhet Kaçar’ın sürekli yanımda olacağını ve araştırma sonrası kendisine ulaşmam gerektiğinde, herhangi bir saatte 05468480098 nolu telefondan ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve ebe ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

EK - II: GEBELER İÇİN ANKET FORMU

Sevgili Katılımcılar,

Bu çalışma, mekanik masaj ile sıcak mekanik masaj uygulamasının doğum ağrısına etkisinin karşılaştırılması amacıyla hazırlanmıştır. Hazırlanan bu formu ve ölçekleri eksiksiz ve doğru olarak cevaplamanız, araştırmamızda sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için son derece önemlidir. Sorunun cevabı size göre ne ise seçeneklerin yanındaki () içine X işareti koyunuz. Çalışmaya katılımınız gönüllüdür. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Danışman: Doç. Dr. Neslihan ÖZCAN

Ebe Nükhet Kaçar

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Anabilim Dalı

Gebenin Adı Soyadı:

Telefon Numarası:

Tarih:

Anket No:

BÖLÜM I: Gebenin Sosyo-Demografik Özellikleri:

1. Yaşınız? Boy: cm Kilo:kg
2. Kaç yıldır evlisiniz?
3. Eğitim durumunuz nedir?
 1. Okur-yazar değil ()
 2. Okur – yazar ()
 3. İlkokul mezunu ()
 4. Ortaokul mezunu ()
 5. Lise Mezunu ()
 6. Üniversite Mezunu ()
 7. Lisansüstü ()
4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
5. Eşinizin yaşı kaç?
6. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 1. Okur-yazar değil ()
 2. Okur – yazar ()
 3. İlkokul mezunu ()
 4. Ortaokul mezunu ()
 5. Lise Mezunu ()
 6. Üniversite Mezunu ()
 7. Lisansüstü ()
7. Eviniz gelir durumu nedir?
 1. Gelir giderden az ()
 2. Gelir gidere denk ()
 3. Gelir giderden fazla ()
8. Sosyal güvenceniz var mı? () 1. Var () 2. Yok
9. Yaşadığınız yer neresidir?
 1. İl ()
 2. İlçe ()
 3. Köy ()
10. Aile tipiniz nedir?
 1. Çekirdek aile (anne-baba-çocuklar) ()
 2. Geniş aile (anne-baba-çocuklar-akrabalar) ()
 3. Parçalanmış aile ()

BÖLÜM II: Obstetrik Özellikler:

1. Son adet tarihiniz:
2. Tablodaki bilgileri doldurunuz.

Gebelik Sayınız (G)	Düşük Sayınız (A)	Küretaj Sayınız (D&C)

3. İsteyerek mi gebe kaldınız?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
4. Eşiniz gebeliğinizi istiyor muydu?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
5. Gebelikten önce adetleriniz ağrılı olur muydu?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
6. Adet ağrınızın şiddetini tarif eder misiniz?
 1. Hafif ()
 2. Orta ()
 3. Şiddetli ()
 4. Dayanılmaz ()
7. Adet ağrınızı gidermede hangi yöntem/leri kullanırdınız?
8. Gebelikte düzenli olarak kontrollere geldiniz mi? Evet ise kaç kez?
 1. Evet () kez
 2. Hayır ()
9. Gebeliğiniz esnasında, doğum sırasında, doğum ağrısını daha az algılamaya yönelik yöntemler hakkında bilgi aldınız mı?
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
10. Cevabınız evet ise, bu bilgileri hangi kaynaktan edindiniz?
 1. Ebe
 2. Hekim
 3. Arkadaş/ Tanıdık Birileri
 4. İnternet
 5. Kitaplar
 6. Diğer (belirtiniz)
11. Cevabınız evet ise hangi yöntemlerden haberdarsınız?

.....

EK - III: DOĞUM EYLEMİNE İLİŞKİN İZLEM FORMU

1. Gebenin travaya kabul edildiği saat : .

2. Gebe muayene bulguları :

Vajinal Muayene Takibi	Dilatasyon (cm)	Efasman (%)	Fetal Kalp Atım Sayısı	Gebenin genel durumu
Travaya kabulde				
0. Saat: .				
1. Saat: .				
2. Saat: .				
3. Saat: .				
4. Saat: .				
5. Saat: .				
6. Saat: .				
7. Saat: .				
8. Saat: .				
9. Saat: .				
10. Saat: .				
11. Saat: .				
12. Saat: .				
13. Saat: .				
14. Saat: .				
15. Saat: .				
16. Saat: .				
17. Saat: .				
18. Saat: .				
19. Saat: .				
20. Saat: .				
21. Saat: .				
22. Saat: .				
23. Saat: .				
24. Saat: .				
Doğum Tarihi ve Saati:	Boy: Baş: Ağırlık:	Cinsiyet:	Oksitosin Alma Durumu:	Var: Yok:

3. VE 4. BÖLÜM KONTROL GRUBUNDA DOLDURULMAYACAKTIR.

3. I. Uygulama Başlangıç Saati: . Bitiş Saati: .

4. II. Uygulama Başlangıç Saati: . Bitiş Saati: .

5. Doğum ağrısı değerlendirmesi :

	VAS puanları	Değerlendirilme Saati	Ölçülen Servikal Dilatasyon
1.	VAS I		
2.	VAS II		
3.	VAS III		
4.	VAS IV		
5.	VAS V		
6.	VAS VI		
7.	VAS VII		
8.	VAS VIII		

NOT: VAS ölçümleri aşağıdaki şekilde yapılacaktır.

		DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU
1.	VAS I	Hastaneye kabulde	Hastaneye kabulde
2.	VAS II	Birinci masaj uygulamasından sonra	Servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan sonra
3.	VAS III	Birinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra	Servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan 30 dakika sonra
4.	VAS IV	Birinci masaj uygulamasından 60 dakika sonra	Servikal dilatasyon 4-5 cm olduktan 60 dakika sonra
5.	VAS V	İkinci masaj uygulamasından sonra	Servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan sonra
6.	VAS VI	İkinci masaj uygulamasından 30 dakika sonra	Servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan 30 dakika sonra
7.	VAS VII	İkinci masaj uygulamasından 60 dakika sonra	Servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan 60 dakika sonra
8.	VAS VIII	Doğum sonu 30. dakika	Doğum sonu 30. dakika

EK - IV: DOĞUM DENEYİMİ ÖLÇEĞİ – CEQ

Sevgili anne,

Doğum bakımının hedeflerinden biri de anne için olumlu bir doğum deneyimi sağlamaktır. Bu anketin amacı, nasıl bir doğum deneyimi geçirdiğinizi öğrenmektir. Cevaplarınız, yeni anne olan diğer kadınlardan alınan cevaplarla birlikte, doğum bakımının değerlendirilmesi amacıyla kullanılacaktır. Tüm sorulara cevap vermeniz önemlidir.

Deneyiminizi iki şekilde belirtebilirsiniz; birincisi kutu işaretleyerek diğeri hat üzerinde işaretleme yaparak.

Örneğin:

Düşüncelerinize en iyi şekilde karşılık gelen seçimin altındaki kutuyu işaretleyiniz.

1. Her gün elma yerim.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
Katılıyorum

Çoğunlukla
Katılmıyorum

Hiç
Katılmıyorum

Başlangıç ve bitiş noktaları arasındaki hat üzerinde düşüncelerinize en iyi şekilde karşılık gelen yeri işaretleyiniz

2. Elmayı ne kadar seversiniz?

Hiç sevmem
meyvedir



En sevdiğim

Anket bir sonraki sayfadan başlamaktadır.

Katıldığınız ve görüşlerinizi paylaştığınız için teşekkürler.

1. Doğum süreci ve doğum beklediğim gibiydi.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

2. Doğum süreci ve doğum sırasında kendimi güçlü hissettim.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

3. Doğum süreci ve doğum sırasında korktum.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

4. Doğum süreci ve doğum sırasında yapabileceğimi hissettim.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

5. Doğum süreci ve doğum sırasında yorgun düştüm.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

6. Doğum süreci ve doğum sırasında mutlu olduğumu hissettim.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

7. Doğumuma ilişkin birçok olumlu anım var.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

8. Doğumuma ilişkin birçok olumsuz anım var.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

9. Doğumuma ilişkin bazı anılarım beni üzüyor.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

10. Ayakta kalma ya da uzanabilme konusunda söz sahibi olduğumu hissettim

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

11. Doğum pozisyonuma karar vermede söz sahibi olduğumu hissettim.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

12. Ağrımın giderilmesinde seçeneklerimin olduğunu hissettim.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

13.Ebe / Hemşire bana yeterince zaman ayırdı.

Tamamen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.Ebe / Hemşire eşime yeterince zaman ayırdı.

Tamamen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.Ebe / Hemşire doğum süreci ve doğum sırasında neler olduğuna ilişkin beni bilgilendirdi.

Tamamen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.Ebe / Hemşire benim ihtiyaçlarımı anladı.

Tamamen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.Ebe / Hemşire tarafından çok iyi bakıldığımı hissettim.

Tamamen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.Ekibin tıbbi becerilerine ilişkin izlenimim kendimi güvende hissettirdi.

Tamamen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.Durumun üstesinden iyi geldiğimi düşündüm.

Tamamen
katılıyorum

Çoğunlukla
katılıyorum

Kısmen
katılıyorum

Hiç
katılmıyorum

20.Doğumunuzu bir bütün olarak değerlendirdiğinizde, ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yok
kötü ağrı

Düşünülebilecek en

21.Doğumunuz bir bütün olarak değerlendirdiğinizde, ne kadar kontrollü olduğunuzu düşünüyorsunuz?

Kontrol yok

Tamamen kontrollü

22. Doğumunuz bir bütün olarak değerlendirdiğinizde, kendinizi ne kadar güvende hissettiniz?

Hiç güvende değil

Tamamen güvende

Ekleme istediklerinizi aşağıdaki kutuya yazınız

Katıldığınız için teşekkürler!

EK - V: DOĞUM DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (DDÖ) KULLANIM YÖNERGESİ

Orjinal dili İsveççe olan Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ) 2010 yılında Dencker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kadınların doğum deneyimini farklı boyutlarıyla ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeğin dört alt boyutu ve 22 maddesi bulunmaktadır.

Doğum süreci alt boyutunda yer alan 8 madde; 1, 2, 4, 5, 6, 19, 20, 21'dir. Bu başlık altında kadınların kişisel kontrol hissi, doğum süreci ile doğum ağrısına ilişkin hisleri değerlendirilmektedir.

Profesyonel yardım / destek alt boyutunda bulunan 5 madde; 13, 14, 15, 16, 17'dir. Bu maddelerde bilgilendirilme ve ebelik bakımı değerlendirilmektedir.

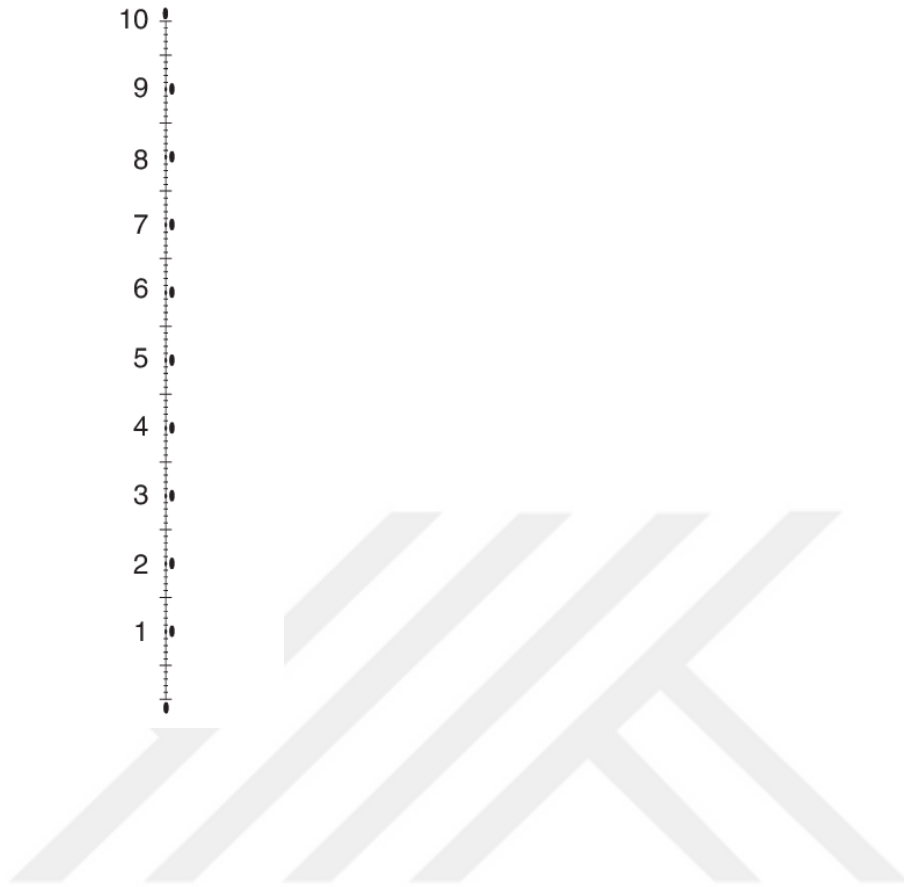
Algılanan güvenlik /Anılar alt boyutunda yer alan 6 madde; 3, 7, 8, 9, 18, 22'dir. Bu maddelerde güvenlik hissi ve doğuma dair hatıralar / anılar sorgulanmaktadır.

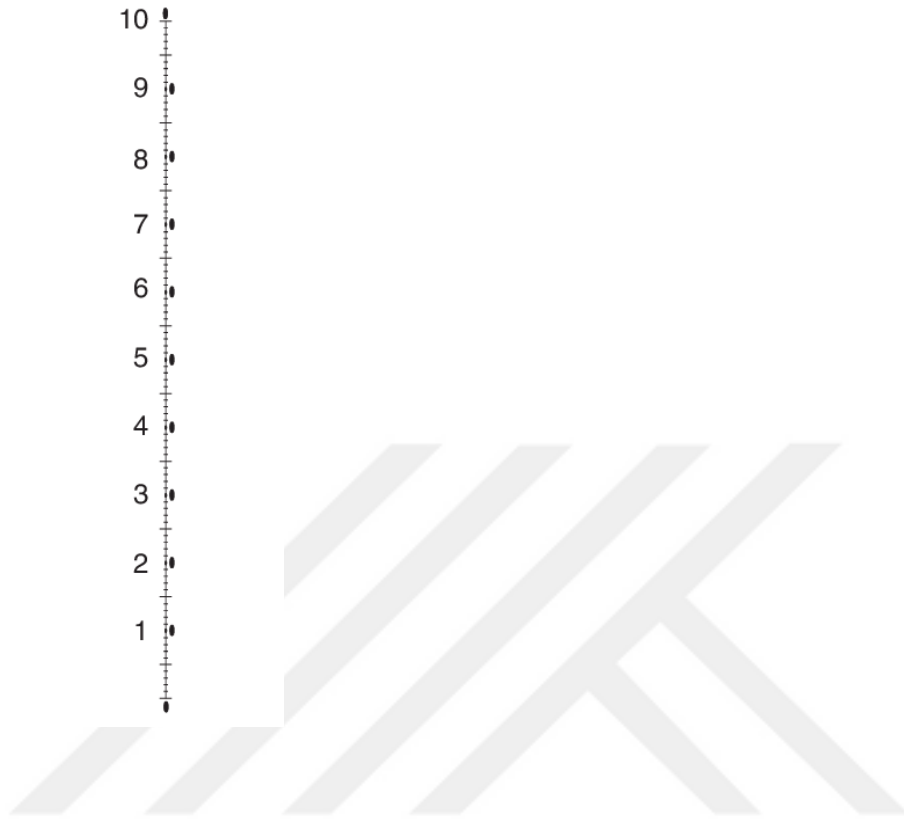
Kararlara katılım alt boyutunda bulunan 3 madde; 10, 11, 12'dir. Bu alt boyutta hareket etme, doğum pozisyonu ve doğum ağrısının giderilmesine dair kararlara katılım durumu sorgulanmaktadır.

Ölçeğin ilk 19 maddesi dörtlü likret son üç maddesi ise VAS kullanılarak değerlendirilmektedir. DDÖ'de ilk 19 madde 1'den 4'e kadar puanlanmaktadır. Tamamen katılıyorum = 4, Çoğunlukla katılıyorum = 3, Kısmen katılıyorum = 2, Hiç katılmıyorum = 1'dir.

VAS ölçeğindeki skorlar ise kategorik olarak 0-40 =1, 41-60 = 2, 61-80 = 3, 81-100 = 4 olarak sınıflandırılmıştır.

Ölçeğin 3, 5, 8, 9 ve 20 numaralı soruları olumsuz ifade içerdiği için bu sorularda puanlama ters yönlü yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça anne adayının iyi bir doğum deneyimi yaşadığına işaret etmektedir (Dencker ve ark 2010; Soriano-Vidal ve ark 2016).

EK - VI: DENEY GRUBU İÇİN VİZÜEL ANALOG SKALA ÖLÇEĞİ

EK – VII: KONTROL GRUBU İÇİN VİZÜEL ANALOG SKALA ÖLÇEĞİ

EK - VIII: SICAK MEKANİK MASAJ UYGULAMASINA İLİŞKİN SORU FORMU

1. Doğum ağrısını azaltmak için size uygulanan masajdan memnun kaldınız mı?
 - a. Memnun kalmadım
 - b. Kısmen memnun kalmadım
 - c. Kararsızım
 - d. Kısmen memnun kaldım
 - e. Memnun kaldım

2. Sizce bu uygulama doğum ağrısını azaltmada ne derecede etkilidir?
 - a. Etkili değildir
 - b. Kısmen etkili değildir
 - c. Kararsızım
 - d. Kısmen etkilidir
 - e. Etkilidir

3. Size uygulanan bu metodu doğum ağrısını azaltmak için başka gebelere önerir misiniz?
 - a. Kesinlikle önermem
 - b. Önermem
 - c. Kararsızım
 - d. Öneririm
 - e. Kesinlikle öneririm

4. Size uygulanan bu masajı, kimin uygulamasını tercih ederdiniz?
 - a. Ebe
 - b. Hekim
 - c. Eşim
 - d. Bir yakınım (kim olduğunu belirtiniz.)
 - e. Doğum hakkında bilgili bir yardımcı personel

5. Sizce bu uygulama, doğumhanede her zaman uygulanmalı mıdır?
 - a. Uygulanmamalıdır
 - b. Kısmen uygulanmamalıdır
 - c. Kararsızım
 - d. Kısmen uygulanmalıdır
 - e. Kesinlikle uygulanmalıdır

EK – IX: MEKANİK MASAJ UYGULAMASINA İLİŞKİN SORU FORMU

1. Doğum ağrısını azaltmak için size uygulanan masajdan memnun kaldınız mı?
 - a. Memnun kalmadım
 - b. Kısmen memnun kalmadım
 - c. Kararsızım
 - d. Kısmen memnun kaldım
 - e. Memnun kaldım

2. Sizce bu uygulama doğum ağrısını azaltmada ne derecede etkilidir?
 - a. Etkili değildir
 - b. Kısmen etkili değildir
 - c. Kararsızım
 - d. Kısmen etkilidir
 - e. Etkilidir

3. Size uygulanan bu metodu doğum ağrısını azaltmak için başka gebelere önerir misiniz?
 - a. Kesinlikle önermem
 - b. Önermem
 - c. Kararsızım
 - d. Öneririm
 - e. Kesinlikle öneririm

4. Size uygulanan bu masajı, kimin uygulamasını tercih ederdiniz?
 - a. Ebe
 - b. Hekim
 - c. Eşim
 - d. Bir yakınım (kim olduğunu belirtiniz.)
 - e. Doğum hakkında bilgili bir yardımcı personel

5. Sizce bu uygulama, doğumhanede her zaman uygulanmalı mıdır?
 - a. Uygulanmamalıdır
 - b. Kısmen uygulanmamalıdır
 - c. Kararsızım
 - d. Kısmen uygulanmalıdır
 - e. Kesinlikle uygulanmalıdır

EK - X: DOĞUM DENEYİM ÖLÇEĞİ'Nİ KULLANMAK İÇİN ALINAN İZİN YAZIŞMASI

Ölçek Kullanımına Dair İzin Hkk.



Nukhet Kacar <nk.nukhetkacar@gmail.com>
Alıcı: rojinmamuk

10 Eylül Pzt 14:57 (7 gün önce) ☆ ↩ ⋮

Merhabalar Sayın Rojin,

Ben Nükhet Kaçar
T.C.S.B.S.B.Ü.Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum salonunda ebe olarak çalışıyorum.

Aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Ebelikte Tezli Yüksek Lisans yapıyorum. Şu an tez aşamasındayım.

"Mekanik Masaj İle Sıcak Masaj Uygulamasının, Algılanan Doğum Ağrısına Etkisinin Karşılaştırılması" isimli yüksek lisans tez çalışmam için, geçerlilik güvenirliğini yaptığınız "DOĞUM DENEYİM ÖLÇEĞİ" isimli ölçeği kullanmak için sizden izin istiyorum.

Sevgi ve Saygılarımla.



rojin mamuk

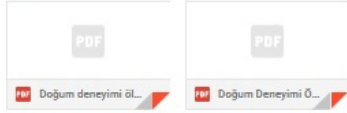
Alıcı: ben

15 Eylül Cmt 23:29 (2 gün önce) ☆ ↩ ⋮

Merhaba Nükhet,
Doğum Deneyimi Ölçeği tez konunuza uygun bir ölçme aracı olup kullanmanızda her hangi bir sakınca bulunmamaktadır. Ölçeğin tam metnini ve yönergesini ekler kısmında bulabilirsiniz. Çalışma sonuçlarınızı merakla bekliyorum. Tezinizde kolaylıklar dilerim.
En içten sevgilerimle,
Rojin

Nukhet Kacar <nk.nukhetkacar@gmail.com>, 10 Eyl 2018 Pzt, 14:56 tarihinde şunu yazdı:

2 Ek



**EK - XI: ANKARA İLİ T.C. S.B. S.B.Ü. DR. ZEKAI TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZİN YAZISI**



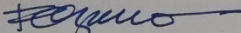
T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

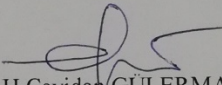
Karar No:9
Konu: Tez Çalışma Başvurusu İlk.

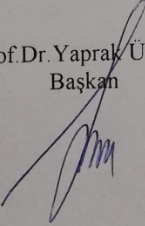
28/09/2018

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU KARARI

Hastanemiz personeli ve Cerrahpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Nükhet KAÇAR'ın "**Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması**" konulu randomize kontrollü deneysel tez çalışma başvurusu; Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından **kabul edilmiştir.**


Doç.Dr.F.Emre CANPOLAT
Üye


Prof.Dr.H.Cavidan GÜLERMAN
Başkan Yardımcısı


Prof.Dr.Yaprak ÜSTÜN
Başkan

EK – XII: ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

İÜC Tarih ve Sayı: 29/03/2019-50034



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :97248701-604.01.02-
Konu :Nükhet KAÇAR

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :08.03.2019 tarihli ve 38679 sayılı yazınız.

Enstitümüz Ebelik Anabilim Dalı'nda Doç. Dr. Neslihan ÖZCAN'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Nükhet KAÇAR'ın "Mekanik Masaj ile Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmasını, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapabilmemesinin; Sağlık Bakanlığı'nun bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilmesi kaydıyla, uygun görüldüğü hakkında; adı geçen İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan 27.03.2019 tarihli, 504 sayılı yazı ile eki ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mehmet BİLGİN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı ile eki (2 sayfa)

[Dogrulamak icin http://dogrulama.istanbul.edu.tr/en/izleni.aspx?bilgedogrulama.aspx?V=86BNBL0MSD](http://dogrulama.istanbul.edu.tr/en/izleni.aspx?bilgedogrulama.aspx?V=86BNBL0MSD)

Ayrıntılı bilgi için telefon : Nuray ÖZNER ATLI Daire : 39061

Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul

Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 01

Elektronik Ağı : www.istanbul.edu.tr



**T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**
Sağlık Bakanlığı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR. ZEKAI TAHER BURAK
KADIN SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR. ZEKAI TAHER BURAK
KADIN SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2103/2019 (13.03.2019) - 68344250 - 799 - 454



Sayı : 68344250-799
Konu : Nükhet KAÇAR (Tez Çalışması).

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 20/03/2019 tarihli ve 35640939-799-454 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıya istinaden, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Nükhet KAÇAR'ın "Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışması hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'nda görüşülmüş ve 28.09.2018 tarih ve 9 No'lu karar ile yapılması uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır,
Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN
Başhekim



Tarih ve Sayı: 27/03/2019-15944

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 35640939-799
Konu : Nükhet KAÇAR (Tez Çalışması)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 11.03.2019 tarih ve 22743 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Nükhet KAÇAR' ın "Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışması talebine ilişkin Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Mustafa Kemal BAŞARALI
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Ek: Üst Yazı (1 Sayfa)

ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 26/10/2018-83252



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :97248701-302.14.01-
Konu :Tez Çalışması-Etik Kurul-Nükhet
KAÇAR

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda başladığı Yüksek Lisans eğitimine Doç. Dr. Neslihan ÖZCAN'ın danışmanlığında devam eden Nükhet KAÇAR'ın "Mekanik Masaj ile Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyiminde Etkisinin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmasını yapabilmesi için, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni alınması hususunda; adı geçen Enstitü Müdürlüğünden alınan 19/10/2018 tarihli, 78800 sayılı yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mehmet BİLGİN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı ve ekleri (34 sayfa)

Doğrulamak için: <http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENN0NFN6>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Damla DENİZ Dahili : 10174

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 01
Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

İÜC Tarih ve Sayı: 07/12/2018-106523



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Yüksek Lisans Öğrencisi Nühket
KAÇAR'ın etik kurul kararı A-14

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi :26.10.2018 tarih, 97248701-302.14.01-83251sayılı yazı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyesi **Doç.Dr.Neslihan ÖZCAN**'ın danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Nühket KAÇAR**'ın yürütücülüğünde "**Mekanik Masaj ile Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkilisinin Karşılaştırılması**" başlıklı Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri **04 Aralık 2018** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Muhlis Cem AR
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEZL007ER>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-14	Tarih: 04 ARALIK 2018
	Doç.Dr.Neslihan ÖZCAN'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Nükhet KAÇAR'ın yürütücülüğünde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR	

ETİK KURUL ÜYELERİ							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Kongrede
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nurten Uzun ADATEPE	Nöroloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Kongrede
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYMEN	Fizyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oktay DEMİRKIRAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gülten DİNÇ	Tıp Tarihi ve Etik	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İstanbul Bilim Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mutlu NİYZOĞLU	İç Hastalıkları End./Metb./Diabet	Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Mazeretli
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul
TELEFON	+90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300
FAKS	+90 (212) 632 00 40
E-POSTA	ctfetik@istanbul.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Ebe Nükhet Kaçar		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Neslihan Keser Özcan		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-		
UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	DOKTORA TEZİ <input type="checkbox"/>	YANDAL UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>
	YÜKSEK LİSANS TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	<input type="checkbox"/> Anket çalışması <input type="checkbox"/> Retrospektif (geriye dönük) araştırma <input checked="" type="checkbox"/> Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırma <input type="checkbox"/> Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle (kan, idrar, gayta, doku, görüntü gibi) yapılan çalışma <input type="checkbox"/> Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılan araştırma <input type="checkbox"/> Vücut fizyolojisi çalışması <input type="checkbox"/> Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma <input type="checkbox"/> Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışması DİĞER <input checked="" type="checkbox"/> Diğer ise belirtiniz: Randomize kontrollü deneysel araştırma			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DİĞER			Açıklama:	

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

MEKANİK MASAJ İLE SICAK MEKANİK MASAJ UYGULAMASININ ALGILANAN DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM DENEYİMİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ORJİNALLİK RAPORU

%5	%3	%1	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
3	Submitted to Haliç Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
4	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<%1
5	library.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	Submitted to Kahramanmaraş Sütçü İmam University Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nükhet	Soyadı	KAÇAR
Doğ.Yeri	Eskişehir	Doğ.Tar.	14.05.1995
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	22231141758
Email	nk.nukhetkacar@gmail.com	Tel	90 546 848 0098

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Ebelik Lisans Programı	2017
Lise		

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Ebe	T.C.S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-halen
2. Ebe	İstanbul Özel Meditime Cerrahi Tıp Merkezi	2017-2018
3. Ebe	Eskişehir Acıbadem Hastanesi	2017-2017

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	66.250	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	73,72295	73,86408	65,36902

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programme	İyi
SPSS	Orta

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

16.01.2015 Prof. Dr. Serdar Günalp – IUI’da Başarıya Etki Eden Faktörler Toplantı Sunumu Rixos Hotels/Eskişehir

04.02.2015 Prof. Dr. Oktay Kadayıfçı – Kök Hücre Nakli (KHN) Toplantı Sunumu Rixos Hotels/Eskişehir

04.02.2015 Prof. Dr. Atila Tanyeli – Kemik İliği Nakli Toplantı Sunumu Rixos Hotels/Eskişehir

04.04.2015 Ulusal Doğum Sempozyumu –Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Rixos Grand Hotel/Ankara **[Sertifikali]**

06.05.2015 Ten Tene Temas Ve Yenidoğanda Beslenme Stratejileri Kursu – Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi **[Sertifikali]**

07.05.2015 Fetal Monitorizasyon Kursu - Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi **[Sertifikali]**

08.05.2015 5.Ankara Ebelik Günleri Uluslararası Katılımlı Sempozyumu - Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi **[Sertifikali]**

11.05.2015 Ebeler Günü Etkinliği / Her Gebeye Bir Ebe Paneli – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Necla Özdemir Konferans Salonu

29.07.2016 Gebe Eğitim Programı - Eskişehir Devlet Hastanesi Doğumevi Gebe Okulu

17.10.2016 İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitim Programı – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İibf Prof. Dr. Fazıl Tekin Konferans Salonu **[Sertifikali]**

20.04.2017 Doğumda Müdahaleler Kursu – 4.Uluslararası & 8.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Biruni Üniversitesi İstanbul **[Sertifikali]**

20-22.04.2017 4.Uluslararası & 8.Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Biruni Üniversitesi İstanbul **[Sertifikali]**

05.05.2017 5 Mayıs Ebeler Günü Etkinlikleri / Hayata Bir Ebe İle Başla – Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fen-Edebiyat Fakültesi Konferans Salonu

11-14.05.2017 1.Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi & 16.Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi Sheraton Grand Otel/Adana **[Sertifikali]**

05.10.2017 İş Sağlığı Ve Güvenliği Semineri İstanbul Üniversitesi **[Katılım Belgesi]**

21.03.2018 Akupunktur Ve Moksa “Kadın Sağlığında Etkili Uygulamalar” İstanbul Medipol Üniversitesi **[Katılım Belgesi]**

11-13.07.2018 T.C. Sağlık Bakanlığı Neonatal Resüsitasyon Programı Eğitimi Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi **[Uygulayıcı Sertifikalı]**

15-17.01.2019 T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Sütü Ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi **[Sertifikalı]**

12.02.2019 Vakalar Eşliğinde Elektronik Fetal Monitorizasyon Eğitimi Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi **[Katılım Belgeli]**

18.02.2019 Özbekistan'da Ebelik Eğitimi Ve Uygulamaları T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi

13.03.2019 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Palyatif Bakım Hemşireliği Sempozyumu Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi **[Katılım Belgeli]**

16.03.2019 Temel Obstetrik Ultrasonografi Kursu Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ve Türkiye Maternal Fetal Tıp Ve Perinatoloji Derneği, Wyndam Hotel **[Katılım Belgeli]**

21.03.2019 Doğumun Her Aşamasında Teorikten Pratiğe Ebelik Sanati Sempozyumu Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi **[Teşekkür Belgeli]**

13.05.2019 Ebe Ve Hemşireler İçin Cinsel Saldırı Mağdurlarında Klinik Yönetim Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi **[Katılım Ve Teşekkür Belgeli]**

Ulusal Bilimsel Toplantılara Davetli Konuşmacı Katılımı:

Kaçar, N. (2019). Doğumun Her Aşamasında Teorikten Pratiğe Ebelik Sanati Sempozyumu. Doğumun 3. Ve 4. Evresinde İzlem Ve Bakım. Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Ankara, 21 Mart 2019. (Davetli Konuşmacı).

Kaçar, N. (2019). Ebe Ve Hemşireler İçin Cinsel Saldırı Mağdurlarında Klinik Yönetim. Vaka Sunumu. Ankara T.C. S.B. S.B.Ü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Ankara, 13 Mayıs 2019. (Davetli Konuşmacı).

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Araştırmak, okumak, seyahat etmek, kitap okumak, sinema ve tiyatroya gitmek, barınak ve sokakta bulunan hayvanları beslemek