



**DOĞUMDA UYGULANAN KONTROLLÜ MASAJIN  
DOĞUM AĞRISI VE SÜRESİ İLE ANNE  
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

**Gülözar SADE  
Ebelik Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Hava ÖZKAN**

**Doktora Tezi - 2020**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUMDA UYGULANAN KONTROLLÜ MASAJIN  
DOĞUM AĞRISI VE SÜRESİ İLE ANNE  
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

**Gülözar SADE**

**Ebelik Anabilim Dalı  
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Hava ÖZKAN**

**ERZURUM  
2020**

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>V</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VII</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>IX</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>X</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Doğum Eylemi .....	6
2.1.1. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesinde Rol Oynayan Faktörler .....	6
2.1.1.1. Uterin Aktivite .....	6
2.1.1.2. Fetüs.....	7
2.1.1.3. Maternal Pelvis .....	8
2.1.1.4. Maternal Psikososyal Durum.....	9
2.2. Doğum Evreleri ve Bakımı .....	9
2.2.1. Dilatasyon Evresi ve Bakımı .....	10
2.2.2. İtme Evresi ve Bakım .....	13
2.2.2.1. İtme Evresinin Tespiti.....	14
2.2.2.2. Normal Doğumun Mekanizması.....	14
2.2.3. Plasental Evre ve Bakım .....	17
2.2.4. Kanama Kontrol Evresi ve Bakım .....	18
2.3. Doğum Ağrısı .....	19
2.3.1. Doğum Ağrısının Özellikleri .....	19

2.3.2. Doğum Ağrısının Mekanizması.....	20
2.3.2.1. Visseral Doğum Ağrısı .....	21
2.3.2.2. Somatik Doğum Ağrısı .....	21
2.3.3. Doğum Ağrısını Anlamada Kullanılan Ağrı Teorileri.....	22
2.3.4. Ağrı Şiddetinin Ölçülmesi .....	23
2.3.4.1. Objektif Yöntemler .....	23
2.3.4.2. Subjektif Yöntemler.....	24
2.3.5. Doğum Ağrısının Boyutları .....	24
2.3.5.1. Nosiseptif Boyut .....	25
2.3.5.2. Duyusal-Ayırt Edici Boyut .....	25
2.3.5.3. Duyuşsal Motivasyon Boyutu.....	25
2.3.5.4. Bilişsel-Davranışsal Boyut .....	25
2.3.6. Doğum Ağrısının Anne ve Fetüs Üzerine Etkisi .....	26
2.4. Doğum Ağrısının Yöntemi .....	27
2.4.1. Doğum Ağrısı Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler .....	29
2.4.2. Doğum Ağrısı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemler .....	30
2.5. Masaj.....	37
2.5.1. Masajın Tarihçesi.....	37
2.5.2. Masajın Endike ve Kontrendike Olduğu Durumlar .....	38
2.5.3. Masajın Birey Üzerindeki Etkileri .....	39
2.5.4. Masaj Türleri.....	40
2.5.5. Masaj Teknikleri .....	41
2.5.5.1. Masaj Uygulamasında Kullanılan Manuel Teknikler .....	41
2.5.5.2. Masaj Uygulamasında Kullanılan Mekanik Teknikler .....	43
2.5.6. Masaj Tekniklerinin Doğumda Kullanımı .....	51

2.5.7. Birey Kontrollü Masaj Kavramı .....	53
2.5.8. Masajın Doğum Sürecine Etkisi .....	55
2.6. Doğum Ağrısı Yönetiminde Ebeğin Rolü .....	56
2.7. Doğumda Anne Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler.....	58
2.7.1. Doğumda Anne Memnuniyetini Arttırmada Ebeğin Rolü.....	60
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>62</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	62
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	62
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	63
3.4. Veri Toplama Araçları .....	66
3.5. Verilerin Toplanması .....	69
3.6. Ebelik Girişimi.....	72
3.6.1. Kontrol Grubuna Yapılan Ebelik Girişimleri .....	72
3.6.2. Deney Gruplarına Yapılan Ebelik Girişimleri .....	72
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	77
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	77
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	78
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellebilirliği.....	78
3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar .....	78
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>80</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>87</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>101</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>103</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>126</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>126</b>

<b>EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU .....</b>	<b>127</b>
<b>EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU .....</b>	<b>128</b>
<b>EK-4. NENEHATUN KADIN DOĞUM HASTANESİ BAŞHEKİMLİK ONAYI .....</b>	<b>129</b>
<b>EK-5. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI .....</b>	<b>130</b>
<b>EK-6. ÇALIŞMA GRUPLARINA AİT RANDOMİZASYON LİSTESİ .....</b>	<b>131</b>
<b>EK-7. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....</b>	<b>133</b>
<b>EK-8. GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>134</b>
<b>EK-9. SÖZEL KATEGORİ ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>135</b>
<b>EK-10. PARTOGRAF .....</b>	<b>136</b>
<b>EK-11. BİREY KONTROLLÜ MASAJ TAKİP FORMU .....</b>	<b>137</b>
<b>EK-12. NORMAL DOĞUMDA ANNE MEMNUNİYETİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>138</b>
<b>EK-13. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU .....</b>	<b>140</b>
<b>EK-14. TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU .....</b>	<b>142</b>
<b>EK-15. TEZ SAVUNMA SINAVI SONUCU ORTAK RAPOR FORMU .....</b>	<b>143</b>

## TEŞEKKÜR

Akademisyen olmak yolda olmaktır, ilerlemektir, hayatına hep yeni şeyler katmaktır. Bilime gönül vermektir, milyonlarca bilgi kümesine ulaşmak, okumak, elemek ve ilmek ilmek dokumaktır mesleğini. Mücadele etmektir ve hep daha iyisi için savaşmaktır. Yaşadığımız süreç sonu olmayan bir yolculuktur. Bu yolculukta en kıymetli olanlar yola çıktıklarımız ve yolda kazandıklarımızdır. “Ebeler için daha iyi bir dünya, daha iyi bir ebelle mümkün” diye çıktığım bu yolda elimden ilk tutanım, akademik eğitimimin ve yaşantımın her parçasında her alanda yol gösterenim, “Hayallerin varsa bu dünyada yapacak daha çok işin var” diyerek her defasında daha iyisi için motive edenim, hep iyi kilerimin arasında gösterdiğim, hayat kitabımın en değerli sayfalarında yer alan danışman hocam sayın Doç. Dr. Hava ÖZKAN, yaşamıma kattığınız her değer için çok teşekkür ederim.

Akademik yaşantımda her zaman desteğini hissettiğim, hep iyilikle ve sevgiyle yaklaşan, tez izleme komitemde yer alarak tezime değerli katkılar sunan sayın Doç. Dr. Serap EJDER APAY’a, tez izleme komitemde yer alarak değerli görüş ve öneriyle tezime değerli katkılar veren sayın Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU’ya, tez savunma sınavıma zaman ayırarak katkıda bulunan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Saadet YAZICI’ya ve sayın Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI’na

Araştırmama katılarak destekleyen bütün gebelere, araştırma sırasında birlikte çalıştığım ebe ve hekimlere, çalışmayı yürüttüğüm hastane başhekimliğine, araştırmamın istatistiklerinin yapılmasında destek olan hocama, hayatıma renk katan bütün arkadaşlarıma, yaşamımda hep olan sevgili aileme, canım eşime, biricik kızım LİSA’ya sonsuz teşekkürler.

**Öğr. Gör. Gülizar SADE**

## ÖZET

### **Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Ağrısı ve Süresi ile Anne Memnuniyetine Etkisi**

**Amaç:** Bu araştırma, doğumda uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısı ve süresi ile anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Bu araştırma, randomize kontrollü klinik bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma, Şubat-Kasım 2019 tarihleri arasında Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi doğumhanesine kabul edilen gebeler randomize olarak 3 gruba atanmıştır. A grubu rutin hastane bakımı alan (kontrol grubu n=53), B grubu ebe kontrollü masaj uygulanan (n=50) ve C grubu gebe kontrollü masaj uygulanan (n=51) gebelerden oluşmaktadır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)”, “Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ)”, “Partograf”, “Birey Kontrollü Masaj Takip Formu” ve “Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Gebelerin GKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunda bulunan gebelerin ağrı algılama düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kontrol ve deney grupları arasında doğum sürelerinin karşılaştırılmasında aktif faz, geçiş faz ve toplam doğum süresinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Deney grupları arasında ortalama masaj süreleri fazlara göre ortalama toplam süre için gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Araştırmada, deney grupları arasında ortalama masaj yoğunluğunun karşılaştırılmasında aktif fazda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ); ancak geçiş fazında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Kontrol ve ebe kontrollü masaj grubunun %66'sının, gebe kontrollü masaj grubunun %84.3'ünün memnuniyetlerinin düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ )

**Sonuç:** Araştırmada kullanılan kontrollü masaj uygulamasının algılanan doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu ancak doğum süresi ve anne memnuniyeti üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, doğum ağrısı, doğum süresi, masaj, memnuniyet



## ABSTRACT

### The Effect of Controlled Massage Applied at Birth on Labor Pain and Duration and Maternal Satisfaction

**Aim:** This study was carried out to determine the effect of controlled massage applied at birth on labor pain and duration and maternal satisfaction.

**Materials and Methods:** The study was conducted as a randomized, controlled research. The research was conducted with 154 randomized pregnant women admitted to Erzurum Nenehatun Obstetrics and Maternity hospital between February-November 2019. The study consisted of 3 different groups: Group A included the pregnant women who received routine hospital care (control group n=53), Group B included the pregnant women who received midwife-controlled massage (n=50), and the Group C consisted of the pregnant women who received self-controlled massage (n=51). The data were collected using the "Personal Information Form", "Visual Analog Scale (VAS)", "Verbal Category Scale (VCS)", "Partograph", "Individual Controlled Massage Follow-up Form", and "The Scale for Measuring Maternal Satisfaction in Normal Birth (MMSNB)".

**Results:** The comparison of the VAS and VRS score averages of the pregnant women showed that the perceived pain levels of the pregnant women in the experimental group were lower than in the control group, and the difference between the score averages was statistically significant ( $p < 0.05$ ). In the comparison of the average duration of labor between the control and experimental groups, the difference between the groups in terms of active phase, transition phase and total duration of labor was found to be statistically insignificant ( $p > 0.05$ ). In the comparison of the average massaging time between the experimental groups, it was found that the difference between the groups was statistically significant both for the phases and for the average total time ( $p < 0.05$ ). In the comparison of the average intensity of the massaging between the experimental groups in the study, the difference between the groups was not significant in the active phase ( $p > 0.05$ ), but the difference between the groups was found to be statistically significant in the transition phase ( $p < 0.05$ ). It was found that 66% of the control group and the midwife-controlled massage group, and 84.3% of the pregnant-controlled massage group had a lower satisfaction and the difference between the groups was not statistically significant ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** The controlled massage practice used in the study was found to be effective in reducing perceived labor pain, but not on maternal satisfaction during normal delivery.

**Keywords:** Birth, labor duration, labor pain, massage, satisfaction

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>BKM</b>	: Birey Kontrollü Masaj
<b>BKMTF</b>	: Birey Kontrollü Masaj Takip Formu
<b>CPD</b>	: Cephalopelvic Disproportion
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FKH</b>	: Fetal Kalp Atım Hızı
<b>HKA</b>	: Hasta Kontrollü Analjezi
<b>GKÖ</b>	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
<b>ICM</b>	: International Confederation of Midwives
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>NDAMDÖ</b>	: Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği
<b>NST</b>	: Non Stres Test
<b>SKÖ</b>	: Sözel Kategori Ölçeği
<b>TENS</b>	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Termde Spontan Doğumun İlerleyişi .....	12
Şekil 2.2. Dairesel Ağrı Modeli.....	24
Şekil 2.3. Doğumun İlk Aşamasında Uterus Kontraksiyonlarının Neden Olduğu Ağrıya Verilen Fizyolojik Tepkiler.....	26
Şekil 3.1. Consort Akış Diyagramı.....	66
Şekil 3.2. Latent Fazda Masaj Minderinin Tanıtılması ve Gebeye Birlikte Uygulanması .....	73
Şekil 3.3. Aktif Fazda Ebe Kontrollü Masajın Uygulanması .....	74
Şekil 3.4. Geçiş Fazında Ebe Kontrollü Masajın Uygulanması .....	75
Şekil 3.5. Latent Fazda Masaj Minderinin Tanıtılması ve Gebeye Birlikte Uygulanması .....	76
Şekil 3.6. Aktif Fazda Gebe Kontrollü Masajın Uygulanması.....	76
Şekil 3.7. Geçiş Fazında Gebe Kontrollü Masajın Uygulanması .....	77

## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 4.1.</b> Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	80
<b>Tablo 4.2.</b> Grupların GKÖ ve SKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ...	82
<b>Tablo 4.3.</b> Grupların Doğum Eylemi Sürelerinin Karşılaştırılması .....	83
<b>Tablo 4.4.</b> Deney Gruplarının Masaj Süre ve Yoğunluğunun Karşılaştırılması .....	84
<b>Tablo 4.5.</b> Grupların NDAMDÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	85
<b>Tablo 4.6.</b> Grupların NDAMDÖ Kesme Puanına Göre Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	86

# 1. GİRİŞ

Bir bebeğin dünyaya gelmesine neden olan doğum, kadın ve ailesi için en önemli yaşam olaylarından biridir ve kadının üzerinde fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal etkiler bırakır. Ağrı, duygusal stres, kırılabilirlik, olası fiziksel yaralanma, kalıcı rol değişiklikleri ve yeni sorumlulukların üstlenilmesi gibi çok çeşitli deneyimleri içerisinde barındıran başka hiçbir olay yoktur.<sup>1</sup> Doğum eylemi; düzenli kontraksiyonlarla başlayan, düzenli servikal değişikliklerle ilerleyen dilatasyon evresi, bebeğin doğduğu itilme evresi, plasentanın çıkarıldığı atılma evresi ve sonrasındaki ilk dört saati kapsayan kanama kontrol evresinden oluşur.<sup>2-3</sup> Doğum eyleminin süresi, eylem sırasında oluşan ağrı ve şiddeti primipar ve multiparlarda farklıdır.<sup>4(s.365-380)-7(s.28)</sup>

Doğum eylemi sırasındaki ağrı fizyolojik olaylar sonucunda oluşan normal süreç hakkında bilgi veren akut bir durumdur.<sup>5,8</sup> Doğum ağrısı normal sürecin bir parçasıdır, önceden hazırlanabilir, sürekli olmayan kesik kesik bir ağrıdır ve bebeğin doğumuyla sonlanır.<sup>7(s.23-24)</sup> Yaşanan doğum ağrısı, kadın hayatında bilinen en şiddetli ağrı olarak tanımlanır ve fizyolojik bir olaydır ancak yönetmek oldukça zordur.<sup>9</sup> Doğumdaki ağrı, anksiyete ve korkuya neden olur. Kontrol edilemeyen anksiyete ve korku ise kortizol, glukagon ve katekolamin üretimini artırır, metabolizma ve oksijen tüketiminin artmasına neden olur. Katekolamin düzeylerinin yükselmesi plasentaya olan kan akımının azalmasına ve sonuçta uterin irritabilite, preterm doğum, distosi ve fetal asfiksiye neden olur.<sup>5,7(s.32)</sup> Ayrıca iyi yönetilemeyen ağrı maternal ve fetal stresi tetikler, fetüsü deprese eder,<sup>10</sup> anneyi yorar, oksijen gereksinimini, kan basıncını ve kardiyak out-putu artırır,<sup>9</sup> analjezi ve anestezi ihtiyacını artırır, uterin kontraksiyonları azaltır, doğum sürecini uzatır ve doğum sonunda yenidoğanda düşük APGAR skora neden olur.<sup>7(s.22)</sup>

Doğum ağrısını kontrol altına almak, olumlu doğum deneyimi oluşturmak, anne ve fetus sağlığını geliştirmek için önemlidir. Doğum ağrısının yönetiminde

nonfarmakolojik ya da farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.<sup>11</sup> Nonfarmakolojik yöntemler üç grupta incelenir. Birincisi ağrı bölgesinin ağrısız uyarılmasını sağlayanlar; (hafif masaj, banyo/suya daldırma, pozisyonlar/ambulasyonlar, doğum topu, sıcak paketler, titreşim, TENS (yüksek frekans-düşük yoğunluk)'tir. İkincisi vücudun herhangi bir yerinin ağırlı uyarılmasını sağlayanlar; ağırlı masaj, refleksoloji, steril su enjeksiyonları, aküpresür, akupunktur, TENS (yüksek yoğunluk-düşük frekans), buz uygulamasıdır. Üçüncüsü düşünce ve zihinsel süreçlerle harekete geçirilenler; doğum öncesi eğitim, sürekli destek, gevşeme/nefes alma, zihinsel görüntüler, meditasyon/yoga, hipnoz/kendi kendine hipnoz, müzik, aromaterapi, biyofeedback, plasebodur.<sup>12</sup>

Yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlayan nonfarmakolojik yöntemler, anne ve fetüs sağlığına zarar vermez, doğum eyleminin süresini ve ilerleyişini olumsuz yönde etkilemez. Bu yöntemlerden bazılarının ise doğum süresini kısalttığı bilinmektedir. Nonfarmakolojik yöntemlerin tek sınırlılığı ise istedik düzeyde ağrı kontrolü sağlamayabilirler.<sup>13</sup>

Doğum ağrısının yönetimi anne bakımının temel amaçlarından biridir.<sup>14</sup> Doğum eylemi sırasında verilecek yeterli ve nitelikli bakım uygulamaları olumlu bir doğum deneyimi ve sağlıklı bir bebek için şarttır. Gebeye birebir temas halinde olan ebeler bu süreçte bağımsız rollerini kullanarak gebenin ağrıyla baş edebilmesi için nonfarmakolojik yöntemleri uygulayabilirler.<sup>4(s.378)</sup> Günümüzde doğum sırasında oluşan ağrıyı yönetmek için nonfarmakolojik yöntemlerden olan “masaj, pilates topu, müzik terapisi, akupunktur, aromaterapi” yaygın olarak kullanılmaktadır.<sup>15</sup> Nonfarmakolojik yöntemler içerisinde yer alan masaj dünyadaki en eski tedavi ve tensel uyarılma yöntemidir. Masaj, yan etkisinin olmaması ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle genellikle ilk tercih edilen yöntemdir.<sup>16</sup> Masaj, yumuşak dokuların mekanik olarak uyarılmasıyla sistematik manipülasyonların bireyde oluşturduğu olumlu fizyo-psikolojik etkilerdir. Diğer bir

tanıma göre ise insan vücuduna temas eden el, elektrik, su vb. aracılığıyla farklı uygulamaların yapıldığı tedavi, bakım ve rahatlatma tekniğidir.<sup>17</sup> Masaj hem manuel hem de mekanik teknikler uygulanarak yapılabilir. Masajda kullanılan manuel teknikler; efloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman, vibrasyondur. Masaj için basıncı arttıran cihazlar ve titreşime neden olan cihazların kullanılması mekanik teknikleri oluşturur.<sup>18</sup> Bu tekniklerle yapılan masajlara otomatik masaj denir.<sup>19</sup> Otomatik masaj uygulayan aletlerin kullanıldığı masajlar birey kontrollü masajdır. Çünkü otomatik masajda; kişi rahatlamak, ağrısını gidermek ya da azaltmak için ağrıyan bölgeye süresi ve yoğunluğu farklı olacak şekilde kumanda ile kontrol edilen bir sistemde masaj uygulamasını kendisi ya da bir başkası kontrol ederek uygulamaktadır. Masaj için piyasada birbirinden farklı birçok masaj aleti mevcuttur. Mevcut masaj aletlerinden sıklıkla tercih edilenler; titreşim özelliği olanlar, vakum özelliği bulunanlar ve manuel masaj hareketlerini taklit edenlerdir. Masaj aletleri koltuk, minder, yatak, mat, şilte vb şekillerde üretilmişlerdir.<sup>20</sup>

Manuel ya da mekanik tekniklerle yapılan masajın temel amacı; vücut sistemlerinin çalışmasını düzenlemek, kasların güçlenmesini sağlamak, vücutta birikmiş olan toksinleri uzaklaştırmak, eklemlerin hareketliliğini ve kan dolaşımının hızını arttırmak, vücuda daha fazla oksijen taşınmasını sağlamak, derinin elastikiyetini korumak ve psikolojik rahatlama sağlamaktır.<sup>20</sup> Ayrıca endorfin salınımını arttırarak, ağrıyı, inflamasyon ve ödemi azaltır, depresyon ve anksiyeteye iyi gelir.<sup>21</sup> Doğum sırasında uygulanan masajın ise fiziksel ve psikolojik rahatlama sağladığı, ağrı, anksiyete, ajitasyon ve depresif ruh halini azalttığı, kas spazmını gevşettiği, doğum ve hastanede kalma süresini azalttığı ve postpartum depresyonun görülme sıklığını azalttığı bildirilmiştir.<sup>14,22-23</sup> Uzel'in (2018) çalışmasına göre doğum eylemi sırasında gebelerin sadece %0.6'sına masaj uygulanmış ve çalışmadaki gebelerin %48.9'u masaj uygulanmasını istediği belirtilmektedir.<sup>24</sup> Masaj kim tarafından hangi yöntemle

uygulanırsa uygulansın, uygulaması kolaydır, ağrı düzeyini kontrol ederek algılanan ağrıyı azaltmakta ve kişinin daha az ağrı algılamasını sağlamaktadır.<sup>9</sup> Ayrıca doğumdaki ağrı kontrolü anne memnuniyetini etkileyen majör faktörlerden biri olarak ele alınmaktadır.<sup>7</sup> Doğumdaki memnuniyet, doğumun değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir ölçüttür. Doğum memnuniyetinin belirlenmesi ise, anne ve yenidoğanın sağlık durumunun ve aynı zamanda intrapartum bakım kalitesinin göstergesi olması açısından önemlidir.<sup>25</sup>

Doğum sırasında uygulanan masajla ilgili çalışmalarda manuel tekniklerin ve özel teknikli masajların uygulandığı gözlemlenmiştir.<sup>22,26-34</sup> Yapılan masaj uygulamaları farklı olsa da çalışma sonuçları doğumun birinci evresinde uygulanan masajın doğumda anne memnuniyetini arttırdığını göstermektedir.<sup>27,29-30</sup> Doğumda masaj uygulaması ve memnuniyet düzeyi araştıran çalışmalarda mekanik aletlerle uygulanan birey kontrollü masajla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu araştırma, doğumda uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısı ve süresi ile anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **Araştırmanın Hipotezleri**

**H1:** Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan gebe kontrollü masaj uygulaması doğum eyleminde algılanan ağrıyı azaltır.

**H2:** Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan ebe kontrollü masaj uygulaması doğum eyleminde algılanan ağrıyı azaltır.

**H3:** Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan gebe kontrollü masaj uygulaması doğum eyleminin süresini kısaltır.

**H4:** Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan ebe kontrollü masaj uygulaması doğum eyleminin süresini kısaltır.

**H5:** Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan gebe kontrollü masaj uygulaması doğumda anne memnuniyetini artırır.



**H6:** Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan ebe kontrollü masaj uygulaması doğumda anne memnuniyetini arttırır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğum Eylemi

Doğum eylemi; fetüsün annenin uterusundan dış dünyaya geçtiği fizyolojik bir süreçtir ve bu eylem tüm memeli canlı türlerinde ortaktır.<sup>40(s.247)</sup> Fetüsün doğum kanalından ilerleyerek geçmesi için doğum kanalı boyunca ilerleyici servikal dilatasyona ve fetal inişe neden olan koordineli ritmik myometriyal kasılmaya ihtiyaç vardır.<sup>41(s.32)</sup>

Normal bir doğum;<sup>42(s.2)</sup>

- Spontan başlar. (Tıbbi müdahale olmadan kendiliğinden başlar.)
- Ritmik ve düzenli uterus kontraksiyonları vardır.
- Fetüs verteks pozisyonundadır.
- Vajinal doğum, herhangi bir tıbbi müdahale yapılmadan multigravidalar için 12 saatten az, primigravidalar için 18 saatten az sürede gerçekleşir.
- Maternal ve fetal herhangi bir komplikasyon yoktur.

#### 2.1.1. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesinde Rol Oynayan Faktörler

Bir eylemin normal gerçekleşmesi uterin aktiviteler (powers-güçler), fetüs (passenger-yolcu) ve maternal pelvisin (passage-pasaj/geçit) birbiriyle olan karmaşık etkileşimine bağlıdır.<sup>43(s.249)</sup> Ayrıca maternal psikososyal durum ve partner de doğum eyleminde rol alan önemli etkenlerdir.<sup>3(s.325)</sup>

##### 2.1.1.1. Uterin Aktivite

Güçler, kasılmalar sırasında uterus kaslarının oluşturduğu kuvveti ifade eder. Uterin aktivite, kasılmaların sıklığı, frekansı, şiddeti ve süresi ile karakterizedir.<sup>40,43(s.270),46</sup> Kasılmanın sıklığı; bir kasılmanın başlangıcından diğer kasılmanın başlangıcına kadar geçen süredir. Kasılmanın süresi; bir kasılmanın başlangıcından, kasılmanın bitişine kadar geçen süredir. Kasılmanın şiddeti; bir kasılmanın zirve yaptığı noktadaki şiddettir. Kasılmanın frekansı ise 10 dakikada meydana gelen kasılma

sayısıdır.<sup>44</sup> Uterusta kasılmalara neden olan iki faktör vardır; oksitosin ve uterusta bulunan pace-makerler.<sup>3(s.338)</sup> Uterin aktivite servikal dilatasyonu gerçekleştirecek ve prezente olan kısmın inişini sağlayacak kadar sık ve güçlü olmalıdır. Bu, normal doğum eyleminde genellikle her 10 dakika bir meydana gelen güçlü 4 kasılma anlamına gelir ancak bununla birlikte, bazı durumlarda daha az uterus aktivitesi ile doğum gerçekleşirken, bazılarında daha fazla uterus aktivitesi gereklidir. Fakat eylemin ilerlemesi değerlendirilirken sadece kasılmalar ile değerlendirilmemelidir.<sup>45</sup>

Uterin aktivite, uterusun fundusunun abdomenden palpasyonu, tokodinometri ve intra uterin basınç katateri ile niteliksel olarak değerlendirilebilir.<sup>43(s.270),46</sup> Doğumda gebeler genelde 2 ile 5 dakikada bir kasılırlar, aktif fazın geç dönemlerinde ve doğumun ikinci evresinde 2 ile 3 dakikada bir olacak şekilde sıklaşır. Anormal uterin aktiviteler kendiliğinden ya da iyatrojenik müdahalelerden kaynaklanabilir. Taşisistol, ortalama 30 dakikadan fazla sürede, 10 dakikada beşten fazla kasılmanın olmasıdır. Taşisistol oluşursa, fetal kalp atış hızında yavaşlamaların varlığına veya yokluğuna dikkat etmelidir.<sup>43(s.270)</sup> Uterus kasılmaları yeterli ise, iki olaydan biri gerçekleşir: ya serviks yumuşar, açılır ve fetal kafa iner, molding oluşur ya da kötüleşen kaput suksedaneum oluşur. İkinci durum sefalopelvik orantısızlık teşhisini düşündürmektedir.<sup>40</sup>

Uterin aktivitenin gerçekleşmesini sağlayan diğer güçler ise eylemin ikinci evresinde annenin bebeği itmek için karın kaslarını kullanmasıdır. İkinme hissi eylemin ilerlemesine ve bebeğin doğmasına yardım eden en önemli faktördür bu evrede.<sup>3(s.339)</sup>

#### **2.1.1.2. Fetüs**

Yolcu fetüştür. Doğum eylemini ve sürecini etkileyebilecek çeşitli fetal değişkenler vardır.

***Fetal boyut (fetüsün ölçüleri):*** Leopold manevralarını kullanarak veya ultrasonla klinik olarak tahmin edilebilir.<sup>46</sup>

**Fetal yatış (situs):** Fetusun uzun ekseninin maternal uterusun uzun eksenine olan ilişkisini ifade eder. Longitudinal (uzunlamasına), transver (yanlamasına) ya da oblik (çapraz) olabilir.<sup>4(s.367)</sup>

**Fetal prezentasyon (gelişi):** Maternal pelvisin girişinin üzerinde bulunan fetal kısmı ifade eder.<sup>3(s.333)</sup>

**Fetal duruş (habitus):** Fetal başın fetal omurgaya göre konumunu ifade eder (yani, fetal başın fleksiyon derecesi ve / veya ekstansiyonu).<sup>3(s.333)</sup>

**Fetüsün pozisyonu (durumu):** Fetüsün prezente olan kısmın maternal pelvise göre oryantasyonunu ifade eder.

**Konum:** Fetusun prezente olan kısmının doğum kanalı boyunca iniş ölçüsü.<sup>40(s:260)</sup>

**Fetüs sayısı:** Tekil ya da çoğul olması doğum eylemini etkiler.<sup>46</sup>

**Fetal anomalilerin varlığı:** Anomaliler doğumu engelleyebilir (örn. Sakrokoksigeal teratom).<sup>46</sup>

### 2.1.1.3. Maternal Pelvis

Geçit, doğum kanalıdır. Doğum kanalı, kemik pelvis (sakrum, ilium, ischium ve pubis) ve pelvik yumuşak dokuların (serviks ve pelvik taban kasları) sağladığı dirençten oluşur.<sup>4(s.364),40(s.260),41(s.270)</sup> Kemik pelvis ve ölçüleri(pelvis girimi, kavite ve çıkımının ölçüleri), pelvisin tipi(jinekoid, android, platipelloid, andropoid), serviksin efesman ve dilate olma özelliği, vajinal kanal ve vajinanın esnekliği doğum kanalında değerlendirilmesi gereken özelliklerdir.<sup>3(s.325-326)</sup> Çünkü kemik pelvisteki anormallik ve sert bir perine doğumun ilerlemesinde gecikmeye neden olabilir ve epizyotomi ihtiyacını arttırabilir.<sup>46</sup>

#### **2.1.1.4. Maternal Psikososyal Durum**

Annenin doğum eylemine fizyolojik ve psikolojik olarak hazır olması, önceki doğum deneyimleri ve sonuçları, eylem sırasında aldığı destek ve emosyonel durum, maternal psikososyal durumu gösterir.<sup>3(s.339)</sup>

#### **2.2. Doğum Evreleri ve Bakımı**

Normal doğum eylemi birbirini takip eden dört evreden oluşmaktadır. Doğumun birinci evresi servikal açılma evresidir. Düzenli kontraksiyonlarla başlayan ilk evre dilatasyonun tam olmasıyla sona erer. İlk doğumda genellikle 8-12 saat, sonraki doğumlarda 3-8 saat sürer. İkinci evre servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlayan ve bebeğin doğumuyla biten itme evresidir. Bu evre ilk doğumda genellikle 1-2 saat, sonraki doğumlarda ise 0,5-1 saat sürer. Üçüncü evre bebeğin doğmasıyla başlayıp plasentanın doğmasıyla sona eren evredir. Bu evre fizyolojik olarak 1 saat sürer, aktif olarak yönetilirse 5-15 dakika sürer. Dördüncü evre ise doğumdan sonraki ilk 4 saati kapsayan evredir.<sup>42(s.5),47</sup> Doğumun her evresinin ve fazının primipar ve multiparlarda süresi değişkendir, evrelere göre süreler Şekil 2.1’de verilmiştir.

Doğum yönetiminin birincil amacı, sağlıklı bir anneye sağlıklı bir bebek vermektir. Bu, minimum müdahale ile başarılmalıdır ve doğumdan sonra anne ve bebek sağlığına kavuşuncaya dek hastane bakımına devam edilmelidir.<sup>48</sup>

Doğum için kabul edilen her gebe,<sup>49,50,51(s.20,29,30)</sup>

- İlk olarak değerlendirilmeli: Ayrıntılı bir öykü alınarak, klinik muayene yoluyla bir ilk değerlendirme yapılmalıdır. Gebenin vital bulguları, ağırlığı, uterus kasılmalarının sıklık, süre ve şiddeti, fetal kalp hızı kaydedilmelidir. İlk değerlendirmenin amacı; fetal membranların durumunu, uterin kanama varlığı, servikal efesman ve dilatasyonu, fetüsün konumunu, fetüsün uzanışını, prezentasyon ve pozisyonu, fetal ölçüleri ve pelvis kapasitesini, fetüsün ve

annenin iyilik halini, laboratuvar testlerini (hemoglobun, hematokrit, kan grubu, HIV, Hepatit B, sifiliz ve B grubu streptokok) değerlendirmektir.

- Doğum takip edilmeli ve anormal hale gelirse müdahale edilmeli
- Fetal ve maternal durum yakından izlenmeli
- Ağrı yeterince giderilmeli: Doğumun ilk evresinde nefes egzersizlerinin, suyun içerisinde bulunmanın ve masajın ağrıyı azaltabileceği anlatılmalı ve uygulanalıdır. Gebeye istediği gevşeme yöntemini seçebileceği anlatılmalı ve bu konuda desteklenmelidir. Ağrıyı tolere edemiyorsa farmakolojik yöntemler uygulanabilir.
- Duygusal ve sosyal destek verilmeli: Gebeye istediği bir kişi eşlik etmelidir. Kısa süreler ve gebenin talebi dışında gebe yalnız bırakılmamalı, gebeye destekleyici bakım verilmelidir.
- Yeterli hidrasyon sağlanmalı

### **2.2.1. Dilatasyon Evresi ve Bakımı**

Doğumun ilk aşaması, düzenli kontraksiyonlar eşliğinde bebeği uterus dışına çıkaracak kadar genişleyen serviksin aşamalı olarak açılması ile karakterizedir. Servikal açılma ve silinmenin tamamlanmasıyla sona erer.<sup>42(s.5)</sup> Doğum başladığında, uterus kasılmaları genellikle 5-15 dakika arayla olur. Doğum ilerledikçe, genellikle ilk fazdan itibaren 2-3 dakikalık aralıklarla ortaya çıkan, daha güçlü ve daha sık kasılmalar olur. Her kasılmayla birlikte gebe ağrıyı algılamaya başlar. Başlangıçta hafif olarak algılanan ağrı evre ilerledikçe şiddeti artar ve dayanılmaz hale gelebilir. Kasılma sırasında, uterus karın içinde öne doğru yükselir ve ön karın duvarına doğru itilir.<sup>41(s.36)</sup>

Her ne kadar doğum sürekli bir süreç olsa da, çalışmayı kolaylaştırmak ve klinik yönetime yardımcı olmak için geleneksel olarak servikal dilatasyon oranlarına göre bu evre 3 faza ayrılmıştır.<sup>52-55</sup>

**Latent faz:** Düzenli kontraksiyonlarla başlayan ve servikal açıklık 3 cm olduğunda sona eren fazdır.<sup>3(s.347)</sup> Bu fazda servikal dilatasyon yavaş ilerler ve süresi değişkendir.<sup>52-54</sup> Servikal dilatasyon hızı saatte 0.5 cm'den daha azdır.<sup>45</sup> Bu faz 10 dakikada bir gelen ve 20 saniye süren kontraksiyonlarla karakterizedir. Ağrı tolere edilebilir düzeyde, daha çok bel ve karındadır.<sup>3(s.325-340)-4(s.364-365)</sup>

**Aktif faz:** Bu faz daha hızlı servikal dilatasyon ile ilişkilidir ve genellikle 4 cm dilatasyonda başlar ve 7 cm dilatasyonda sona erer.<sup>3(s.347), 52-55</sup> Aktif faz bir ivme fazına, bir maksimum eğim fazına ve bir yavaşlama fazına ayrılır, ancak bu alt bölümler şu anda nadiren kullanılmaktadır. Bu fazda kontraksiyonlar düzenlidir, daha sık gelir ve ağrılıdır.<sup>42(s.6)</sup> Bel, karın, kasık ve bacaklarda hissedilen ağrının tolerasyonu azalmıştır. Kontraksiyonlar 5 dakikadan daha kısa aralıklarla gelir ve her bir kontraksiyon yaklaşık 40 saniye sürer.<sup>3(s.325-340)-4(s.364-365)</sup> Bu fazda servikal dilatasyon hızı saatte 1,2-1,5 cm arasındadır, saatte 1 cm'den daha az olmamalıdır.<sup>46(s.6)</sup>

**Geçiş fazı:** Fetusun geçişi genellikle doğumun aktif fazına denk gelir. Ayrı bir geçiş fazının varlığı evrensel olarak kabul edilmese de bazı kaynaklarda eylemin birinci evresine geçiş fazı dahil edilmiştir.<sup>52-54</sup> Geçiş fazı servikal dilatasyon 8 cm olduğunda başlar ve dilatasyon tamamlandığında (10 cm olduğunda) sona erer. Kontraksiyonlar 2 dakikadan daha sık aralıklarla oluşurken, kontraksiyon süresi 60-90 saniyedir. Ağrı bel ve perinede hissedilir ve en ağrılı fazdır. Nulliparlarda 3 saatten fazla, multiparlarda 1 saatten fazla sürmemesi gerekir.<sup>3(s.348)-4(s.364-365)</sup>

Doğum evrelerinin süreleri farklı kaynaklarda farklı geçmektedir. Şekil 2.1'de alt-üst sınırları, ortalama süreleri ve 50. persentildeki değerleri verilmiştir.<sup>40(s.261),56</sup>

<i>Doğumun evreleri</i>	<b>Primipar (süre)</b>	<b>Multipar (süre)</b>
<i>Toplam doğum süresi</i>	Ort: 10,1 saat 50. persentil: 25,8 saat	Ort: 6,2 saat 50. persentil: 19,5 saat
<i>İlk evre (latent faz)</i>	5.9-6.4 (25.1*) saat Ort: 6,4 saat 50. persentil:20,6 saat	4.8 (13.6*) saat Ort: 4,8 saat 50. persentil: 13,6 saat
<i>İlk evre (aktif faz)</i>	3.3-7.7 (17.5*) saat	3-7 (13.8*) saat
<i>Doğum eyleminin ilk evresinin süresi</i>	Ort: 9,7 saat 50. persentil:24,7 saat	Ort: 8,0 saat 50. persentil: 18,8 saat
<i>Aktif fazda servikal dilatasyon hızı</i>	Ort: 3.0 cm/saat 50. persentil: 1.2cm/ saat	Ort: 5.7 cm/saat 50. persentil: 1.5 cm/saat
<i>İkinci evre</i>	33-54 (146*)dk Ort: 33.0 dk 50. persentil: 117.5 dk	8.5-18 (64*) dk Ort: 8.5 dk 50. persentil: 46.5 dk
<i>Üçüncü evre</i>	5 (30*) dk Ort: 5 dk 50. persentil: 30 dk	5 (30*) dk Ort: 5 dk 50. persentil: 30 dk
<i>*normalin üst sınırı</i>		

**Şekil 2.1.** Termde Spontan Doğumun İlerleyişi

Bu evrede bakımda;<sup>51(s.55-59)</sup>

- Doğum normal bir şekilde ilerliyorsa herhangi bir müdahale yapılmamalıdır.
- Doğumun herhangi bir evresinde komplikasyon gelişebilir gebe gözlenmeli komplikasyon geçerse normal doğum denenmeli, sorun giderilemiyorsa müdahale edilmelidir.
- Gebeler, doğumun ilk evresinin süresinin farklılık gösterdiği konusunda bilgilendirilmelidir.(Primiparlarda 8-18 saat; multiparlarda 5-15 saat sürebilir.)
- Gebenin ağrısı değerlendirilmeli, sözel ağrı ölçeklerinden ziyade sayısal skorlu ölçekler kullanılmalıdır.



- Doğumu takip ederken Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği partograf kullanılmalıdır.
- Doğum eyleminin ilk aşamasında aşağıdaki gözlemler kaydedilmelidir.
  - Kasılma sıklığının yarım saatlik dokümantasyonu
  - Saatlik nabız ve yarım saatte bir fetal kalp atım hızı
  - 4 saatlik vücut ısısı ve kan basıncı
  - İdrar yapma sıklığı
  - 4 saatte bir vajinal muayene
- Transfer endikasyonlarından herhangi biri varsa gebe uygun birime transfer edilmeli.
- Ağrıyı giderme isteği de dahil olmak üzere gebenin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını sürekli olarak değerlendirilmeli
- Gebe doğumun herhangi bir noktasında analjezi ihtiyacını iletmesi için teşvik edilmelidir.

Bu fazda oksitosin kullanımı, 2 saatte bir vajinal muayene, erken amniyotomi gibi uygulamalar rutin olarak uygulanmamalıdır.

### **2.2.2. İtme Evresi ve Bakım**

İtme evresi, servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlar ve bebeğin doğmasıyla sonlanır.<sup>42(s.7)</sup> Serviks tamamen açıldığında, fetüs başı rektum üzerine baskı yaptığından anne ıkınmaya başlar ve fetüsü aşağı iter.<sup>42(s.7),46</sup> Uterusun kasılmasıyla birlikte fetüs serviksten vajinaya geçerek fetal inişini tamamlar. Bu evrede bulantı kusma görülebilir. Başlangıçta az miktarda olan kanlı mukuslu yapı bu evrede artar.<sup>46</sup> İtme evresinin süresi değişkendir. Bu evre genellikle 1 saat sürer ve 2 saati geçmemelidir.<sup>42(s.7)</sup>

### 2.2.2.1. İtme Evresinin Tespiti

Doğum eyleminin zamanında doğru teşhisi zor olabilir (Eğer preterm dönemde ise tespit etmek daha zordur). Kasılmalar ağrılı ve düzenli ise ve serviksin dilatasyonu 4 cm'den fazla ise doğumun teşhisi kolaydır. Fakat gebe doğum eyleminin latent fazındaysa, ilerleyen herhangi bir servikal değişikliği tespit etmek ve doğumu teşhis etmek için en az 2 saat arayla (ve tercihen muayene eden aynı kişi tarafından yapılan) iki muayene yapılması gerekli olabilir.<sup>49</sup>

Bu evrede gebelerde şu belirtiler gözlemlenebilir;<sup>57(s:18)</sup>

- Kasılmalar sırasında kusma
- Kanlı mukuslu veya parlak kırmızı kanama
- Membranların spontan rüptürü herhangi bir zamanda olabilir, ancak genellikle tam dilatasyonda oluşur.
- İkinme Hissi/İtme Dürtüsü: Her 2-3 dakikada bir, genellikle 60 saniye süren güçlü, itici kasılmalar sırasında oluşur. Bu dürtü servikal dilatasyon tamamlanmadan hemen öncesinde gelebilir veya dilatasyon tamamlandığında ortaya çıkabilir.
- Rektal basınç. Aşağı inen prezentasyon kısmı bağırsak üzerinde büyük bir baskı uygular. Ayrıca anal dilatasyon, şişkin perine, açık vajina şeklinde belirtiler görülebilir.

### 2.2.2.2. Normal Doğumun Mekanizması

Kardinal hareketler olarak da bilinen doğum mekanizmaları, fetal başın doğum kanalından geçişi sırasında pozisyonundaki değişiklikleri ifade eder. Hem fetal başın hem de maternal pelvisin şeklinin asimetrisi nedeniyle, fetüsün doğum kanalını başarılı bir şekilde geçmesi için bu tür rotasyonlar gereklidir. Fetüsün yedi ayrı kardinal hareketi

tanımlanmıştır: Angajman, iniş, fleksiyon, iç rotasyon, ekstansiyon, dış rotasyon ve ekspulsiyondur.<sup>40(s.260-262),42(s.8)</sup>

**Fetal başın angajmanı:** Doğum yapmamış kadınlarda doğum eyleminin başlamasından önceki haftalarda meydana gelir ve multipar kadınlarda genellikle doğumun başlangıcına kadar görülmez. Prezente kısmın inişine ikincil olarak meydana gelir. Fetal baş, mevcut olan en geniş çapıyla (bipariyetal çap) pelvis girişine yerleşir ve baş pelvise sabitlenir ve gebenin karnından fetal başın en fazla beşte üçü palpe edilebilir.<sup>42(s.9),45-46</sup>

**Fetal başın inişi:** Myometriyumun kasılması ve gevşemesine bağlı olarak aşamalı olarak gerçekleşir.<sup>42(s.9),45-46</sup>

**Fetal boynun fleksiyonu:** Fetal başın daha küçük çapta olmasını sağlar, böylece pelvise daha kolay ulaşabilir. Orta derecede fleksiyon ile suboksipitofrontal çapa (yaklaşık 10 cm) ve iyi fleksiyon ile bu suboksipitobregmatik çapa (9,5 cm) dönüşür.<sup>42(s.10),45-46</sup>

**Fetal başın iç rotasyonu:** Fetal başın pelvisten geçerken orijinal konumundan (genellikle doğum kanalına göre enine) anteroposterior konuma dönmesidir. Bu değişiklik tipik olarak fetal oksiputun, simfizis pubise doğru dönmesiyle sonuçlanır, bu da fetal başın en geniş ekseninin pelvik geçişin en geniş ekseni ile hizalanmasına yol açar. Maternal sakrumun eğriliği, fetal başın ilk başta asenkron bir şekilde inmesine neden olur, ancak tipik olarak düzelir. Fleksiyonda olduğu gibi, iç rotasyon pasif bir harekettir.<sup>46</sup>

**Başın taçlanması:** Fetal baş kasılmalar arasında artık introitustan çekilmediğinde meydana gelir.<sup>42(s.10),45-46</sup>

**Fetal boynun uzatılması:** Yüzün perineyi süpürmesine ve çenenin doğmasına izin verir.<sup>42(s.10),45-46</sup>

**Kafanın dış dönüşü:** Doğumdan sonra baş enine bir pozisyona dönerek başın omuzlar ile aynı hizaya gelmesine izin verir. Omuzlar, pelvik çıkışı çaprazlamak için içten ön-arka çapa doğru döner.<sup>42(s.10),45-46</sup>

**Doğumun tamamlanması:** Bu yanal fleksiyonda meydana gelir. Başın nazikçe aşağı doğru çekilmesi, ön omuzun doğumuna izin verir ve bunu, arka omzu doğurtmak için bebeğin yukarı doğru yanal fleksiyonu izler.<sup>45-46</sup>

Bu evrede bakımda;<sup>51(s.59-61)</sup>

- Doğum eyleminin ikinci evresinde aşağıdaki gözlemler gerçekleştirilmeli, tüm gözlemleri partografa kaydedilmeli ve gebenin transfer edilmesinin gerekip gerekmediği değerlendirilmelidir.
  - Kasılma sıklığının yarım saatlik dokümantasyonu
  - Saatlik kan basıncı
  - 4 saatta bir vücut ısısı
  - İdrar yapma sıklığı
- Saatte bir vajinal muayene yapılmalıdır.
- Gebenin duygusal ve psikolojik ihtiyaçları karşılanmaya devam edilmelidir.
- Gebenin davranışı, itmenin etkililiği, bebeğin iyiliği, bebeğin ikinci aşamanın başlangıcındaki konumu değerlendirilmelidir. Bu faktörler, daha sonraki vajinal muayenenin zamanlamasına ve gebenin transfer ihtiyacına karar vermede yardımcı olacaktır.
- Bu evrede; en az 1 dakika boyunca, en az 5 dakikada bir olmak üzere, bir kasılmadan hemen sonra fetal kalp atım hızının aralıklı oskültasyonunu gerçekleştirilmelidir. İki kalp atışı arasında ayırım yapmak için her 15 dakikada bir gebenin nabzını muayene edilmelidir.
- Bu evre süresince kadının pozisyonu, sıvı alımı, başa çıkma stratejileri ve ağrının giderilmesi sürekli değerlendirilmelidir.
- Gebenin kasılmaları yetersizse bu evrede oksitosin kullanılabilir.

- Gebe doğumu için en uygun pozisyonu seçmeli ve içgüdüsel olarak bebeğini itmelidir. Eğer itme yetersizse gebe de isterse pozisyon değişikliği, mesanenin boşaltılması ve cesaretlendirme gibi doğuma yardımcı olacak stratejiler önerilebilir.
- Bu evrede rutin epizyotomiye gerek yoktur.

### **2.2.3. Plasental Evre ve Bakım**

Bebeğin doğumundan sonra plasenta ve membranlarının dışarı atıldığı evredir.

<sup>42(s.7)</sup> Bu evre fizyolojik ve aktif olmak üzere iki şekilde yönetilir. Plasentanın normal kasılmalarla birlikte dışarı atılması fizyolojiktir ve yaklaşık 1 saat sürebilir.<sup>47</sup> Fizyolojik yönetimde plasentanın ayrılma belirtilerini takip etmek gerekir. Bu belirtiler ise; ani vajinal kanamanın gelmesi, umbilikal kord boyunun uzaması, simfizis pubis üzerinde bastırıldığında kordun içeri çekilmemesi, uterusun fundusunun küre şeklini alması ve fundusun umblikus seviyesine yükselmesidir.<sup>58(s.388)</sup> Bu evrenin aktif yönetimi ise plasenta ayrılmadan önce bir uteratonik ajanın profilaktik olarak uygulanması, kordonun klemlenmesi ve umbilikal kordun kontrollü çekilmesinden oluşur. Aktif yönerimde uterus masajı da yapılabilir.<sup>50</sup>

Plasental evrenin süresini Rogers ve ark.<sup>59</sup> yaptıkları çalışmada fizyolojik olarak yönetilirse 15 dakika, aktif yönetilirse 8 dakika sürdüğünü bildirmiştir.<sup>59</sup> Bir diğer çalışmada ise aktif yönetimle 10-15 dakika içinde plasenta doğduğu bildirilmiştir.<sup>60</sup>

Bu evre eğer fizyolojik olarak yönetilecekse; ebe gebeyi gözlemlemeli, eğer ciddi bir kanama yoksa oksitoksik ilaç uygulamamalıdır. Plasentanın spontan ayrılması için beklemelidir. Plasenta annenin itmesiyle doğurtulmalıdır. Bu evrede uterus sık sık palpe edilmemelidir; bu işlem gebe için ağrılıdır, zayıf kasılmalara ve postpartum kanamaya neden olabilir. Sürekli kord traksiyonu yapılmamalıdır.<sup>57(s.26)</sup>

Eğer anne ve bebeğin ayrılması gerekmiyorsa kordon klemlenmemeli (ya da kordonun anne tarafı açık bebek tarafı klemlenerek kesilmelidir), tentene temas teşvik

edilmeli, oksitosin düzeylerini yükseltmek için emzirme teşvik edilmelidir (eğer emziremiyorsa kendi kendine meme başı uyarısı yapılmalı). Anne sıcak ve rahat tutulmalı, yüksek gürültülü ve parlak ışıklı ortamdaki kaçınılmalıdır.<sup>57(s.27)</sup>

Bu evre aktif yönetilecekse bebeğin ön omzu doğduktan sonra ya da bebek doğduktan sonra profilaktik olarak oksitoksik bir ilaç uygulanmalıdır. Syntometrin (ergometrin-oksitosin) yaygın olarak kullanılmaktadır. Cochrane incelemesine göre IV olarak 500-1000ml mayi içinde uygulanmasının (1000 ml'den fazla değil) kanama miktarını azalttığı ancak hipertansiyonun yan etkileri olan bulantı ve kusma daha fazla görülebileceği bildirilmiştir.<sup>57(s.28),61</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2014 önerisinde ise oksitosini 10 IU IM uygulamayı önermektedir.<sup>62</sup> Kord bebeğin doğumundan 3-5 dakika sonra ya da korddaki atım durduktan sonra klemplenmelidir. Fundal bası eşiğinde kontrollü kord traksiyonu ile plasenta doğurtulmalıdır.<sup>57(s.32)</sup>

#### **2.2.4. Kanama Kontrol Evresi ve Bakım**

Plasentanın doğumundan hemen sonraki ilk dört saat kritiktir ve bazı uzmanlar tarafından doğumun dördüncü aşaması olarak kabul edilmektedir.<sup>42(s.7)</sup> İçerisi boşalan uterus artık güçlü bir şekilde kasılır. Bu doğum sonrası kan kaybını azaltan bir mekanizmadır. Bu kasılmalar bazen doğumdan sonraki ilk 30-60 dakika boyunca oldukça ağrılıdır.<sup>41(s.42)</sup> Uterus kasılmanın yetersiz kaldığı durumlarda plasentanın ayrıldığı yerde damar uçlarını açık kalması nedeniyle şiddetli vajinal kanama olabilir. Bu nedenle, ortaya çıkan veya fark edilmeyen doğum sonrası kanamayı tespit ve tedavi etmek için dikkatli olunmalıdır.<sup>42(s.7)</sup>

Bebeğin doğumu, ikinci aşamanın sonunu işaret eder. Plasenta, zarlar ve umbilikal kord tamlık ve anormallikler açısından incelenmelidir.<sup>42(s.8)</sup> Doğumdan sonra perine, vajina ve serviks dikkatlice incelemelidir. Yırtıkların veya epizyotominin tamiri bu

aşamada yapılmalıdır.<sup>41(s.42)</sup> Düzenli kanama kontrolü yapılmalıdır. Annenin kan basıncı ve nabızı doğumdan hemen sonra ve ilk dört saat boyunca her 15 dakikada bir kaydedilmelidir. Normalde, plasentanın doğumundan sonra, sürekli kasılma nedeniyle uterus sertleşir, bu nedenle kadın doğumdan sonra güçlü kasılmalar hissedebilir. Bu kasılmalar sağlıklıdır ve kanamayı durdurmaya yardımcı olur.<sup>42(s.8)</sup> Fundusun konumu ve kıvamı değerlendirilmelidir.<sup>58(s.389)</sup> Bebeği emzirmek için uygun bir zamandır. Anne emzirmeye teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Anne ile bebek ilişkisi gözlemlenmelidir.<sup>41(s.42)</sup> Anne spontan idrarını yapması için desteklenmeli, anne ve bebek için gerekli konularda eğitim verilmelidir.<sup>58(s.390)</sup>

### **2.3. Doğum Ağrısı**

Doğum ve doğumla ilişkili ağrı henüz tam olarak anlaşılammıştır, ancak doğum sürecine özgüdür ve ağrı hissi, doğumun her aşamasında farklıdır. Doğum ağrısı, kadını doğum yapacak güvenli bir yer bulması konusunda uyarır. Doğum ağrısı, kadınlar arasında büyük ölçüde değişir. Bazı kadınlar nispeten ağrısız doğumlara sahiptir ve bazı kadınlar ağrıyı orta derecede tanımlarken, diğerleri ağrıyı şiddetli olarak tanımlamaktadır. Korku ve anksiyete gerginliği artırarak adrenalin salınımına ve ağrının artmasına neden olur.<sup>63-64</sup> Doğum ağrısının yoğunluğu ve ağrıya verilen tepki; kültür, önceki doğum deneyimi, duygusal durum ve beklenti, bilinmeyenden korkma, endişe ve stresten etkilenebilir.<sup>63</sup>

#### **2.3.1. Doğum Ağrısının Özellikleri**

Doğum eylemi sırasında oluşan ağrı sürecin bir parçasıdır, gebe için uyarıcıdır; güvenli bir ortam bulmasını, farklı pozisyonlar almasını sağlar ve fetüsün inişini kolaylaştırır. Diğer ağrılar gibi akut ya da yaralanma sonucu oluşmadığı için hazırlık aşaması vardır; gebeliğe karar verilmesiyle birlikte gebelikten itibaren doğum süreci ve ağrı yönetimi hakkında eğitim alınarak hazırlanılabilir. Doğum ağrısı eylem boyunca var

olsa da doğum sona erdiğinde ağrı düzeyi azalarak sonlanır. Doğum ağrısı belirli aralıklarla gelen, aralarda dinlenme fazı olan bir ağrıdır, kesintisiz bir ağrı değildir.<sup>7(s.23-</sup>

<sup>24)</sup> Doğum eyleminin her evresinde ağrı farklı düzeyde algılanır.

Eylemin birinci evresinde latent fazda genellikle hafif ağrı vardır; ancak korku ve anksiyete orta ya da şiddetli ağrıya dönüştürebilir. Aktif fazda ise orta dereceli uterin ağrı vardır ve ciddi ağrıya dönüşebilir. Doğumun ilk evresindeki ağrılar genellikle servikal dilatasyona bağlı oluşur. İkinci evrede şiddetli uterin ağrı, orta ya da şiddetli perineal ağrı hissedilebilir. Bu evrede ağrı, pelvik periton ve uterus segmentlerinin gerilmesinden ayrıca mesane, üretra ve rektumun gerilmesi ve lumbosakral sinir pleksusu üzerindeki baskı gibi diğer faktörlerden de kaynaklanır.<sup>65</sup> Üçüncü evrede minimal uterin ağrı vardır. Plasentanın ayrılmasıyla kontraksiyonların devam etmesi bu evrede ağrıya neden olur. Dördüncü evrede ise ağrı ya azdır ya da hiç yoktur. Ağrının nedeni uterusun involüsyonu, epizyotomi ya da laserayonlar olabilir.<sup>7(s:28)</sup>

### **2.3.2. Doğum Ağrısının Mekanizması**

Doğum eylemi, yaşama sınırına ulaşan fetüsün dış dünyaya doğduğu aktif süreçtir; sıklığı ve yoğunluğu artan düzenli, ağrılı uterus kasılmaları ile karakterizedir.<sup>66</sup> Doğum ağrısına neden olan temelde dört faktör vardır; kontraksiyonlar sırasında uterusta oluşan iskemi, servikal dilatasyondan ve gerilmeden kaynaklanan uterus ağrısı, pelvik yapılar (fallop tüleri, overler, mesane, perine, rektum) üzerine olan baskı ve çekilme, fetal iniş sırasında oluşan vajina ve perinenin distansiyonudur.<sup>7(s.26)</sup> Bu temel nedenler dışında ayrıca; kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği, anne yaşı, fiziksel durum, doğum sayısı, yaşanmış deneyimler, fetüsün ağırlığı ve pozisyonu, doğum sırasında yapılan uygulamalar ve doğum çevresi, hormonal etki, anksiyete ve korku, kadının yaşadığı kültür, aldığı doğum desteği ve doğuma hazır oluşu, bir önceki doğumundan memnuniyet düzeyi doğum ağrısını etkileyen faktörlerdir.<sup>7(s.29-37)</sup>



Ayrıca doğum ağrısının şiddeti ile ilişkili olan çeşitli değişkenler bulunmuştur. Ana belirleyici paritedir, primiparlar multiparalardan daha fazla ağrı bildirmişlerdir. Ağrılı adet dönemlerinden yakınan kadınlar doğum sırasında daha fazla ağrı yaşarlar ve bu tür kadınların hem adet hem de doğum sırasında daha yüksek seviyelerde prostaglandin ürettikleri öne sürülmüştür. Fiziksel faktörler de rol oynar: daha büyük fetüslerde daha fazla ağrı yaşanır ve daha kilolu anneler daha fazla ağrı hisseder. Doğum eğitimi alarak doğuma hazır olmak, ağrının hem duyuşal hem de duygusal boyutlarında küçük bir azalma sağlar. Doğumun saati bile bir etkiye sahiptir: gece doğum yapan kadınlar gündüz doğum yapanlara göre daha az ağrı çektiği bildirilmiştir. Doğum eylemi ile ilgisi olmayan ağrı deneyimi de doğum ağrısını azaltır; muhtemelen bu tür bireyler başa çıkma stratejileri geliştirme fırsatı buldukları içindir. Son olarak, kadınların yatay pozisyondan ziyade dik olarak doğum yapmalarına izin verildiğinde daha az ağrı hissettiğine dair kanıtlar vardır.<sup>67</sup>

Doğum ağrısının visseral ve somatik olmak üzere iki bileşeni vardır. Serviks, doğumun hem birinci hem de ikinci aşamasında merkezi bir role sahiptir.<sup>66</sup>

### **2.3.2.1. Visseral Doğum Ağrısı**

Visseral doğum ağrısı, doğumun ilk aşamasının erken fazlarında ve ikinci aşamasında ortaya çıkar. Her uterus kasılmasında, basınç servikse iletilerek gerilmeye neden olur ve uyarıcı nosyoeptif aferentleri aktive eder. Bu afferentler endoserviksi ve T10 - L1'den alt segmenti innerve eder. Doğumun erken evrelerindeki ağrılar, alt karın, sakrum ve sırtta hissedilen ağrılar visseral ağrılardır. Bu ağrı, karakter olarak donuktur ve opioid ilaçlara her zaman duyarlı değildir; opioidlere yanıt, uygulama yoluna bağlıdır.<sup>66</sup>

### **2.3.2.2. Somatik Doğum Ağrısı**

Somatik doğum ağrısı, visseral ağrıya ek olarak, doğumun ilk evresinin sonlarında ve ayrıca ikinci aşamada meydana gelir. Serviks, perine ve vajinanın yüzeyini innerve

eden afferentler nedeniyle ortaya çıkar ve pelvik taban, perine ve vajinanın gerilmesi, iskemi ve yaralanması (yırtılma veya iyatrojenik) sonucu oluşur. Fetüsün inişi sırasında kendini gösterir ve bu aktif evrede rahim ritmik ve düzenli bir şekilde daha yoğun kasılır. Doğum ağrısının yoğunluğu, servikal dilatasyonun artmasıyla artar ve uterus kasılmalarının yoğunluğu, süresi ve sıklığıyla ilişkilidir. Somatik ağrı doğuma yakın ortaya çıkar, karakter olarak keskindir ve vajina, rektum ve perine bölgesinde kolayca lokalize olur. T10 ve L1'e yayılır ve visseral ağrıya göre opioid ilaçlara daha dirençlidir.<sup>66</sup>

Kısaca özetleyecek olursak kontraksiyonlara bağlı oluşan ağrılar visseral ağrılardır, genellikle ilk evrede ortaya çıkar. Bu ağrıların iletimi yavaştır, sıklıkla karın, bel ve rektumda görülür. Uterus kasılmalarına bağlı ağrıya ek olarak, fetal başın inmesi, lumbosakral pleksus köklerine ve diğer pelvik yapılara baskı yaparak uyluklarda, bacaklarda ağrıya neden olabilir.<sup>67</sup> Bebeğin doğumu sırasında oluşan ağrılar ise somatik ağrılardır. Doğum kanalının ve perinenin gerilmesiyle oluşan ağrı, 2., 3. ve 4. sakral sinirlerden elde edilen pudental sinir yoluyla iletilir. Bu somatik bir sinir olduğu için doğum sırasında yaşanan ağrı yoğun ve keskindir.<sup>68</sup>

### **2.3.3. Doğum Ağrısını Anlamada Kullanılan Ağrı Teorileri**

Ağrının iletilmesi, algılanması ve değerlendirmesini açıklamaya çalışan teoriler vardır. Bunlar; spesifik teori, model teorisi, yoğunluk teorisi, kapı kontrol teorisi,<sup>68</sup> endorfin teorisi.<sup>69(s.45)</sup>

**Spesifik teori:** Cilde uygulanan ağrılı bir uyaran ilgili reseptörlerle sırasıyla spinal kord, talamus ve korteksteeki özel ağrı bölgesine taşınır, yani ağrının özel bir taşınma yolu vardır.<sup>68</sup> Ağrının tipinin ne olduğu beyinde değerlendirilir.<sup>70(s.145)</sup> Bu teori; ağrılı uyaran ortadan kalktığında ağrının neden devam ettiğini açıklayamadığı için bazı yetersizlikleri vardır.<sup>68</sup>

**Model (Pattern) teorisi:** Sinir uyarımının spinal korda girmesinin ardından ağrı oluşturabilmesi için uyarımın belli bir düzeyde birikmesi gerekir.<sup>70(s.145)</sup> Bu teoride bütün ağrılar aynı yolla taşınır, ağrının farklılığı beynin yorumlamasıyla ilgilidir.<sup>68</sup>

**Yoğunluk teorisi:** Dokunma, görme, duyma, koku, tatma duyularının ve ısının aşırı derece uyarılması ağrı oluşturur. Bu teoride her duyunun taşındığı yol ağrı yolu olarak ta düşünülür.<sup>68</sup>

**Kapı Kontrol teorisi:** Ağrılı uyarın sinir sistemindeki kapılar açıksa ağrı merkezine ulaşır ve ağrı hissedilir; eğer kapılar kapalı ise uyarın iletilmez ve ağrı hissedilmez.<sup>69(s.44)</sup>

Bu teoriye göre;

- Spinal korda aynı zamanda ve yerleşimde birkaç impuls ulaştığında biri daha baskın hale gelir. Buradaki uyarın uzatılırsa kapı kapanır, uyarın birikirse kapı açılarak ağrı geri döner.
- Serebral korteks gibi yüksek merkezler ağrı algısını ve ağrıya verilecek cevabı etkiler. Bu merkezlerden gelen uyarınlar kapıyı kapatarak ağrının taşınmasını engeller.<sup>70(s.160)</sup>

**Endorfin Teorisi:** Vücutta üretilen norepinefrin ve serotonin endojen opioidlerdir. Bu maddeler nosiseptif liflerinin depolarizasyonunu inhibe ederek ağrı oluşumu engellerler.<sup>69(s.45)-70(s.173)</sup>

#### 2.3.4. Ağrı Şiddetinin Ölçülmesi

Ağrı öznel bir deneyimdir ve ölçülmesi zor olsa da farklı teknikler kullanılmaktadır.

##### 2.3.4.1. Objektif Yöntemler

Plazma kortizol ve ketakolamin düzeyindeki artış, kalp-damar sistemindeki parametrelerin artışı, solunum sisteminde meydana gelen değişimlerin ölçülmesinden oluşan fizyolojik yöntemler,

Plazma bata-endorfin seviyesinde değişim(ağrıyla ters orantılı) ve termografiyle cilt ısındaki değişimin ölçülmesinde oluşan nörofizyolojik yöntemler,

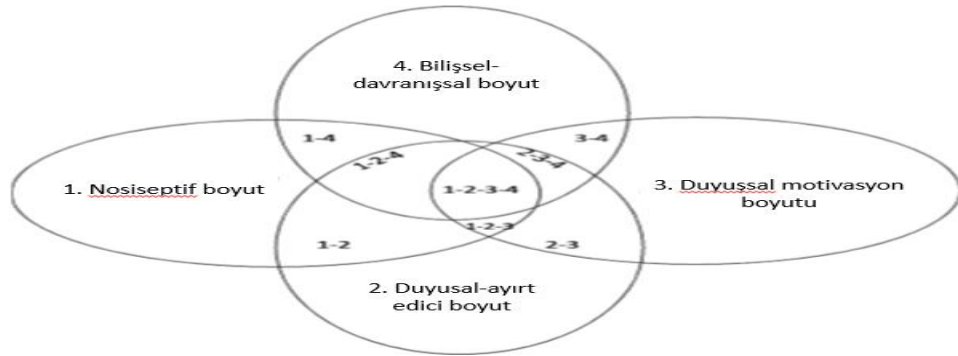
Sinir iletim hızının ölçülmesi, uyarılmış yanıtların tespiti, pozitron emisyon tomografinin kullanılmasından oluşan nörolojik yöntemler ağrının şiddetinin tespitinde kullanılan objektif yöntemlerdir.<sup>71</sup>

#### 2.3.4.2. **Subjektif Yöntemler**

Bireyin kendisinin ya da bir başkasının ağrısını değerlendirdiği yöntemlerdir, tek boyutlu ve çok boyutlu ağrı ölçekleri kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler; “Sözel kategori ölçeği, Sayısal ölçekler, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Burford Ağrı Termometresi’dir.” Çok boyutlu ölçekler ise; “Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu, Dartmount Ağrı Soru Formu, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili ve Davranış Modelleri’dir.”<sup>36</sup>

#### 2.3.5. **Doğum Ağrısının Boyutları**

Ağrı, özellikle doğum sırasında karmaşık bir olgudur. Bonapace ve ark. aktardıklarına göre; “ağrının en az dört boyutu vardır: nosiseptif (zararlı uyanlar), duyuşal ayırt edici (yoğunluk), duyuşal-motivasyonel (hoş olmayan, duyuşal yön) ve bilişsel-davranışsal (davranış).” Bu boyutlar birbirlerinden etkilenirler ve dairesel ağrı modelini (Şekil 2.2) oluştururlar.<sup>72</sup>



Şekil 2.2. Dairesel Ağrı Modeli

### **2.3.5.1. Nosisseptif Boyut**

Bu boyut, gerçek veya potansiyel yaralanmayı içerir. Doğum eyleminin ilk aşamasında, nosisepsiyon serviksin, bağların, kasların, yapıların ve komşu dokunun gerilmesinden kaynaklanır.<sup>73(s.149)</sup> Tipik olarak, ağrı hissi alt karın bölgesinde ve sırttadır.<sup>74</sup>

Doğum eyleminin ikinci evresinde, pelvik taban, perine, perineal kaslar ve pelvik boşluğun gerilmesi ve sakral sinirlerin kökleri üzerindeki kuvvetli basınç nedeniyle pelviste oluşan traksiyondan nosisepsiyon oluşabilir. Nosisepsiyon pudental sinirler tarafından iletilir; ağrı perine ve anüs bölgelerinde, karnın alt kısmında, uyluklarda ve bacakların alt kısmında daha ciddi hissedilir.<sup>73(s.149)</sup>

### **2.3.5.2. Duyusal-Ayırt Edici Boyut**

Bu boyut, ağrının yoğunluğunu ve eşiğini belirlemeyi mümkün kılar. Bu boyutta ağrıyı azaltmak için etkilenen bölgeye uygulamalar yapılabilir, başka bir ağrılı uyaran verilebilir ya da farmakolojik yöntemler kullanılabilir.<sup>72</sup>

### **2.3.5.3. Duyuşsal Motivasyon Boyutu**

Bu boyut, ağrının hoş olmayan bir durum (tatsız bir durum) olduğunu ölçmek için kullanılır. Duygulardan, değerlerden ve deneyimlerden etkilenir. “Acıyı” ifade eden unsurdur. Bu boyutta ağrıyı azaltmaya yönelik müdahaleler, destek (güvende ve korunmuş hissetme), bilişsel yeniden yapılandırma, duygusal bakım, çevresel ortam ve sağlık personeli ile ilişki gibi beynin daha yüksek merkezlerini ilgilendiren yaklaşımları içerir.<sup>75</sup>

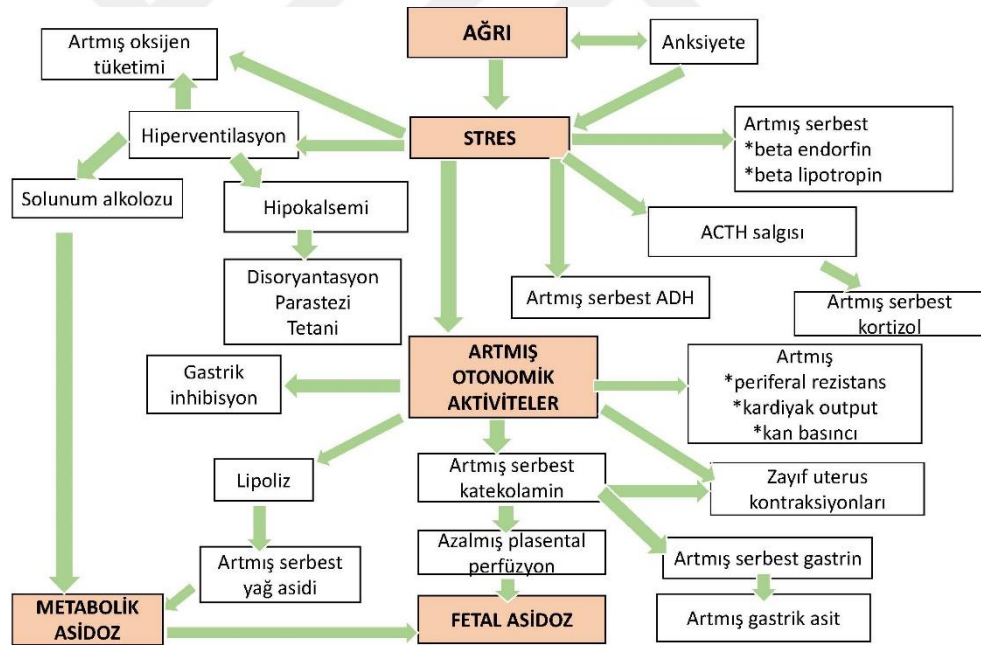
### **2.3.5.4. Bilişsel-Davranışsal Boyut**

Bu boyut, bir kişinin acı deneyimini ifade etme biçimini ifade eder. Bu boyut, kültürel, duygusal, motivasyonel, sosyal ve bilişsel faktörlerden büyük ölçüde etkilenir. Herkes acıyı farklı şekilde dışa vurur. Başkaları acı hakkında varsayımlarda bulunamaz:

acı bir algıdır ve kadının deneyimlediği şeyle başkalarının algıladığı arasında hiçbir ilişki olmayabilir.<sup>76-77</sup>

### 2.3.6. Doğum Ağrısının Anne ve Fetüs Üzerine Etkisi

Doğum ağrısının anne ve fetüs üzerine fizyolojik ve psikolojik etkileri vardır.<sup>7(s.25-26)</sup> Doğum ağrısı vücutta yaygın bir fiziksel stres tepkisine neden olur; anne ve fetüsü etkiler. Oluşan bu fiziksel stresin solunum sistemi, endokrin, dolaşım sistemleri, gastrosintestinal fonksiyon, uterus kontraktilesi üzerine, metabolik, plasental-fetal etkileri vardır. Ancak komplike olmayan bir doğum eylemi sırasında bu tür etkiler büyük ölçüde zararsız olabilirken, belirli tıbbi veya obstetrik komplikasyonların varlığında potansiyel olarak zararlıdır. Doğum ağrısının anne ve fetüs üzerine fizyolojik etkileri aşağıdaki Şekil 2.3'te kısaca özetlenmiştir.<sup>67</sup>



Şekil 2.3. Doğumun İlk Aşamasında Uterus Kontraksiyonlarının Neden Olduğu Ağrıya Verilen Fizyolojik Tepkiler

Kadınlar genelde doğum ağrısını iyi tolere ederler. Ancak doğum ağrısının tam olarak yönetilmemesi annede mutsuzluk, üzüntü ve hayal kırıklığına, anne ruh sağlığı ve aile ilişkileri üzerinde olumsuz sonuçlara, uzun vadeli duygusal strese neden

olmaktadır;<sup>78</sup> postpartum depresyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır.<sup>7(s.26)</sup> Doğum sonrasında bebeğiyle etkileşim kurması ertelenmekte ya da bu süreçte zorluk yaşamaktadır. Çünkü ağırlı geçen bir doğum onu yormuş, yıpratmış ve tüketmiştir. Bu durum ise anne-bebek bağlanmasını geciktirmekte, bebeğin temel besin desteği olan anne sütü almasını engellemekte, bebeğin fiziksel, bilişsel ve ruhsal gelişimi olumsuz etkilemektedir.<sup>79</sup> Ciddi doğum ağrısı partneriyle olan cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilir ve gelecekteki gebelik korkusuna neden olabilecek ciddi uzun vadeli duygusal rahatsızlıklar yaratabilir. Bazı durumlarda, “doğal” doğum bekleyen kadınların partnerleri, eşlerinin bu kadar şiddetli acı yaşadıklarını gördükten sonra kendilerinde suçluluk duygusu ardından iktidarsızlık ve fobiler gelişmiş, psikoterapi görmek zorunda kalmışlardır.<sup>73(s.152)</sup>

#### **2.4. Doğum Ağrısının Yöntemi**

İdeal olarak, doğum ağrısı yönetimi süreci, doğum öncesi dönemde başlar. Diğer akut ağrı deneyimlerinin aksine, doğumun ağrı ve rahatsızlığı tahmin edilebilir çünkü gebeliğin nihai sonucu doğumdur. Doğum ağrısının bu özelliği, kadın tarafından ağrı yönetimi stratejilerinin hazırlanması ve geliştirilmesi için önemli bir fırsat sağlar.<sup>80</sup>

Ağrı yönetimi; seçilen sağlık profesyoneliyle planlama yaparak veya doğum eğitmeni tarafından kadının kendi kendini analiz etmesinin kolaylaştırılmasıyla başlar. Kadının; doğum ağrısıyla ilgili beklentileri nelerdir, doğum sırasındaki olası ağrı ve rahatsızlık kaynakları hakkında neyi anlıyor ya da inanıyor, geçmişte ağrıyla ilgili hangi deneyimleri yaşadı ve bu tür deneyimlerle başa çıkmasına yardımcı olmak için hangi stratejileri kullandı? Bunlar, kadının ağrı yönetimine yaklaşımını planlamaya başlamasına ve bakım veren profesyonelin gerektiğinde müdahaleyi başlatmasına yardımcı olacak doğum öncesi değerlendirme alanlarından bazılarıdır. Örneğin, doğum sürecinde veya doğum anında ağrıdan aşırı derecede korkan bir kadın, korkularını

tartışmak için ekstra bir doğum öncesi ziyaretten veya korkularını ifade etmesine ve anlamasına yardımcı olabilecek ve belki de onları dağıtmasına yardımcı olabilecek bilgili bir psikolojik danışmanla yapılan seanslardan faydalanabilir. Danışmanlık almak, konu hakkında kaynaklar okumak, doğum dersleri, başa çıkma stratejisi provası, fiziksel uygunluk eğitimi veya başka bir kadının doğumuna katılmak, kadının ağrı yönetimi planı için yaptığı hazırlıkların bir parçası olabilir.<sup>80</sup>

Doğum yeri ne olursa olsun, evde, bağımsız doğum merkezinde veya hastanede, kadın doğum sırasında profesyonel bakıma girdikten sonra, ağrı değerlendirmesi kadın ve bakım veren profesyonel arasında ortak bir çaba haline gelir.<sup>80</sup>

Doğum sırasında ağrı değerlendirmesi, doğrudan ve dolaylı değerlendirme yöntemlerini içerir. Ağrının çok boyutlu olduğu unutulmamalıdır. Ağrının duyusal ve duygusal boyutları olduğu dikkate alınarak, değerlendirme sadece kadının ağrısının ve rahatsızlığının yoğunluğunu, konumunu ve modelini değil, aynı zamanda ona neden olduğu sıkıntı derecesini de içermelidir. Ağrı ve sıkıntının sözlü değerlendirmesi kasılmalar arasında yapılmalıdır.<sup>80</sup>

Kadınlar doğum sırasında ağrı yönetimi için çok çeşitli yöntemler kullanır. Kullanılan bu yöntemler farmakolojik ve nonfarmakolojik (tamamlayıcı ve alternatif tıp) olmak üzere iki genel başlık altında toplanabilir.<sup>11,81</sup> Genel olarak, farmakolojik olmayan yöntemler öncelikle kadınların doğum ağrılarıyla baş etmelerine yardımcı olmayı amaçlarken, farmakolojik yöntemler öncelikle doğum ağrısını gidermeyi amaçlamaktadır.<sup>11</sup>

Farmakolojik yöntemlerle ilgili kararlar spesifik ve zamana yönelik olsa da, nonfarmakolojik yöntemler, kadın ve destek kişiler tarafından ya da ebe/hemşire tarafından hekimden bağımsız olarak uygulanabilen, teker teker veya kombinasyon



halinde, bir kasılma için veya doğum eylemi süresince kullanılabilen geniş bir yöntem yelpazesine sahiptir.<sup>80</sup>

Genel olarak, kadınlar doğum sırasında kendilerine en çok yardımcı olacağını düşündükleri ağrı yönetimini seçmekte özgür hissetmelidir. Nonfarmakolojik ağrı yönetimini seçen kadınlar, gerekirse bir ilaç müdahalesine geçmekte özgür hissetmelidir. Gebelik sırasında kadınlara, farklı ağrı kontrol yöntemlerinin kendileri ve bebekleri üzerindeki yararları ve olası yan etkileri anlatılmalıdır.<sup>11</sup>

#### **2.4.1. Doğum Ağrısı Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler**

Farmakolojik ağrı yöntemleri; sistemik analjezi, inhalasyon analjezisi, rejyonel (bölgesel) analjezi, paraservikal ve pudental bloktan oluşmaktadır.<sup>73(s.153-159)</sup>

**Sistemik analjezi:** Bölgesel analjezik yöntemlerle giderilemeyen doğum ağrısını yönetmek için kullanılan birincil ajanlardır, narkotik/opiodler aracılığıyla uygulanır. Meperidin (Demerol), morfin, alfaprodin, nalbuphine ve fentanil kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar daha önceki yıllarda kas içi uygulanmasına rağmen artık doğum ağrısı için kullanılması gereken toplam miktarı ve fetüs üzerine olan etkilerini azaltmak için küçük intravenöz dozlarda verilmektedir.<sup>73(s.153)</sup> Sistemik analjezikler; annede bulantı, kusma, mide boşalmasının gecikmesi, sedasyon, hipoventilasyon gibi yan etkilere sahipken, bütün opoidlerin plasentayı kolaylıkla geçmesi fetüste neonatal solunum depresyonu ve sedasyona neden olmaktadır.<sup>82-84</sup>

**İnhalasyon analjezisi:** Ciddi maternal ve neonatal depresyona neden olmadan orta dereceli ağrıyı, en uygun zamanda uygulandığında ağrıyı hızla gideren bir yöntemdir. %40-50 oksijen içinde verilebilen nitroz oksit veya sevofluran ve desfluran en çok uygulanan ilaçlardır. Hızlı uygulanması, etki süresinin kontrol altında tutulması ve işlem bittiğinde vücuttan hızla uzaklaşması nedeniyle doğumda çıkım aşamasında çok kısa

sürekli olarak kullanılmaktadır. İnhalasyon analjezisi entübasyonun zor olduğu, maternal asfiksi ve maternal mortalite riski taşıdığı için çok tehlikeli bir uygulamadır.<sup>85</sup>

**Bölgesel analjezi:** Herhangi bir merkezi sinir sistemi depresyonu olmaksızın mükemmel bir şekilde ağrının giderilmesini sağlar. Başka bir deyişle, anne, ağrı hissetmeden, uyanık ve kontrol hissini devam ettirerek yaşamının en güzel deneyiminin tadını çıkarabilir.<sup>73(s.154),86</sup> Epidural, kombine spinal-epidural ve kaudal analjezi şeklinde uygulanabilir.<sup>86</sup> Anne ve fetüs açısından komplikasyon riski azdır. En sık kullanılan bölgesel analjezi yöntemi epidural analjezidir. Doğum ağrısı sırasında oluşan fizyolojik yanıtları en aza indirerek eyleme aktif katılımını sağlar.<sup>66</sup> Kombine spinal-epidural analjezi, doğumun erken ve ilerlemiş safhalarında kullanılabilir. Spinal anestezinin etkisinin erken başlaması ve epidural analjezinin etkisinin uzun sürmesi ise bu yöntemin avantajıdır. Kaudal analjezi, doğumun ikinci evresinde ağrı gidermede uygun bir yöntem olsada, birinci evrede ağrı gidermede çok iyi bir yöntem değildir. Birinci evrede kullanımı toksik reaksiyonlara neden olabilir.<sup>86</sup>

**Paraservikal ve pudental blok:** Bu teknik deneyimli kişiler tarafından uygulandığında 1. ve 2. evrede kusursuz bir analjezi sağlayabilir. Ancak uygulamada anneye ilaç verildikten sonra fetüste bradikardiye neden olduğu için bu uygulama artık terkedilmiştir.<sup>73(s.155),87</sup> Obstetrik anestezi hizmeti veren kurumlarda ise bilateral pudental blok, kadın doğum uzmanları tarafından hala kullanılmaktadır.<sup>73(s.155)</sup>

#### **2.4.2. Doğum Ağrısı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemler**

Ağrı, tıbbi yardım almanın en yaygın nedenidir. İnsanların tamamlayıcı ve bütünleştirici sağlık yaklaşımlarına yönelmesinin de yaygın bir nedenidir.<sup>88</sup>

Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan yöntemler; gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleri olmak üzere dört başlık altında toplanabilir.<sup>13</sup>

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary

and Alternative Medicine) ise yaptığı sınıflamada genel olarak altı tane alternatif ve tamamlayıcı tedavi kategorisi belirlemiştir. Biyoelektromanyetik, diyet ve yaşam tarzı, şifalı bitkiler, manuel şifa, zihin-vücut müdahaleleri ve farmakolojik/biyolojik tedavileri içerir. Biyoelektromanyetik, TENS ve akupunktur gibi uygulamaları içerir. Diyet tedavisi, makrobiyotik diyet gibi belirli yiyeceklerin kullanılmasını veya bunlardan kaçınılmasını içerir. Terapötik dokunuş ve masaj, manuel iyileşmenin örnekleridir. Hipnoz, biofeedback ve gevşeme teknikleri zihin/beden müdahaleleri olarak kabul edilir. Vitaminler bir tür farmakolojik tedavidir.<sup>89</sup>

Simkin ve Bolding<sup>90</sup> yaptıkları bir çalışmada ise nonfarmakolojik yöntemleri; ağrılı uyarının iletimini engellemek için deriye yapılan uygulamalar, ağrılı uyarının iletimini engellemek için yapılan işitsel veya görsel uygulamalar ve bir hissin ağrılı olarak yorumlanmasını kontrol eden bilişsel süreçler şeklinde kategorize etmiştir. Doğum ağrısının yönetiminde deriye yapılan uygulamalar; efloraj ve sakral basınç, sıcak ve soğuk uygulamalar, hidroterapi-banyo, terapötik dokunma, masaj, TENS uygulaması, steril su enjeksiyonu, bitkisel tedaviler, aromaterapi, hemeopati, akupunktur, aküpresür ve refleksolojidir. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan işitsel ve görsel teknikler; odaklanma ve dikkat dağıtma, solunum teknikleri, hipnoz, biofeedback, müziktir. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan bilişsel süreçler ise; doğum öncesi eğitim, doğumda sürekli destek, rahatlama ve hayal kurmadır.<sup>90-91(s.62)</sup> Uygulama kategorilerinin sınıflandırılması değişikçe herhangi bir yöntem diğer bir kategoriye dahil olabilmektedir. Örneğin; Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi'nin yaptığı sınıflandırmada hipnoz ve biofeedback zihin/beden müdahaleleri olarak kabul edilirken; Simkin ve Bolding'in çalışmasında işitsel ve görsel teknikler olarak kabul edilmiştir.

Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanmanın birçok avantajı vardır. Yapılan uygulamalar doğum eylemini yavaşlatmaz, bildirilen bir yan

etkileri ve alerjik reaksiyonları yoktur. Bu uygulamalar alternatif yöntemler olduğu için istenildiğinde ilave ilaç kullanılabilir ya da ilaçla kombine hali kullanılabilir.<sup>13,91(s.63)</sup> Bu uygulamaların tek sınırlılığı ise istenilen düzeyde ağrı kontrolü sağlayamayabilir ve ilave analjezi ve anestezi kullanımına neden olabilir.<sup>91(s.63)</sup> Doğum ağrısının yönetiminde uygulanan nonfarmakolojik yöntemlerin algılanan doğum ağrısını azaltıp, kadının gevşeme ve rahatlama düzeyini artırarak doğuma bağlı korku ve anksiyeteyi azaltmaktadır. Günümüzde kadınlar doğum ağrısıyla başetmek için yaygın bir şekilde nonfarmakolojik yöntemleri tercih etmekte ve kullanmaktadır.<sup>22</sup>

Günümüzde doğum ağrısı yönetiminde kullanılan yöntemlerden bazıları şunlardır;

***Efloraj ve sakral basınç uygulaması:*** Efloraj hafif bir masaj çeşidi olup doğum ağrısı sırasında kadın ya da destekçisi tarafından vücudun herhangi bir kısmına uygulanabilir. Ritmik şekilde daire ve çizgiler çizerek aşağı ve yukarı yönlü ovularak yapılır. Sakral basınç ise fetal oksipital kemiğin sakruma yaptığı basıncı karşılayacak şekilde destek veren kişi tarafından elle ya da sert bir cisimle düzenli basınç uygulanarak yapılır. Bu teknik sakrumu ilium ile normal hizaya getirerek ağrıyı azaltır.<sup>91(s.64-65)</sup>

***Sıcak ve Soğuk Uygulama:*** Sıcak uygulama doğum sırasında oluşan bel ağrısını gidermek için kullanılır. Uygulamada ısıtılmış ped, sıcak su torbaları kullanılabilir. Soğuk uygulama, doğumda kadın terlemişse rahatlatmak amaçlı soğuk suyla ıslatılmış pedlerle yüzü, kolları ve elleri silinebilir ayrıca alınına soğuk ve ıslak ped bırakılabilir. Yine bel ağrısını gidermek içine buz konulmuş bir torba sakral bölgeye konularak ağrı giderilebilir.<sup>13</sup>

***Banyo-Duş-Hidroterapi:*** Ilık suda duş almak ya da eylem süresince ılık suyun içinde bulunmak gevşemeyi artırarak doğum ağrısını azaltmaktadır. Suyun sıcaklığı 35.6-

36.7<sup>0</sup>C olmalıdır. Sürekli elektronik fetal monitör takibi isteyen ve amniyotik mayisi mekonyumlu olanlar bu yöntemi kullanmamalıdır.<sup>92</sup>

**TENS (Deri Altı Sinir Uyarımı):** Deriye yerleştirilen elektrotlarla belirli frekans ve yoğunlukta elektriksel uyarın verilerek uygulanan basit ve invaziv olmayan bir yöntemdir. Doğum eyleminin ilk evresinde sırta T10-L1 seviyesine ve sakral bölgeye uygulanırken ikinci evrede S2-S4 seviyesine uygulanır. Birinci evrenin ağrı yönetiminde daha başarılı bir yöntemdir.<sup>14</sup>

**İntrakutanöz Steril Su Blokları (IISW):** Doğum sırasında oluşan (özellikle oksiput posterior pozisyonda) şiddetli ve sürekli olan sırt ağrını azaltmaktadır. Bu yöntemde 0.05-1 ml steril su sakrum üzerinde belirlenen dört bölgeye uygulanarak papül oluşturulur, steril su sinir uçlarını rahatsız ederek ağrı iletimini azaltır. İşlem sonrası 20-30 saniyelik batma hissinden sonra yaklaşık 45 dk-2 saat arası ağrı hissi azalır.<sup>91(s.79)</sup>

**Aromaterapi:** Doğum sırasında ortaya stresi azaltmakta ve kadının ağrısını daha iyi tolere etmesini sağlamaktadır. Gül, lavanta, neroli, misk, adaçayı ve diğer uçucu yağlar kadının banyosuna, yüz sildiği havluya, masaj yağına veya doğrudan cildine uygulanabilir. Doğumun farklı aşamalarında kullanmak için birkaç farklı yağ seçilmesi önerilir. Öneriler, doğumun ilk aşaması için bebek inmeye başlamadan önce sakinleştirici yağ kullanımını içerir. Doğumun ikinci aşamasında ise, pek çok kişi tarafından nane yağının güç duygusunu teşvik ettiği bulunmuştur.<sup>93</sup>

**Homeopati:** Genellikle bitkilerden elde edilen ana özütün 10 ya da 100 kez seyreltilmiş haliyle “benzeri benzer olanla tedavi et” mantığına dayanan bir uygulamadır. Doğum sırasında kontraksiyonların düzenlenmesi ve özellikle postiror pozisyonlardan kaynaklanan ağrının giderilmesinde kullanılmaktadır. “Caulophyllum, cimicifuga, pulsatilla, kali carbanicum, aconite, arnica, hypericum, chammamila, staphisagria ve

carvobeg” bu alanda en çok kullanılan hemopatik maddelerdir. Ancak doğumda homeopatinin kullanılması konusunda yeterli kanıt yoktur.<sup>94</sup>

**Akupunktur:** Vücudun belirli bölgelerine çok ince iğneler sokularak ya da çok hassas akupunktur noktalarına manuel uyarı, ısı veya elektriksel uyarı verilerek uygulanır.<sup>95</sup> Klasik Çin öğretisine göre; vücudun her yerine yerleştirilmiş yüzlerce akupunktur noktası vardır. Ayrıca vücutta ve yüzeyinde düzenli modellerde çalışan enerji kanalları ("qi") vardır. Bu enerji kanallarına meridyenler denir. Ağrının enerji akışındaki dengesizlikleri yansıttığı düşünülmektedir.<sup>96</sup> Akupunktur uygulamasıyla enerji akımının düzeldiğine, vücudun yeniden dengesinin kurulduğuna, iyileşmek için vücudun kendi kendine harekete geçtiğine ve bireyin sağlığına kavuştuğuna inanılmaktadır.<sup>97</sup> Akupunkturun analjezi üretmek için neden işe yaradığına dair en yaygın kabul gören teori, endojen endorfin salınımını arttırmasıdır. Kasta sinir liflerinin iğnelenmesi, omuriliğin, orta beyin ve hipotalamus-hipofiz sisteminin ilgili bölgelerini harekete geçiren uyarılar gönderir. Omurilik, nosiseptif girdinin beyne ulaşmasını engellemek için enkefalin ve dinorfin salgılar. Orta beyin ayrıca, monoaminler, serotonin ve norepinefrin dahil olmak üzere nörotransmitterlerin bir kombinasyonu ile omurilik ağrısı iletimini daha da inhibe eden sistemi harekete geçirmek için enkefalin üretir. Akupunktur iğneleme ile hipotalamik uyarı, beta-endorfinin hipofizden kana ve beyin omurilik sıvısına salınmasına yol açarak analjeziye yol açar. Birçok durumda ağrıyı gidermek için akupunkturun akılcı kullanımına dair çok fazla kanıt olmasına rağmen, doğum analjezisi için yeterli kanıt mevcut değildir.<sup>96</sup>

**Akupresür (Shiatsu-Bası uygulaması):** Akupunkturla aynı çalışma prensibine sahiptir. Vücutta akupunktur noktaları üzerine parmak, avuç içi veya özel uyarıcı bantlarla bası uygulayarak enerji akımının düzeltilmesiyle iyileşmenin sağlandığına inanılır. İnvaziv olmayan, uygulaması basit bir yöntemdir. Akupunkturda olduğu gibi

endojen endorfin salınımını arttırarak ağrıyı azaltır.<sup>34</sup> Yapılan çalışmalar SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısını azalttığı yönündedir.<sup>98-100</sup>

**Refleksoloji:** Vücudumuzda bulunan her bir organ ve bölgenin el, ayak ve kulaklarımızda onları temsil eden ve yöneten birer yansıma noktası olduğuna inanılmaktadır. Herhangi organdaki rahatsızlığı düzeltmek için el, ayak ya da kulaktaki ilgili noktaya basınç uygulanmaktadır.<sup>32</sup> Refleksoloji ile uterus oksitosin salınımını uyarılabilir, kontraksiyonlar düzenlenebilir ve kontraksiyon sırasında gevşeme sağlanabilir. Ayrıca algılanan doğum ağrısını azalttığı, doğumun süresini kısalttığı bildirilmiştir.<sup>101-102</sup>

**Odaklanma:** Doğum sırasında küçük hareketsiz objelere odaklanarak kontraksiyon sırasında dikkat başka yöne verilir ve doğumda kadının kontrolünün devamı sağlanır.<sup>13</sup>

**Hayal kurma:** Doğum sırasında kadının ağrıdan farklı bir şeye yoğunlaşmasını ve gevşemesini sağlar, kadının ağrı algısını azaltır.<sup>13</sup>

**Solunum Teknikleri:** Doğum ağrısı sırasında solunum tekniklerinin kullanılması kadının dikkatini dağıtmaktadır. Eğer bu teknikler doğru kullanılırsa; kadının ağrı eşiğini yükseltip, gevşemesine, fetal-plasental dolaşımın rahatlamasına ve varolan doğum ağrısıyla daha iyi baş etmesini sağlamaktadır.<sup>92</sup>

**Yoga:** Aklın ve bedenin kontrol edilmesi temeline dayanarak özel nefes teknikleriyle bilinci yükselterek rahatlama sağlar. Doğumda gevşemeyi, anne ve fetüse giden kan akımını ve oksijeni arttırmayı sağlar. Ayrıca doğum süresini kısaltıp, hissedilen acıyı, algılanan ağrıyı ve analjezi ihtiyacını azaltmaktadır.<sup>21</sup>

**Hipnoz:** Beynin alfa ve teta aralığında yaşanan, yaşanan her şeyin farkında olunan yoğun bir konsantrasyon ve derin bir gevşeme durumudur. Birey uyanık ve bilinçli bir haldedir; kısacası bilinçli dikkatin belli bir konuya odaklanmasıdır. Doğum sırasında

kullanılan hipnoz, doğum ağrısını kontrol altına alarak, kadının pozitif bir doğum deneyimlemesini sağlar.<sup>103</sup> Ayrıca doğum sırasında kendi kendine hipnoz uygulayanların daha az analjezi ve ağrı kontrolünde yüksek memnuniyete sahip oldukları bildirilmiştir.<sup>104</sup>

**Biofeedback:** Hipnoz gibi bir gevşeme tekniğidir ve uygulanabilmesi için kadının doğum eylemindeki fizyolojik süreçler hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Kadın bedenini ve vereceği cevapları bilmelidir. Bu yöntem kadının farkındalığını arttırarak ruhsal gerginlikten kurtulmasına ve rahatlamasına neden olmaktadır. Biofeedback eğitimi alan kadınların doğum süreleri kısalmış ve analjezi ihtiyacı azalmıştır.<sup>91(s.157)</sup>

**Müzik Terapi:** Müzikal sesler ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerinden faydalanılarak yapılan uygulamadır. Müzik beynin mezolimbik bölgesini uyararak endorfin, oksitosin ve enkafalin salınımını arttırır ve kortizol salınımı %25 azaltır. Müziğin doğumda analjezi almadan doğumu kolaylaştırdığı bilinmektedir.<sup>105</sup>

**Doğum Öncesi Eğitim:** Doğum öncesi eğitimle, doğum yapacak kadına doğum eylemi hakkında, doğum sırasında sağlık profesyonellerinin yapacağı uygulamalar hakkında ve bu süreçte kendisinin neler yapacağı konusunda bilgi verip beceriler kazandırılmalıdır. Kadın doğum eylemi için fiziksel ve ruhsal olarak hazırlanmalıdır. Doğum öncesi eğitim alan kadınlar; doğum ağrısını gidermede daha az analjezi kullanmakta, doğumda stresleri daha az ve doğumdan memnuniyetleri daha yüksektir.<sup>106</sup>

**Sürekli Doğum Desteği:** Doğum yapan kadının doğum eylemi boyunca, doğum konusunda eğitimli bir kişiden tıbbi olmayan bakımını almasını ifade eder. Destek olacak olan eğitimli kişiler; ebe/hemşire, doktor, doula, doğum arkadaşı, doğum desteği uzmanı, profesyonel doğum asistanı, monitirice olabilir. Sürekli doğum desteğinde, sürekli yanında bulunma, duygusal destek, fiziksel rahatlatma, kadın ve eşi için bilgi ve rehberlik, iletişimin kolaylaştırılması ve ileriye dönük rehberlik yapmak vardır.<sup>90</sup> Doğumda sürekli destek alan kadınların analjezi ve anestezi ihtiyacını daha az olduğu, müdahaleli normal



doğum ve sezeryan yapma ihtimalinin daha az olduğu, memnuniyetsizlik oranlarının daha az olduğu bilinmektedir.<sup>91(s.162)</sup>

Doğumda kullanılması önerilen nonfarmakolojik yöntemler doğum eylemi süresince rahatlamayı, doğumu pozitif bir olarak algılamayı, ağrı ve acıyı azaltmayı sağlamaktadır. Yukarıda belirtilen nonfarmakolojik yöntemler dışında doğum ağrısının yönetiminde çok eski zamanlardan beri en sık uygulanan tekniklerden birisi de masajdır.

## **2.5. Masaj**

Masaj; kaslardaki gerginliği azaltıp, rahatlamayı sağlayan, dokulardaki kan dolaşımını uyaran, fiziksel bakımın bir parçası olan, iyileştirme sağlayan, ağrıyı gideren, işlev bozukluğunu önleyen, sağlığını iyileştiren ve teşvik eden bir uygulamadır.<sup>107(s.89)-108</sup>

### **2.5.1. Masajın Tarihçesi**

Masaj dünyadaki en eski tedavi yöntemlerindedir.<sup>107(s.89)</sup> Binlerce yıldır birçok kültürde tedavi amaçlı kullanılmıştır.<sup>20</sup> Masaj hakkında bilinen en eski kaynak MÖ (milattan önce) 3000'de Çin'de Toa-Tse'nin yazdığı Cong-Fu'dur.<sup>20,107(s.89)</sup> MÖ 460-380'lerde Hipokrat, burkulma ve çıkıkları tedavi etmek için masajı kullanmış, masajın özelliklerini ve kontrendike olduğu durumları tanımlamıştır.<sup>107(s.89)</sup> Yüzlerce yıl öncesinde doğu ve batı toplumları masajı sağlık bakımının bir parçası olarak kullanmışlardır. 1776-1839'da Per Henrik Link İsveç Masajının temel hareketleri olan efloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman, vibrasyonu tanımlamış<sup>109</sup> ve 1838- 1909'da Johann Georg Mezger'in bu teknikleri kullanarak bilimsel topluluğa tıbbi masajı getirmiştir.<sup>110</sup>

Modern zamanlarda masajın kullanımı ve popülaritesinin artması 1863'te Estradere Du'nun masajın vücuda etkilerini ve masaj türlerini sınıfladığı bilimsel yayını ile başlamıştır. Bu bilimsel araştırmayı teşvik etmiştir ve modern masaj teknikleri hızla gelişmiştir. 1930'lardan itibaren hastanelerde masaj yapan fizik tedavi uzmanları görev almaya başlamıştır. Popüler olan klasik masaj tekniklerini pnömotik kompresyon

araçlarının geliştirilmesi izlemiş, spor fizyoterapisinde yaygın olarak kullanılan ultrason terapisinin 1939'da tanıtılması masajı teknolojiyle birleştirmiş ve modernize etmiştir.<sup>18</sup> 1940'larda olan ilaç devrimiyle sağlık bakımında primer tedavi şekli olan masaj popüleritesini kaybetmiştir.<sup>107(s.89)</sup> 1958'de Amerikan Masaj ve Terapi Derneği (AMTA) kurulmuştur.<sup>109</sup>

Masaj 1960'larda; kas-iskelet, nöromusküler, kardiyopulmoner ve diğer fiziksel hastalıkların tedavisinde ısı, buz, elektrik, USG, pasif hareketler ve egzersiz gibi uygulamalarda birlikte kullanılmaya yeniden başlanmıştır. 1960'ların sonlarında hümanistik psikoloji alanı masaj uygulaması için bireyin illa hasta olmaması gerektiğini, sağlıklı bireylerinde masaj uygulatabileceği görüşünü benimsetmiştir. Bunu sonucunda 1970-1980'lerde stresi azaltmak ve gevşemek için masaj ve egzersiz yaşam tarzına entegre edilmiştir. 1990'larda tamamlayıcı ve alternatif tıpa ilginin artmasıyla masajın popüleritesi tekrardan artmıştır. Manuel tekniklerin yanında mekanik cihazlarla masaj gündeme gelmiştir. Günümüzde tıp alanında fizik tedavi uzmanları, fizyoterapistler, ebeler ve hemşireler arasında masaja olan ilgi artmıştır. Şimdilerde ebe/hemşireler bakım sırasında yaptığı klasik masaj uygulaması dışında refleksoloji, akupressür, terapötik dokunma, aromatik yağlarla masaj uygulaması gibi birçok tekniği öğrenmiş ve uygulamaktadır.<sup>107(s.89)</sup>

### **2.5.2. Masajın Endike ve Kontrendike Olduğu Durumlar**

Masaj genel olarak ağrıların giderilmesinde, rahatlama ve gevşeme sağlamak için kullanılır.

#### **Masajın endike olduğu durumlar;**<sup>17,91(s.70),107(s.94),111</sup>

- Tendon, sinir ve eklemlerdeki kırıklar, çıkıklar, burkulmalar, incinmeler ve diğer yaralanmaların tedavisinde, kas spazmı, artrit, periartrit, bursit, nevrit, fibrosit, tendinit, miyozit, romatizma, tenosinovit, epikondilit, bacağa atel uygulaması, kas

yorgunluğu, yumuşak doku problemleri (burkulma, incinme), fibromiyalji, tempomandibular eklem hastalıklarında

- Parkinson, multiple skleroz, serebral palsi, paralizi, hemipleji, parapleji ve kuadripleji gibi nörolojik hastalıklarda
- İnsomnia, anksiyete, post travmatik stres bozukluğu, psikonevroz ve psikoz gibi psikolojik hastalıklarda
- Kronik inflamatuvar barsak hastalıklarında, kolik, gaz, konstipasyon, yeme bozuklukları gibi gastrointestinal sistem hastalıklarında
- Dismenore, premenstruel sendrom, gebelik ve doğum sırasında
- Skar dokuları ve yapışıklıkların çözülmesinde ve giderilmesinde, boyun ve sırt problemleri, revaskülarizasyon, tansiyona bağlı baş ağrılarında, migren ve baş ağrıları, bel ağrısı, akut ve kronik ağrı, günün stresini atmada, obezite sonucu oluşan ağrılarda, diyabet, irritabilite, göz yorgunluğu, huzursuz bacak sendromunda masaj uygulanabilir.

**Masajın kontrendike olduğu durumlar;** <sup>17-18,20,107(s.94),111</sup>

Enfeksiyon (flebit, selülit, sinovit, apse, septik artrit), maligniteler, cilt hastalıkları (zona, mantar, dermatit, uçuk) ateroskleroz, tromboemboli, emboli, ciddi varikoz venler gibi damar hastalıklarında, grip, nezle gibi solunum yolu hastalıklarında, akut yaralanmalarda, hipertansiyon ve hipotansiyon durumlarında, lenf bezi büyümelerinde, ağır kalp hastalıklarında, ateşli hastalıklarda, ileri evre osteoporoz ve kırıklarda, bası ülseri gelişme riski yüksek olan hastalara masaj uygulanmamalıdır.

### **2.5.3. Masajın Birey Üzerindeki Etkileri**

Masajın uygulamasının fizyolojik ve psikolojik birçok olumlu etkisi vardır.

Masajın fizyolojik etkileri; masaj yüzeysel arterleri dilate ederek kan akımını artırır.

Uygulanan derin masajlar ise venöz kan akımını artırır; ödemi azaltır ve venöz trambüs

oluşumunu önler. Masajın antikoagülan etkisi vardır ve hemodilüsyona neden olur. Lenf akımını artırır. Kas spazmını hafifletir.<sup>18,107(s.91-92),111-112</sup> Masaj ağrının azaltılmasında etkilidir. Enfekalin gibi endojen opioidlerin salınımını sağlayarak uzun süreli analjezi sağlamaktadır. Ayrıca beta endorfin ve serotonin salınımını artırır.<sup>107(s.93)</sup>

Masaj fiziksel gevşemeyi sağlayarak kan akımını artırır ve iyileşme sürecini hızlandırır.<sup>113</sup> Masaj uygulaması sonrasında somastatin salınımı artar, P maddesinin salınımı baskılanır ve derin uyku sağlanır.<sup>107(s.93)</sup> Masaj ayrıca sekresyonları yumuşatır, gastrointestinal sistem salgılarını ve peristaltik hareketi artırır, ter ve yağ bezlerinin salgılarını artırır, vücuttan metabolik atıkları uzaklaştırmaya yardım eder, dismenoreyi hafifletir, doğum ağrısının yönetimine yardım eder.<sup>107(s.93),112</sup>

Masajın psikolojik etkileri; düzenli masaj yaptıranlar kendini daha canlı, sakin, rahat ve gevşemiş hisseder. Kortizol düzeyini düşürerek stres, anksiyete ve depresyon skorlarını düşür.<sup>107(s.94),111</sup> Masaj uygulamasının olumsuz etkisi ise kuvvetli bir masaj uygulamasında alttaki dokularda önceden var olan bir doku hasarı varsa masaj ezilmeye ve ödeme neden olacaktır.<sup>107(s.94)</sup>

#### **2.5.4. Masaj Türleri**

Masaj birçok rahatsızlığın giderilmesinde ve hafifletilmesinde bütün toplumlarda yüzyıllardır kullanılan nonfarmakolojik bir tedavi yöntemidir. Masaj tedavisinin 100'den fazla çeşidi vardır.<sup>91(s.70)</sup> Masaj çeşitleri; klasik masaj (İsveç masajı), konnektif doku masajı, lenf drenaj masajı ve özel tekniklerle uygulanan masajlar şeklinde gruplandırılabilir.<sup>107(s.89)</sup>

**Klasik Masaj:** Sıvazlama, yoğurma, sürtünme, darbeleme, titretme hareketlerinin temas yoluyla, belirli bir düzen içinde, manuel ya da mekanik olarak uygulanmasıdır.<sup>107(s.90)</sup>

**Konnektif Doku Masajı:** Konnektif dokulara çekme şeklinde uygulanır. Uygulanan kuvvetin, deride bulunan otonom sinir uçlarının uyarmasıyla oluşan refleks bir terapidir.<sup>112</sup>

**Özel Teknikli Masajlar:** Shiatsu, thai, trigger point ve refleksoloji özel metodların uygulandığı masajlardır.<sup>107(s.90-91)</sup>

**Lenf Drenaj Masajı:** Lenf sistemine hafif basınç uygulayarak bloke olan lenf sıvısını serbest akışını sağlar.<sup>112</sup>

Masaj uygulaması 15 ile 90 dakika arasında sürebilir. Masaj, genellikle diğer tamamlayıcı tedavilere kıyasla nispeten kısa olan, ancak hastanın durumuna ve masaj endikasyonlarına bağlı olarak uzunluğu değişen bir uygulamadır.<sup>114</sup> Masajın süresi masajın türüne göre de değişir. Örneğin klasik masaj uygulamasında; bütün vücuda uygulanan masaj 45-60 dakika, yüze uygulanan masaj 5-10 dakika, üst ekstremitelere uygulanan masaj 10-15 dakika, alt ekstremitelere uygulanan masaj 15-20 dakika sürmelidir.<sup>17</sup>

### **2.5.5. Masaj Teknikleri**

Masaj, terapötik bir amaç ile canlı vücut yüzeyine uygulanan manipülasyonlardır. Masaj hem manuel hem de mekanik teknikler uygulanarak yapılabilir.<sup>18</sup>

#### **2.5.5.1. Masaj Uygulamasında Kullanılan Manuel Teknikler**

Efloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman, vibrasyondur. Bu tekniklerin tamamının kullanımı klasik masajı oluşturur.<sup>18</sup>

**Efloraj (Sıvazlama):** Masajın başlangıcında kas ve dokuları ısıtmak ve gevşetmek için uygulanan bir tekniktir. Yüz veya vücut masajının başında ve sonunda kullanılan yatıştırıcı, okşama hareketidir. Aynı zamanda farklı vuruşlar ve hareketler arasında bir bağlantı hareketi olarak da kullanılır. Efloraj, temelde avuç içi ile yapılan dairesel bir

okşama hareketini içeren bir masaj şeklidir. Okşama hareketi kesintisiz bir şekilde iki elle uygulanmalıdır.<sup>115-117</sup>

***Petrisaj (Yoğurma):*** Derinde bulunan kasları uygulanan basınçla sıkıştıran masaj hareketidir. Kasları sıkmayı (çimdikleme), yuvarlamayı ve yoğurmayı içerir. Yoğurma sırasında eller bölgeye göre şekillendirilmeli, hareketler yavaş ve ritmik olmalıdır.<sup>116-117</sup>

***Friksiyon (Sürtünme):*** Yumuşak dokuya uygulanan derin, dairesel hareketleri kapsar ve alttaki doku katmanlarının birbirine sürtünmesine neden olur. Sonuçta masaj yapılan bölgeye kan akışında artışa neden olur.<sup>117</sup>

***Tapotmen (Darbeleme):*** Elin kapalı fincan şekline getirilmesiyle (kubbeleştirme) uygulanan ritmik bir perküsyondur. Ayrıca hafif kapalı yumruk atma, hafif tokat atma, elin kenar kısmıyla hafif vurma, parmak uçlarıyla vurma şeklinde de uygulanabilir. Sinir sistemini uyararak ve lenfatik birikimi serbest bırakmak için kullanılır.<sup>118</sup>

***Vibrasyon (Titreşim):*** Parmakların vücut yüzeyine temas etmesiyle oluşturulan titreşim (sallama-silkeleme) hareketidir. Vibrasyon, yeterli yoğunlukta ve sürede yapılırsa bazı refleks fizyolojik etkiler meydana getirir. Vibrasyon, elle uygulanabildiği gibi vibrasyon üreten makinelerle de uygulanmaktadır. Günümüzde masaj etkisi oluşturan mekanik aletlerin temel kullanım amacı vibrasyon etkisi oluşturmaktır. Vibrasyonun oluşturduğu basınca göre etkilediği nöroreseptörler değişir. Hafif basınç uygulayan vibrasyon yüzeye yakın nöroreseptörleri etkilerken, yüksek basınç uygulayan vibrasyon ise derinde bulunan nöroreseptörlerde uyarı sağlar.<sup>112</sup> Ayrıca vibrasyonun; kas spazmlarını çözme, kasları gevşetme, gevşek kasların toparlanmasına yardımcı olma, abdominal organlardaki rahatsızlıkların tedavisinde faydalı olma ve gaz vb. sorunları çözme, vertebral ankilozlarda uyarıcı etkiye sahip olma, sinir tespitinde ve yüksek sinir merkezlerini uyarma gibi etkileri vardır.<sup>17</sup> Eflorajın aksine, bu yöntem şişmiş dokuyu sıkıştırır ve ödemi azaltabilir, enfeksiyonun vücuttaki doğal kanallar içinde yayılma riski

daha düşüktür. Vibrasyon ayrıca solunum ağacının daha küçük yapılarından mukusu dağıtmak ve solunum fonksiyonunu iyileştirmek için göğüs fizyoterapisinde kullanılmaktadır.<sup>18</sup> Kaviani ve ark.'ları yaptıkları çalışmada doğumda T10-L1 segmentinde yapılan titreşim masajının, primipar kadınlarda sırt-bel ağrısını azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır.<sup>19</sup> Genel olarak vücuda uygulanan hafif yoğunluktaki vibrasyonlar rahatlama sağlarken, yüksek yoğunluktaki vibrasyonlar uyarıcı etkiye sahiptir.<sup>17</sup>

#### **2.5.5.2. Masaj Uygulamasında Kullanılan Mekanik Teknikler**

Basıncı arttıran cihazlar ve titreşime neden olan cihazların kullanılması mekanik teknikleri oluşturur.<sup>18</sup> Bu tekniklerle yapılan masajlara otomatik masaj denir.<sup>19</sup>

***Basıncı Artıran Cihazlar:*** Elde tutulan silindirlerle yapılan masajlar 1880'den sonra yaygınlaştı. Silindirler dokuyu sıkıştıran masaj aletleri içerisinde en basitidir. Yatıştırıcı bir etkisinin olduğu savunulsa da yeterli çalışma mevcut değil ve bu etkinin de masörden kaynaklandığı düşünülmektedir. Güçlü bir su altı jeti ile cilde uygulanan düşük akım masaj, ayakta duran bir hastaya yönlendirilen ince ama güçlü su akımı ve jakuziler hidromasajı oluşturmaktadırlar. Hidromasaj derin gevşemeye neden olabilir, yaralı veya sertleşmiş cildi yumuşatır ve debride edebilir ve yüzeysel dokuların iyileşmesini hızlandıran vazodilatasyona neden olabilir. Hava dolu bir manşet veya manşon kullanılarak uygulanan pnömatik kompresyon, şişmiş uzuvları tedavi etmede başarılı bir geçmişe sahiptir. Bazı pnömotik sistemler ritmik bir basınç dalgası oluşturur ve topallama ağrısını azaltır ve vasküler hastalık tarafından bozulan cilt durumunu iyileştirir. Bu mekanik sistemler, venöz tıkanıklığı azaltır ve kan akışını iyileştirir, iltihaplanma sürecini ve ardından iyileşmeyi hızlandırır. Gergin kılıf, derideki mekanoreseptörleri tetikler ve ağrı kapısı mekanizmasını aktive ederek ağrıyı azaltır ve erken mobilizasyonu kolaylaştırır.<sup>18</sup>

**Titreşime Neden Olan Cihazlar:** Titreşim tedavisi şu anda ortopediden ürolojiye ve spor hekimliğine kadar çeşitli tıbbi uzmanlık alanlarında kullanılmaktadır. 19. yüzyılın ünlü nöroloğu J.M. Charcot, parkinson hastalığını tedavi etmek için titreşimli terapi kullandı. Parkinson hastaları için bir tren veya araba yolculuğundan sonra hastaların daha rahat ve daha iyi uyduklarını gözlemledikten sonra bir titreşim koltuğu geliştirdi. Bu deneyimi, hastalara otomatik titreşimli koltukta günde 30 dakikalık seanslar yaptırarak tekrarladı. Meslektaşısı Gilles de la Tourette, bu gözlemleri genişletti ve beynin nabız atışlarına doğrudan tepki verdiği varsayımıyla kafayı titreten bir kask geliştirdi. Charcot'un ölümünden sonra titreşim terapisi yaygın olarak kullanılmasa da, titreşimli cihazlar 21. yüzyıl tıbbında yeniden ortaya çıkmaktadır.<sup>120</sup> Whedon ve ark.'ları<sup>121</sup> 1949'da yaptıkları deneysel çalışmada titreşimli yatağın hareketsizlikten sonra (alt ekstremiteleri 5 hafta alçıya alınan bireylerde) hücrelerin yenilenme hızını artırdığı, solunum fonksiyonuna ve dolaşıma olumlu etki yaptığını bildirmişlerdir.

Vladimir Nazarov, uzayda kas ve kemik kütlesi kaybını azaltmak için kozmonotlar üzerinde titreşim tedavisini test etti ve olumlu sonuçlar aldı. Uzayda minimum yerçekimi kuvveti olduğundan, kozmonotlar kas güçlerini çok çabuk kaybederler, bu yüzden dünyaya döndüklerinde kolayca yürüyemezler. Kemik yoğunluğunun azalması kemik kırılma riskini artırır. Eski Sovyetler Birliği'ndeki havacılık endüstrisi kozmonotlar dünyadan ayrılmadan önce, kemiklerinin yoğunluğunun kas gücünün artması için titreşimli özel tedavilere tabi tutuldu.<sup>122</sup>

Günümüzde titreşim terapisi (vibroterapi) mekanik titreşimler oluşturan cihazlarla yapılmaktadır. Vibroterapi uygulamanın üç yolu vardır. Birincisi, vücudun üst kısmında bulunan kaslarını uyarmak için tasarlanmış titreşimli bir dambıl, halter veya çubuk tutularak uygulanır. İkincisi, titreşim doğrudan kaslara, örneğin ayak tabanına lokal olarak veya titreşimli kablo ile uygulanır. Üçüncüsü, bir titreşim platformunda dururken



veya yatar pozisyonda (tüm vücut titreşimi) uygulanır. Artık tüm vücut vibroterapisini ve bölgesel vibroterapiyi aynı anda yapan cihazlar mevcuttur.<sup>123</sup> Bu cihazlar tıbbi olduğu kadar kozmetik amaçlı üretilenleri de mevcuttur. Vitberg Rehabilitation Massage Equipment (RAM Vitberg+), Vitafon (lokal mikro titreşim tedavileri için cihaz), TheraGe (titreşim plakası), NHC Cyclo-Therapy Cyclopad (masaj minderi) bu cihazlara örnek olabilir.<sup>124</sup> Son on yılda sağlık alanında; örneğin kronik ağrı yönetimi, egzersiz veya yaralanmadan sonra iyileşme, kanın iyileştirilmesi, lenf dolaşımı ve metabolizmanın iyileştirilmesi gibi durumlarda bakım ve tedavi stratejilerinin değiştiği söylenebilir. Günümüzde analjeziklere ve cerrahi tedaviye alternatif olarak farklı elektrostimülasyon, lazer ve mıknatıs tedavisi yöntemleri kullanılmaktadır.<sup>123</sup>

Titreşim, büyük çaplı sinir liflerini harekete geçirmekte, ağrı yollarında iletilen uyarılarla etkileşime girerek ağrının hafiflemesine yol açmaktadır. Bu Melzack'ın, ağrı kapısı teorisiyle şöyle açıklanabilir; ağrının iletim yolunda daha güçlü başka bir uyarı varsa, ağrının beyne ulaşamayacağını ya da ihmal edilebileceğini varsayar.<sup>125</sup> 2014 yılında Imtiaz ve ark.'ları<sup>126</sup> titreşimin kas iğlerini uyardığını ve afferent işlevlerini arttırdığını kanıtladı. Hem titreşim hem de TENS, ağrı kapısı teorisinde belirtilen mekanizma yoluyla ağrı algısını azaltmaktadır. Hatta titreşim, ağrı algısını azaltmak için TENS olarak kullanılabilir.<sup>127</sup> Titreşim uyarımının kullanımının bir başka sonucu, antagonistik kası geciktirme yoluyla bozan motor nöron uyarılabilirliğini zayıflatmasıdır. Bu fenomen, antagonistik kaslar alanında titreşim terapisi gören hastalarda ağrının azalmasını açıklayabilir. Ayrıca çok sayıda çalışma, titreşimin hem yüzeysel hem de derin konumlu reseptörleri uyardığını göstermektedir. Miyelinli duyuşal aksonlardaki aktivite, omurilik dahil olmak üzere sinir sisteminin çeşitli seviyelerinde nosiseptif işleme ile etkileşime girebilir. Bu durumun etkilerinden biri ağrı eşliğinin uzun süreli artmasıdır ki bu da ağrının daha az deneyimlenmesine neden olur.<sup>124</sup> Blitz ve ark.'ları<sup>128</sup> tarafından

yapılan çalışmada, titreşim uyarımının ağrı eşiğini önemli ölçüde artırdığını ve sonuç olarak ağrının kendisini bastırdığını bulmuşlardır. Dahlin ve ark.'ları<sup>129</sup> benzer şekilde 20 dakika uygulanan titreşim uyarımının, kadınlarda elektro-kutanöz duyuşsal algılama ve ağrı eşiklerini arttırdığını, ancak erkeklerde arttırmadığını bildirmişler. Titreşimler yüzeysel ve derin mekanoreseptörleri ve kutanöz refleksleri tetikleyerek, ağrıyı hafifletmek için kullanılan farmakolojik olmayan bir tedavi tekniğidir.<sup>18,124</sup> Titreşimin ağrı giderici etkisi üzerine bir diğere görüş ise; titreşimlerin kişinin dikkatinin zararlı uyarının neden olduğu ağrıdan uzaklaştırdığına inanmaktadır.<sup>130</sup> Günümüzde mekanik cihazlar artık daha güvenli bir titreşim tedavisi sunmaktadır. Piyasada satılan cihazlar sıklıkla minimum titreşim üretir, ancak çoğu zaman kas-iskelet ağrısının tedavisinde yararlı görünmektedir.<sup>18</sup>

Pogwizd ve ark.'ları<sup>124</sup> titreşim tedavisinin insan kas dokusu üzerindeki olumlu etkisi olduğunu, kas atrofisini önlediği ve kişilerin kaybedilen motor becerilerini geliştirdiğini bildirmişlerdir. Lu ve ark.'ları<sup>131</sup> egzersizden sonra oluşan gecikmiş başlangıçlı kas ağrısında titreşimin egzersizden 24, 48 ve 72 saat sonra visual ağrı skalasında önemli ölçüde ağrı skorunu düşürdüğünü, 24. ve 48. saatte kreatin kinaz seviyelerini önemli ölçüde iyileştirdiğini, geç başlangıçlı kas ağrısını hafifletmede faydalı olduğunu tespit etmişlerdir. Legleu ve ark.'ları<sup>132</sup> ise geç başlayan kas ağrısının hem önlenmesinde hem de tedavisinde titreşimlerin etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Wang ve ark.'ları<sup>133</sup> tüm vücut titreşim terapisinin spesifik olmayan bel ağrısı üzerinde yararlı bir etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Rong-jun ve ark.'ları<sup>134</sup> brakial pleksus yaralanması olan ratlarda yaptıkları çalışmada mekanik titreşimin brakial pleksusun onarımını etkili bir şekilde hızlandırdığını ve iskelet kasının atrofisini yavaşlattığı bildirmiştir.

Taylor ve ark.'ları<sup>135</sup> İsveç masajı ve titreşiminin postoperatif sonuçlar üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada her iki grup arasında duyusal ağrı, afektif ağrı, anksiyete, distres, analjezik kullanım, sistolik kan basıncı, 24 saatlik idrarda serbest kortizol, postoperatif komplikasyon sayısı ve hastanede kalış günlerinde anlamlı bir fark olmadığını bildirdiler. 4-19 yaş aralığında kas distrofisi olan serebral palsili bireylerde yapılan bir çalışmada 6 aylık titreşim tedavisinin, kaval kemiğinde kemik mineral yoğunluğunu arttırdığını ve hiçbir yan etkisinin olmadığı bildirildi.<sup>136</sup> Ayrıca titreşim terapisi osteoporozlu hastalarda kemik-mineral yoğunluğunu artırmada, yaşlı yetişkinler gibi daha hareketsiz popülasyonlarda gücü ve nöromusküler aktivasyonu iyileştirmede, fibromiyalji sendromlu hastalarda ağrı ve yorgunluk düzeylerini azaltmada, multipl sklerozlu hastalarda postür kontrolü ve fonksiyonel mobilitiyi iyileştirmede, Parkinson hastalığı olan hastalarda yürüyüşü iyileştirmede kullanılmaktadır. Aslında, son yıllarda, titreşim tedavisi, araştırma alanında birden çok durumda ağrıyı gidermek için olası bir yöntem olarak ortaya çıkmıştır.<sup>137</sup>

Ayrıca tıpta kullanılan biyorezonansta bir tür titreşim terapisi sunar. Her maddenin kendine has bir titreşimi ve bir dalga modeli vardır. İnsanlar hastalandığında insanın doğal titreşimleri bozulur ve anormal bir dalga modeli ortaya çıkar. Bozulan elektromanyetik titreşim dalgası, vücuda yapıştırılan bir elektrodla biyorezonans cihazına aktarılır. Aktarılan dalga cihazın yardımıyla ters çevrilir, güçlendirilir ve bireyin vücuduna geri gönderilir. Böylece bireyin elektromanyetik titreşim dalgası yeniden düzenlenmiş olur ve var olan hastalık tedavi edilir. Biyorezonansla insanın fizyolojik bütün sorunlarından değişik frekanslar kullanarak yeniden dengeleneceğine inanılmaktadır. Doğru zamanda, doğru bölgeye uygun yöntemle titreşim uygulaması, hasta bireyin iyileşme sürecini başlatır. Bu süreçte titreşimler; mekanik, akustik ya da

elektromanyetik şekilde uygulanabilir. Biyorezonans terapileri de vücutta titreşimlere neden olan cihazlar (örneğin BRT cihazı) yardımıyla yapılan uygulamalardır.<sup>138</sup>

Ayrıca 1-3 MHz arası frekansla çalışan terapötik ultrason da bir tür titreşim masajıdır. Fizyolojik ve terapötik etkiler, geleneksel masaj tekniklerini taklit eder.<sup>18</sup>

Anne ve çocuk sağlığı alanında kullanılan titreşim terapisine ise şunlar örnek verilebilir. İnfantil kolikli bebeğin davranışsal tedavisinde; kucakta, ayakta, beşikte ya da hamakta ritmik şekilde sallanması, saatte 80-90km hızla giden arabayla gezdirilmesi, ritmik ses çıkartan süpürge, saç kurutma makinası, vantilatör kullanılması ilk başvurulan yöntemlerdir.<sup>138-141</sup> Aslında bu örnekler mekanik titreşimler yaratarak bebeğin rahatlamasını sağlar.<sup>138</sup> İnfantil kolikte davranışsal tedavi uzun yıllardır kullanılan, etkinliğini gösteren iyi kalitede çalışmaların olmadığı ancak ucuz ve güvenli olduğundan araştırmacılar kullanılmasını önermektedir.<sup>140</sup> Günlük yaşamımızda da farkında olmadan uyguladığımız birçok mekanik titreşim vardır; örneğin yas sürecinde ağlayan birinin göğsüne vurması, kahkaha atarken ya da elimizi bir yere vurduktan sonra hemen sallamamız. Bu hareketler hem bizi rahatlatır hem de daha az ağrı hissetmemize neden olur.<sup>138</sup> Kaya ve ark.'ları<sup>142</sup> yenidoğanın topuk kanı alınması sırasında kullanılan mekanik vibrasyonun yenidoğanın ağrı algısını azalttığını ve ağrı kontrolünde etkili bir yöntem olduğunu bulmuşlardır. Sayın ve ark.'ları<sup>143</sup> ise ülkemizde yaptıkları çalışmada düşük frekanslı mermi vibratör kullanan kadınların daha çabuk klitoral orgazma ulaştıklarını ve cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde vibratörlerin kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Herbenick ve ark.'ları<sup>144</sup> ABD'de yaptıkları çalışmada kadınlar arasında vibratör kullanımı yaygın olduğunu, bunun sağlığı geliştirici bir davranış ve pozitif cinsel işlevle ilişkili olduğunu ve nadiren yan etkilerinin olduğunu bildirmişlerdir, cinsel işlevi iyileştirmek için vibratör kullanımını önermektedirler.

İran’da yapılan bir çalışmada tüm vücut titreşiminin pelvik kasların kuvvetini arttırmada ve inkontinans şiddetini azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır.<sup>145</sup> Yapılan bir diğer çalışmada benzer şekilde prostat kanseri olan hastalarda prostatektomi sonrası tüm vücut titreşim terapisinin, stres üriner inkontinansı olan hastalarda etkili olduğunu bildirmişlerdir.<sup>146</sup> Gebe farelerle yapılan deneysel çalışmada erken gebelikte titreşime maruz kalan annelerin doğurganlığında önemli farklılıklar varken, 24 saat içerisinde doğum yapan annelerde ve canlı yavruların sayısında önemli bir fark yoktu.<sup>147</sup> Gebe tavşanlarla yapılan diğer bir deneysel çalışmada 2 saat titreşime maruz kalan grupla kontrol grubu arasında gebelik süresi, perinatal ölüm oranı arasında fark yoktu.<sup>148</sup> Ayrıca doğum sırasında yapılan sallanma hareketi hem doğumu hızlandırır hem de kadının dinlenmesini sağlar.<sup>35(s.56)</sup> Bu sallanma hareketi bir sallanan bir sandalyeyle yada kadının eş/partner desteğiyle sallanarak dans etmesiyle oluşturulabilir. Dans sırasındaki dairesel sallanmalar kadının keyif almasını, olumlu düşünmesini artırır, ayrıca rahim ağzının açılmasına ve bebeğinin başının ilerlemesine yardımcı olur.<sup>35(s.127)</sup> Gebeliğin son zamanlarında, kadının yaptığı pelvik sallama egzersizleri bebeğin doğru pozisyon almasını sağlayabilir, bel ve sırt bölgesindeki zorlanmayı azaltır, sırta fazla ağırlık binmesini engeller, karın kaslarını güçlendirir, bel bölgesinin esnekliğini artırır ve omurların daha düzgün kalmasını sağlar. Pelvik sallanma egzersizleri doğum eyleminin erken dönemlerinde de kullanılabilir.<sup>35(s.107,128)</sup> Bu sallanmalarda aslında birer mekanik titreşim örneğidir.

Titreşim tedavisinin akut ve uzun dönem etkileri mevcuttur. Akut etkileri; titreşim seansı bireyin oksijen tüketimini, kas ısısını, cilt kan akışını, kas gücünü artırır. Uzun dönem etkileri ise; kas gücünü artırmakta, dengeyi geliştirmekte ve kemik kütlelerini artırmaktadır.<sup>149</sup> Ayrıca gevşeme etkisi sağlamakta ve depresyon semptomlarını iyileştirmektedir. Titreşim terapisi kilolu ve egzersizden hoşlanmayan insanlarda stresi

ve beden imajından memnuniyetsizliğini azaltmak için tedavi programlarına eklenebilir. Titreşim terapisinin sağlıklı bireylerin yanı sıra dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan bireylerin bilişsel performansını iyileştirebileceği öne sürülmektedir.<sup>123</sup>

Titreşimin kullanıldığı terapiler, hastalar tarafından özel gözetim olmaksızın yapılabilir, titreşim yaratan cihazların kullanımı kolaydır ve önemli fiziksel efor gerektirmez, bu da hastalar, yaşlı bireyler ve sporcular için şüphesiz bir avantajdır.<sup>133</sup> Ayrıca etkisini kısa sürede göstermektedir ve bireyin platformun üzerinde durduğu ve uzuvlarını aktif olarak hareket ettirmediği için, kayma, takılma gibi tedaviye bağlı kaza riski daha azdır.<sup>149</sup> Titreşim terapisi nispeten yenidir, tam etkililiği ve sürdürülebilirliği belirlemek için daha fazla araştırma gerektirse de, terapi literatürde etkili, invazif olmayan, farmakolojik olmayan, nispeten kullanımı kolay ve nispeten ucuz bir tedavi olarak belirtilmiştir.

Bütün bu masaj teknikleri uygulanırken dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. Bunlar,<sup>17,20,150-152</sup>

- Masaj yapılacak ortam geniş, rahatlamaya olanak sağlayan, kişinin dinlenmesine müsaade eden bir yer olmalıdır.
- Masaja başlamadan önce uygulayıcı ellerini yıkamalı ve eldiven kullanmalıdır.
- Masaj bölgeleri belirlenmeli ve bölgeye uygun masaj tekniği kullanılmalıdır.
- Uygulanan bütün masajlar kalbe kan akımını arttıracak şekilde yapılmalıdır.
- Seçilen masaj tekniği klasikse masaja eflorajla başlayıp eflorajla sonlandırılmalıdır.
- Bireysel farklılıklar göz önünde tutularak hafif bir masajla başlanmalı ve tolerasyona göre yoğunluğu artırılmalıdır.
- Masaj sırasında uygulama kesintiye uğramamalı, manipülasyonlar ritmik ve sürekli olmalıdır.

- Masajın etkinliğini arttırmak için masaj öncesi 20-30 dakika sıcak uygulama yapılabilir.
- Masaj uygulanacak kişi yemeğini yeni yemişe hemen masaj yapılmamalıdır.
- Masaj sırasında bireyin mahremiyetine özen gösterilmelidir.
- Masaj yapılacak ortamın sıcaklığı 23-26 °C olmalıdır.

### **2.5.6. Masaj Tekniklerinin Doğumda Kullanımı**

Doğum sırasında masaj uygulamasını kadının kendisi ya da bir başkası yapabilir. Masaj doğumun tüm evrelerinde uygulanabilir.<sup>35(s.106)</sup> Masaj tekniklerinin doğum sırasında öğrenilmesi kolay ve uygulaması basittir. Uzun vuruşlar, petrisaj, el ve ayak masajı, reboza tekniği ile kalçaların birbirine sürtünmesi, kalçaların sallanması için doğum topunun kullanılması, elde tutulan masaj aletlerinin masaja dahil edilmesi veya elektronik masajlar bazı durumlarda avantajlı olabilir.<sup>153(s.165)</sup> Doğum öncesi yapılan tam vücut masajı, rahatlamayı ve muhtemelen uykuyu teşvik edebilir, belki de vücudun daha aktif bir doğum eylemi başlatmak için kaynaklarını toplaması için zaman yaratır.<sup>153(s.169)</sup>

Kadın rahatlamak ve ağrı algısını azaltmak için doğum eyleminin her evresinde bel, karın, bacak ve yumuşak dokularına hafif dokunuşlar şeklinde elleriyle ya da seçilen uygun aletlerle masaj uygulaması yapabilir.<sup>35(s.132)</sup> Doğumun ilk aşamasında kullanılan masaj teknikleri, kasılmalar sırasında kadının nefes almasını desteklemek içindir.<sup>154</sup> Özellikle doğumun aktif evresinde el, ayak, omuz ve bele yapılan masajlar oldukça etkilidir.<sup>35(s.106)</sup> Ayrıca doğum eylemi sırasında kadına ebe, hemşire, destek kişiler, eşi/partneri, doğum koçu, doulası vs. desteklerini, varlıklarını hissettirmek, kadının güvende ve iyi olduğunu hissettirmek, sakinleştirmek, kas gerginliğini önlemek ve travay ağrısını azaltmak için el, ayak, bacak, boyun, sırt, bel, kalça ve karnına masaj yapabilirler. Bu masajlar basit bir ovma hareketiyle başlayıp teknik içeren masajlara kadar uzanabilir, dokunarak ya da aletle yapılabilir.<sup>35(s.132),91(s.70)</sup>

Doğum sırasında uygulanan masaj tekniklerinden bazıları;

**Dairesel Kalça Masajı:** Bu masaj öncelikle doğum sırasında sırt ağrısı çeken kadınlara öğretilir. Kadın rahat bir pozisyonda olmalı, ya diz dirsek pozisyonunda ya da yatağın baş kısmına dizleri üzerinde başını yaslayarak pozisyon almalı ve karın kısmı yastıklarla desteklenmelidir. Sakral bölgede omurganın her iki tarafına iki el yukarı bakacak şekilde ve kalçanın çok altına gelmeyecek şekilde yerleştirilir. Bu masaj asla doğrudan omurga üzerine yapılmamalıdır.<sup>154</sup>

**Sakral Basınç Uygulaması (Bel Masajı):** bu masaj dairesel kalça masajıyla kombine ya da kendi başına kullanılabilir.<sup>154</sup> Eylemin ilerlemesiyle kontraksiyon sırasında fetal başın sakrum ve koksikse baskı yapması bel ağrısına neden olur.<sup>155</sup> Sakral bölgeye konan avuç içiyle basınç uygulanır. Sağ el kullanıldıysa el saat yönünde hareket ettirilmeli, sol el kullanıldıysa saat yönünün tersinde hareket ettirilmelidir. Yoğunu sırt-bel ağrısı çeken kadınlar için etkili bir yöntemdir.<sup>154</sup>

**Tüm Sırt Masajı:** Kadın diz çökme pozisyonundayken, otururken kadının sırtına, omuzların etrafına, omuzdan bele kadar inen yan kısımlara, kalçalarda masajın başlangıç noktasına kadar kasılma aralarında nazikçe yapılır.<sup>154</sup> Ayrıca bunun dışında gebenin boynuna masaj yapılabilir.

**Kol Masajı:** Bu masaj, örneğin vajinal muayene sırasında sırta veya bacaklara masaj yapılması imkânsızsa kullanılır. Kadının nefes almasına odaklanmasına, gevşemeye ve ağrının giderilmesine yardımcı olur.<sup>154</sup>

**Efloraj Uygulaması:** Doğumda kadının karnına ve sırtına parmak uçlarıyla dokunularak yapılır. Efloraj sinir uçlarını uyararak ağrıyı bloke eder. Terapötik bir masajdır. Kadının kendisi de uygulayabilir.<sup>154</sup>

Doğum sırasında; bebek veya plasentayla ilgili bilinen tehlikeli bir durum varsa, masaj anneyi rahatsız ediyorsa ve anne masajı reddediyorsa, fetal izlem yapmayı



engelliyorsa abdominal masajın yapılması kontrendikedir. Ancak plasenta veya bebekle ilgili bilinen sorunlar varsa, vücudun diğer bölgelerine uyarıcı olmayan, rahatlatıcı masaj, annenin endişesini hafifletmek için çok yararlı olabilir.<sup>153(s.160)</sup>

Doğumun aktif fazında bacakların iç kısmından aşağı doğru uzun vuruşların yapılması bacakların titretilmesi (sallanması) kasık gerginliğini hafifletmeye, serviks ve perineyi gevşetmeye yardımcı olur.<sup>153(s.171)</sup>

Ayrıca yurt dışında çalışan deneyimli ebeler, hemşireler, fizyoterapistler, gebelikte ve doğumda masaj koltuğu kullanımı da önermektedirler. Ancak konuyla ilgili çevrimiçi literatürde yapılmış çalışma mevcut değildir. Masaj koltuklarının doğumda kullanılması için iyi planlanmış, iyi kalite çalışmalara ihtiyaç vardır.

Doğumda kullanılacak birçok masaj tekniği olmasına rağmen unutulmamalıdır ki; her doğum farklı olduğu için doğum için özel bir masaj rutini yoktur. Bazı kadın dokunulmaktan hoşlanabilir diğeri hoşlanmayabilir, birisi uygulamalarını kendisi yapmak isteyebilir diğeri istemeyebilir, kimisi manuel tekniklerden hoşlanabilir, kimisi mekanik tekniklerden. Önemli olan kadının istediği teknikle kadına uygulama yapmak, doğumunu yönetmesine yardımcı olmaktır.<sup>153(s.155)</sup> Masaj terapisi, değişen derecelerde basınç içerebilir. Bazı insanlar derin doku masajı gibi belirli masaj türlerini ağırlı bulabilir. Masajın terapötik olması için acı verici olması gerekmez, bu nedenle masaj uygulayanın kişinin tercih ettiği dokunma türünü (hafif dokunuş, sert baskı)dikkate almalıdır. Kişinin durumuna bağlı olarak daha hafif bir masaj daha rahatlatıcı ve dolayısıyla daha faydalı olabilir.<sup>156</sup>

### **2.5.7. Birey Kontrollü Masaj Kavramı**

Masaj, ağrının azaltılması veya diğer terapötik amaçlar için yapılan vücudun yumuşak dokularının sistematik manipülasyonudur.<sup>157</sup> Diğer bir tanıma göre ise masaj; vücut yüzeyinde el, elektrik, su vb. aracılığıyla çeşitli işlemler yapma şeklinde tedavi,

bakım ve rahatlatma yöntemidir.<sup>17</sup> Masaj hem manuel hem de mekanik teknikler uygulanarak yapılabilir. Masajda kullanılan manuel teknikler; efloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman, vibrasyondur. Masaj için basıncı arttıran cihazlar ve titreşime neden olan cihazların kullanılması mekanik teknikleri oluşturmaktadır.<sup>18</sup> Bu tekniklerle yapılan masajlara otomatik masaj denir.<sup>19</sup> Masaj için piyasada farklı masaj aletleri bulunmaktadır. Bunların içinde en çok tercih edilenleri titreşimli olanlar, vakum özellikli olanlar ve elle yapılan masaj hareketlerini taklit edenlerdir.<sup>20</sup> Otomatik masaj uygulaması hasta kontrollü analjeziye (HKA) oldukça benzerdir. Hatta HKA'nın nonfarmakolojik hali gibi de düşünülebilir. HKA'dan farkı ise masajı sağlıklı bireylerinde rahatlamak için kullanmasıdır. HKA; hastanın uygulama becerisi ve isteminin yanı sıra, güvenliği sağlanmış tüm ağrı kontrol yöntemlerini hastanın kendisine uygulamasıdır. HKA, ağrı giderme önlemlerinin tamamının ağrıyı hisseden kişinin kontrolünde olması yaklaşımına dayanmaktadır.<sup>158</sup> HKA'da analjezik ilaç dozunu hastanın kontrol edebilmesi için geliştirilen bir sistemde hastanın belli dozlarda analjezi kullanarak doğrudan kendi ağrısını kontrol eder.<sup>159</sup> HKA bazal infüzyonlu ve infüzyonsuz olmak üzere iki şekilde uygulanır. Bazal infüzyonlu yöntemde bir yandan sürekli bazal infüzyon devam ederken; diğer yandan da ağrısı oldukça, hasta tarafından infüzyon pompasının butonu kullanılarak ek dozlar yapılabilir. Bazal infüzyonsuz yöntemde hastalar tarafından buton kullanılarak ve aralıklı olarak analjezi uygulaması sağlanır.<sup>160</sup>

Otomatik masaj sistemlerinde de HKA'da olduğu gibi kontrol bireydedir. Otomatik masajda da; kişi rahatlamak, ağrısını gidermek ya da azaltmak için ağrıyan bölgeye süresi ve yoğunluğu farklı olacak şekilde kumanda ile kontrol edilen bir sistemde masaj uygulamasını kendisi ya da bir başkası kontrol ederek uygulamaktadır. Masajın kontrolünü sağlayan kişinin kendisi ya da başkası olduğu için bu uygulamalar birey kontrollü masaj (BKM) olarak tanımlanabilir. BKM için geliştirilen aletlerde masaj

bölgesi, süresi ve yoğunluğu sistem üzerinde tanımlıdır. Birey kendisi için uygun olanı seçip kullanabilir, kumanda ile yönetebilir. Sistem üzerinde tanımlanan masaj süresi genellikle 15-30 dakikadır ve bu süre bölgesel masaj için yeterlidir. Yapılacak masajın süresi farklı kaynaklarda farklı belirtilmesine rağmen bölgesel uygulanan masajın süresinin alt-üst sınırları 5-25 dakikayken, genel vücut masajının 30-60 dakikadır. Ancak masajın süresi ve ritmi uygulanan bölgeye, tedaviye, hastalığa ve kişiye göre değişmektedir.<sup>17,20,161</sup>

BKM için geliştirilen aletler yatak, koltuk, minder, şilte, mat vb. şekillerde olabilir, bazılarında masaja ek olarak ısı ayarı vardır ve sıcak uygulamada yapabilirler. BKM aletlerinin kullanımı kolaydır, kumandasındaki tuşlarla yönetilir, uygulama için kullanım kılavuzu ya da kısa süreli bir eğitim yeterlidir. Bir BKM aleti ayakta, yatakta ya da koltukta farklı pozisyonlarda kullanılabilir. Bu aletleri, masaj yapılmasında kontrendike olmayan tüm hastalar ve rahatlamak isteyen tüm bireyler kullanabilir.

BKM, çalışan sayısının az olduğu, gebenin kontrol duygusunun arttırılmasında, doğum ağrısının azaltılmasında, olumlu doğum algısı oluşturmada etkili olabilir. Ancak konuyla ilgili çevrimiçi literatürde yapılmış çalışma mevcut değildir. Doğum sürecine destek olabilecek BKM uygulaması ile ilgili kanıta dayalı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

### **2.5.8. Masajın Doğum Sürecine Etkisi**

Masaj binlerce yıldır doğumda kadına rahatlık kazandıran bir uygulamadır<sup>162</sup> ve masajın zararlı olduğunu gösteren hiçbir veri yoktur.<sup>156</sup> DSÖ gebenin tercihlerine bağlı olarak doğum sırasında ağrı kesici talep eden sağlıklı gebeler için masaj veya sıcak paket uygulaması gibi manuel tekniklerin kullanılmasını önermektedir.<sup>163</sup> Masajın doğum sürecine etkisi vücutta yarattığı bir takım değişikliklerle açıklanabilir. Masaj sırasında; cilde olan kan akımı artar ve dokulara daha fazla oksijen taşınır. Gevşetici etki gösteren hormon

seviyeleri artarken stres hormon düzeyleri azalır. Masaj bedenle beyin arasındaki iletişimi güçlendirir; insanın gevşemesine, modunun düzelmesine, anksiyete seviyesinin azalmasına neden olur. Kas spazmını çözer, ağrının beyine iletimini azaltır.<sup>164</sup> Bütün bu mekanizma doğum sırasında aynı işler; doğum ağrısını azaltabilir, doğum süresini kısaltabilir, anksiyete düzeyini düşürebilir, gebeyi gevşetebilir ve olumlu bir deneyimine neden olabilir.

Masajın, doğum sürecine etkisini araştıran çalışmalar daha çok doğum ağrısı ve doğum çıktılarına etkisini değerlendirmişlerdir ve çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda masajın algılanan doğum ağrısını azalttığı,<sup>22,27,30,165-167</sup> memnuniyeti arttırdığı tespit edilmiştir.<sup>27,165,168</sup> Bazı çalışmalar doğum birinci evresinin süresini kısalttığını bulmuştur.<sup>26,159,169-170</sup> Field ve ark.'ları masaj yapılan grubun kendileri daha az depresif hissettikleri, daha iyi hissettikleri, streslerinin daha az olduğunu, eylemin daha hızlı ilerlediğini, hastane kalma süresi kısalttığı, dokunmaya daha az hassasiyet gösterdikleri ve daha az doğum sonu depresyon görüldüğünü bildirmişlerdir.<sup>167</sup> Ayrıca masajın serotonin seviyesini arttırdığı,<sup>26</sup> endişe ve kaygıyı azalttığı,<sup>165</sup> doğum ağrısını azaltmada aküpresürden,<sup>22,168</sup> müzik terapiden<sup>171</sup> ve sıcak uygulamadan daha etkili bir yöntem olduğu,<sup>172</sup> epidural analjezi kullanımını azalttığı bildirilmektedir.<sup>162</sup>

## **2.6. Doğum Ağrısı Yönetiminde Ebenin Rolü**

Doğum sırasında yaşanan ağrı karmaşık, çok boyutlu ve öznel bir fenomendir ve hem kadını hem de doğum ekibinde bulunan sağlık profesyonellerini ilgilendirir.<sup>173</sup> Doğum sırasındaki ağrı evrensel bir deneyimdir, ancak ağrının şiddeti değişebilir.<sup>174</sup> Ağrı deneyimi doğumun doğasında mevcut olsa da giderilemeyen doğum ağrısı, kadın, ailesi, sağlık profesyonelleri ve genel olarak sağlık sistemleri için olumsuz sonuçlara yol açabilir. Doğum ağrısının kontrol altına alınmaması artmış stres, korku, depresyon,

konfüzyon, hipertansiyon, hiperglisemi ve kabızlık gibi maternal sonuçların yanı sıra, plasental perfüzyonu tehlikeye atarak asfiksi, geç yavaşlamalar ve bunun sonucunda fetal sıkıntıya yol açabilir. Bunlar, kadın ve ailesinde için suçluluk ve çaresizlik duygularına neden olurken sağlık hizmeti sunan profesyonellerinde ağrıyı yönetememe konusunda güven eksikliği yaratır.<sup>173</sup>

Doğum ağrısı yönetimine gebelik döneminde başlanmalıdır. Gebelik kontrolü sırasında ebe gebenin doğuma ilişkin korku, endişe ve doğum planını öğrenmelidir. Kadının korku ve endişelerini azaltmak ya da gidermek için eğitimler verilerek uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Böylece kadın doğum sürecini ve ağrısını etkin bir şekilde yönetmesine katkı sağlayabilirler.<sup>106</sup>

Ebe, doğum ağrısının yönetiminde önemli bir rol oynar.<sup>173</sup> Günümüzde kadınlar, doğum ağrısının yönetimi için ayrı ayrı veya birbiriyle kombinasyon halinde kullanılabilen birçok güvenli farmakolojik ve farmakolojik olmayan seçeneğe sahiptir. Doğum süresince kadınla birlikte olan ebe ağrı yönetiminde kullanılan metotları kadına sunmalı, en uygun olanı seçmesine yardımcı olmalı, kadının ağrı yönetiminde seçeceği yöneme saygı duymalıdır. Eğer seçilen yöntemi kadının kendisi uygulayacaksa kadına öğretmeli ve takip etmelidir. Yöntem başarısız olursa istediği yöneme geçebileceği konusunda bilgi verilmelidir. Ayrıcı ebe kadının seçtiği yöntemlerden birini uygulayacaksa yöntem hakkında bilgi vermeli, yöntemin etkinliği hakkında kadından geri bildirim almalıdır.<sup>175</sup>

Ebe doğumda destekleyici bakım vererek kadının konforunu arttırabilecek birçok uygulamayı kendi başlarına yapabilir. Bunlardan bazıları masaj, doğum topu kullanımı, duş alma, sıcak veya soğuk uygulama, gevşeme gibi zihinsel stratejiler, pozisyon değişiklikleri, müzik gibi ortam değişiklikleri ve nefes alma teknikleridir. Bu yöntemlerin yan etkileri ve riskleri yoktur. Gerekirse farmakolojik yöntemlerin etkinliğini

desteklemek için de kullanılabilirler. Böylece kadının ağrılarını azaltarak olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlayabilirler.<sup>176</sup>

Bir kadının ağrı algısı; ağrı, yorgunluk, ağrı beklentisi, pozitif veya negatif destek sistemi, doğum ortamı, kültürel beklentiler, duygusal stres, kaygı düzeyi ve önceki deneyimlerinden etkilenebilir.<sup>174</sup> Ebe, kadının algısını azaltmaya yönelik girişimlerde bulunmalı ve her kadına iyi bir bakım vermelidir. İyi bakım; gebenin sosyal, kültürel, fiziksel ve zihinsel ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilmiş bir bakım yaklaşımıdır. Bu yaklaşım ile doğuma bağlı korku, endişe ve ağrı azaltılabilir.<sup>177</sup>

Ebe, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan yöntemlerle ilgili yeterli, açık ve net bilgiler sunmalıdır. Bu nedenle, ebe doğum ağrısını hafifletme yöntemlerine ilişkin en son bilimsel araştırmalar hakkında bilgi sahibi olmaları, etkili ağrı kesici önlemleriyle ilgili doğru ve tarafsız bilgileri gebelere sunması gerekmektedir.

## **2.7. Doğumda Anne Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler**

Memnuniyet karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Bir deneyimine karşı hem olumlu bir tutumu hem de duygusal bir tepkiyi içerir.<sup>174</sup> İnsanların sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri, yerine getirme ve tutarsızlık teorileri açıklanmaktadır. Yerine getirme teorileri, bir kişinin memnuniyetini deneyimin sonucunun belirlediğini ve önceki beklentilerin önemli olmadığını belirtir. Buna karşılık, tutarsızlık teorileri, bir kişinin memnuniyetinin beklenen ile gerçekte olan arasındaki farklarla belirlendiğini savunur.<sup>178</sup> İnsanlar bir deneyimin bazı yönlerinden memnun olabilirken, bazılarında memnun olmayabilir.<sup>174</sup> Doğumu etkileyen birçok faktörün olması ve memnuniyet kavramının çok boyutlu olması doğum memnuniyeti kavramını daha karmaşık hale getirmektedir. Erişilebilirlik, iyi fiziksel çevre, temizlik, ilaçların, malzemelerin ve insan kaynaklarının yeterli olması, bakım seviyesi, mahremiyet ve gizlilik, çabukluk ve yeterli duygusal destek, bakımla ilgili memnuniyeti belirleyen faktörlerdir.<sup>179</sup> Ayrıca doğumda ebenin

varlığı, gebe ve sağlık profesyoneli arasındaki empatik ilişki, kadının doğumda kontrol hissini sürdürmesi, alınan bilgilerin miktarı ve kalitesi doğumda anne memnuniyetini etkilemektedir. Kadının sosyoekonomik durumu, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetinin maliyeti ve kadının üreme öyküsü de memnuniyeti etkiler. Genel olarak anne memnuniyeti, beklentiler ve kişisel deneyimlerle yakından ilgilidir. Beklentiler esas olarak kadınların sosyodemografik profilinden etkilenirken, kişisel deneyimleri doğum ve tıbbi geçmişi içerir.<sup>180</sup>

Doğum memnuniyeti bakım kalitesinin göstergesidir ve kadın aldığı bakımdan memnun olmadıkça sağlık hizmeti yüksek kalitede olamaz. Bu nedenle kadınların doğum beklentileri ve deneyimleri önemlidir. Doğum ekibindeki herkes için doğum memnuniyeti çeşitli anlam ve içerikler barındırır. Örneğin kadının için doğum memnuniyeti; saygılı davranılması, kişinin rahatının dikkate alınması, dinlenmesi, doğumda ağrının kontrol altına alınması, doğumla iyi başa çıkması, doğumu kendi kontrolünde tutma, iyi hazırlanmış olma, asgari obstetrik yaralanma alma ve istediği türde doğum yapmaya bağlı olabilir. Her kadın, doğum beklentilerini farklı şekilde yapılandırır ve memnuniyeti değişir.<sup>181</sup>

Kadınların doğumdan memnuniyeti, üreme sağlığı hizmetlerinin ve anne bakımının kalitesinin önemli bir ölçüsüdür. Doğum memnuniyetinin kadınların sağlığı ve çocuklarıyla ilişkilerinin kalitesi üzerinde kısa ve uzun vadeli etkileri vardır. Olumlu doğum deneyimine sahip olan annelerin özgüvenleri daha yüksektir, çocuklarıyla daha güçlü ilişkileri ve gelecekteki doğumlarından olumlu beklentileri vardır. Buna karşılık, doğumdan duyulan memnuniyetsizlik doğum sonrası depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu olasılığını artırır, anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkiler, bir sonraki doğumdan korkmaya ve gelecekte sezaryen ameliyatı seçimine neden olur.<sup>182</sup>

Doğumla ilgili memnuniyet, çeşitli boyutları ve bileşenleri olan karmaşık bir kavramdır ve çoğu için fikir birliği yoktur. Doğumda anne memnuniyeti konusundaki çalışma sonuçları da çelişkilidir. Green yaptığı çalışmada doğum öncesi dönemde doğumun “oldukça” ve “çok ağrılı” olacağı konusunda endişeli olan kadınların doğumda analjezi kullanımını minimum düzeyde tuttuklarını bildirmiştir. Ayrıca doğumda analjezi kullanmayanların memnuniyetlerinin analjezi kullananlardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir.<sup>183</sup> Yapılan diğer çalışmalar daha az doğum ağrısı yaşayan kadınlar, daha fazla doğum ağrısı olan kadınlara kıyasla memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.<sup>183-188</sup> Bazı çalışmalar ise doğum ağrısının yüksek seviyede olması, genel olarak pozitif bir doğum deneyimini engellemediğini bildirmektedir.<sup>183-184,189-190</sup> Slade ve ark.’ları<sup>184</sup> doğuma hazırlık ve memnuniyet arasında ilişki olmadığını bildirirken, Quine ve ark.’ları<sup>191</sup> doğuma hazırlık yapanların doğum memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Mackey<sup>189</sup> annenin eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında ilişki olmadığını, Waldenstrom<sup>187</sup> memnuniyetin ileri anne yaşı ve yüksek gelirle ilişkili olduğunu, multiparların doğum memnuniyet düzeylerinin primiparlardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Kadınların doğum süresince kontrol düzeylerinin yüksek olması da daha fazla doğum memnuniyetine neden olmuştur.<sup>183-185</sup> Doğum süresince beklentileri karşılanan kadınların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>183-184</sup>

### **2.7.1. Doğumda Anne Memnuniyetini Arttırmada Ebenin Rolü**

Ebeler, gebelik ve doğum konusunda uzmanlaşmış sağlık profesyonelleridir. Bütün ebeler kapsamlı doğum öncesi bakım ve eğitim sağlamak, doğum eylemini yönetmek, komplikasyonları ele almak ve yenidoğanların bakımı için eğitilmektedir.<sup>192</sup> Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) ebelik bakım modelini bütün ebelerin



kullanmasını önermektedir. ICM'nin önerdiği ebelik bakım modelinin içeriği tamamen anne memnuniyetini etkileyen faktörler dikkate alınarak düzenlenmiştir.

Bu bakım modeli;<sup>193</sup>

- Kadının ve yenidoğanın sağlığını korumayı ve geliştirmeyi,
- Doğum süresince kadına güvenmeyi ve yeteneklerine saygı duymayı,
- Normal doğuma müdahale etmemeyi,
- Kadının katılımını teşvik etmeyi ve bilinçli seçimler yapmasını sağlamayı,
- Kadın, yenidoğan ve ailesine saygılı, öngürülü ve esnek bakım sunmayı,
- Ebeğin yetkinliğini korumayı ve kanıta dayalı uygulamalar kullanmasını,
- Kadını kendi ve ailesinin sağlığı konusunda güçlendirmeyi,
- Ebelerin teknolojiyi uygun şekilde kullanmasını ve gerektiğinde kadının sevk edilmesini,
- Kadın, yenidoğan ve ailesinin sağlığı için diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapmayı önermektedir.

Bu modelin uygulanmasının doğum yaralanması, travma ve sezaryen insidansını azalttığı kanıtlanmış;<sup>192</sup> daha yüksek anne memnuniyeti, daha az müdahale ve daha fazla maliyet tasarrufu sağladığı bildirilmiştir.<sup>194</sup>

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Şubat-Kasım 2019 tarihleri arasında Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinde yapılmıştır. Bu hastane, Doğu Anadolu Bölgesine hizmet eden bir bölge hastanesi niteliğinde olması, doğum sayısının fazla olması nedeniyle seçilmiştir. Hastanede yılda yaklaşık 8500 doğum gerçekleşmektedir ve aylık normal doğum sayısı yaklaşık 450'dir. Hastanenin doğumhane bölümü; doğumun birinci evresinin yönetildiği 5 yataklı travay odasından, doğumun ikinci ve üçüncü evresinin yönetildiği 3 jinekolojik masa ve 2 radyant ısıtıcıdan oluşan aktif doğum odasından ve doğumun dördüncü evresinin yönetildiği 6 yataklı erken postpartum odasından oluşmaktadır. Doğumhane bölümünde bulunan her yatak ve masa uygun aralıkta konumlandırılmış ve mahremiyet perdesi ile hastalar için özelleştirilmiştir. Ayrıca doğumhanede aktif olarak görev yapan, vardiyalı çalışan 45 ebe ve 11 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı mevcuttur.

Hastanede gebenin yatışına poliklinik ya da acil servisten kadın hastalıkları ve doğum uzmanı karar vermektedir. Gebenin doğumhaneye kabulünü ebeler yapmaktadır. Kabul edilen her gebeye rutin olarak tanıtıcı kol bandı takılmakta, vital bulguları ve anamnezi alınmakta, damar yolu açılmakta, hekim order etmişse laboratuvar testleri için uygun numuneler alınmakta, gebeye doğum önlüğü giydirilmekte, doğum masasında vajinal muayene yapılmakta, FKA (fetal kalp atımı) dinlenmekte ve gebeye lavman uygulanmaktadır. Gebenin lavmandan sonra 2 kez defekasyona çıkması istenmekte ve sonrasında yatağına alınıp NST (non stres test) cihazına bağlanmakta ve genelde sentetik oksitosin uygulanmasına başlanmaktadır. Hastanede genelde her gebeye sürekli NST ve oksitosin infüzyonu uygulanmaktadır. Ebe uygun aralıklarla vajinal muayene ve FKA

takibi yapmaktadır, servikal dilatasyon 4 cm olunca ebe partograf kullanıma geçmekte ve doğum izlemine partograf üzerinden yapmaktadır. Gebeler dilatasyon tamamlandığında doğum masasına alınmakta ve primiparlara rutin epizyotomi uygulaması yapılmaktadır. Ayrıca bu süreçte gebeler IV sıvı desteği almakta ve genelde oral alımları kısıtlanmaktadır ancak uygulama hekimden hekime değişiklik göstermekte bazı hekimler gebelerin oral alımını kısıtlamamaktadır. Ebeler, her muayenede kadına eylemin süreci hakkında bilgi vermektedir. Ailelere ise travay müsaitse gebenin yanında travay müsait değilse doğumhane dışındaki bekleme salonunda doğumun süreci hakkında bilgi vermektedir.

Doğumhanede doğum ağrısının yönetimine ilişkin yazılı bir protokol bulunmamaktadır ancak burada çalışan ebeler bağımsız rollerini kullanarak ağrı yönetiminde bazı nonfarmakolojik yöntemleri kullanmaktadır. Bu yöntemler; gebenin yatak etrafında yürümesi, çömelmesi, sallanması, nefes egzersizleri yapması ve eğer travay odası müsaitse saat başı ailesinden herhangi bir kişinin kısa süreli (5-10 dk) yanına alınmasıdır. Bu yöntemler serum setinin ve NST problemlerinin uzunluğuyla sınırlıdır çünkü uygulamalar yatakta ya da yatak çevresinde yapılmaktadır. Gebenin sosyal destek almasını ise hastane alt yapısı engellemektedir çünkü travay odası 5 yataklıdır ve aynı anda hem sosyal desteği hem diğer hastaların mahremiyetini sağlamak hem de ebelerin rutin bakımlarını uygulaması oldukça zordur.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

#### **3.3.1. Araştırma Evreni**

Araştırmanın evrenini Şubat-Kasım 2019 tarihleri arasında Erzurum Nenehatun Kadın-Doğum Hastanesine doğum eylemi için başvuran primipar gebeler oluşturmuştur.

#### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

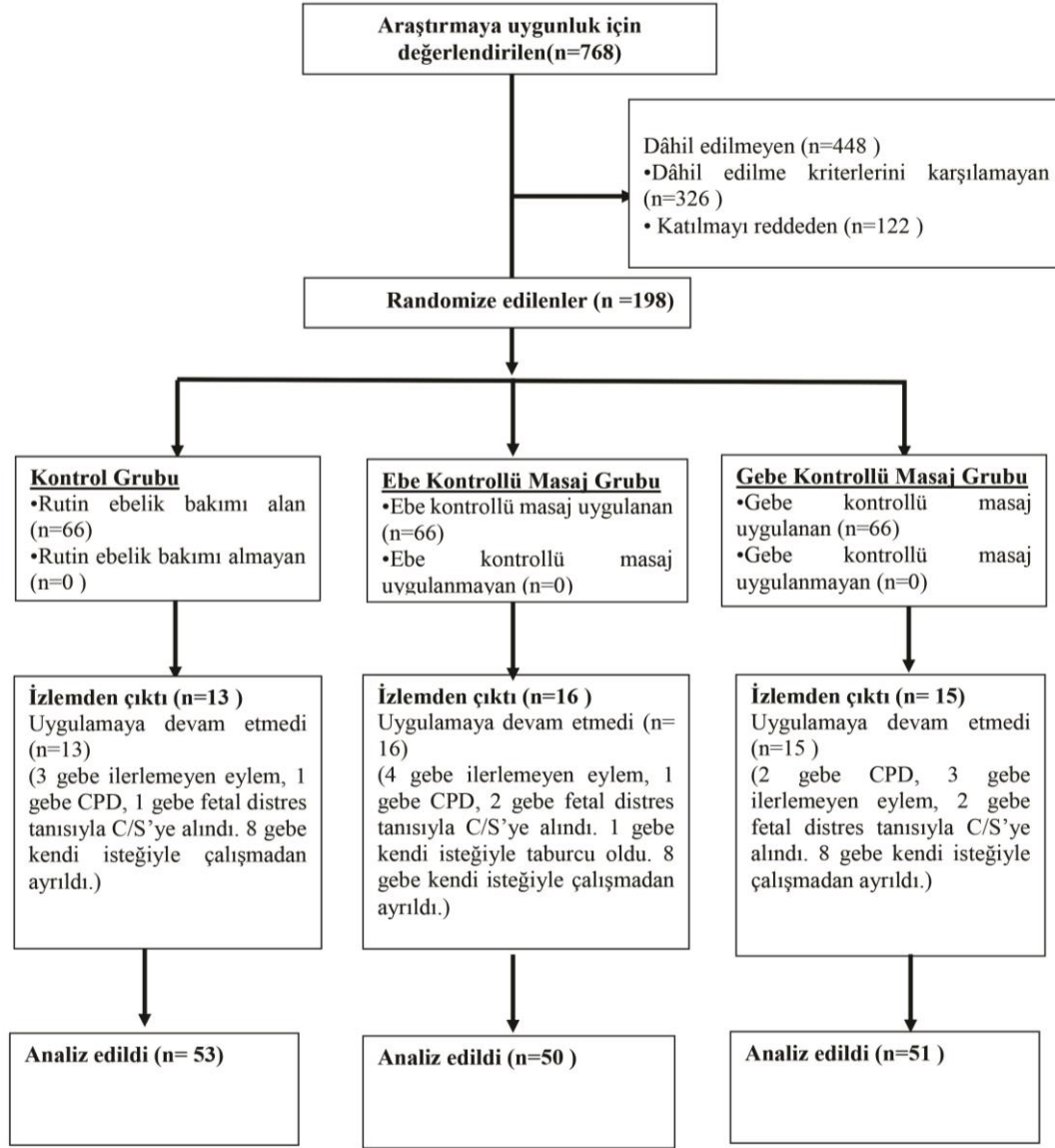
Araştırma, 3 farklı grup ile yürütülmüştür. Araştırmanın başlangıcında %95 güven

aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yapılan güç analizinde her grup için minimum 29, maksimum 66 gebe katılması gerektiği belirlenmiştir. Araştırmanın maksimum örnekleme yürütülmesine karar verilmiş ve kontrol grubu 66, ebe kontrollü masaj grubu 66 ve gebe kontrollü masaj grubu 66 gebe olarak belirlenmiştir. Belirtilen tarihler arasında hastaneye doğum yapmak için başvuran gebelerden 768'inin araştırma seçim kriterlerine uygunluğu değerlendirilmiş, araştırmaya dâhil olma kriterlerine uymayan 326 gebe ve araştırmaya dâhil olmak istemeyen 122 gebe araştırma dışında tutulmuştur. Araştırma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden toplam 198 gebe; 66 gebe A (kontrol), 66 gebe B (ebe kontrollü masaj uygulaması), 66 gebe C (gebe kontrollü masaj uygulaması) şeklinde gruplandırılarak araştırma yürütülmüştür. Araştırmaya dâhil edilen gebeler gruplara randomizasyonla atanmış ve grupların dağılımında homojenite sağlanmıştır. Gebelerin gruplara randomizasyonunda “Random Allocation Software Programı” kullanılmış ve çalışmaya ait randomizasyon listesi oluşturulmuştur (EK- 6). Normal doğum için doğumhaneye kabul edilen primipar gebeler randomizasyon listesinde var olan sıralamaya göre; kontrol grubu, ebe kontrollü masaj grubu ve gebe kontrollü masaj gruplarından birine araştırmacı tarafından atanmıştır. Randomizasyon grubuna atanan gebenin doğumu tamamlanincaya kadar yalnız o gebe ile çalışılmıştır. Gebenin doğum eylemi tamamlandıktan sonra doğumhaneye kabul edilen ve araştırma kriterlerine uyan ilk gebe randomizasyon listesindeki diğer gruba atanarak gerekli girişimler yapılmıştır. Çalışma sırasında gebe sezaryene alındığında ya da herhangi bir nedenle çalışmadan ayrıldığında; doğumhaneye kabul edilen, araştırma kriterlerine uyan ilk gebe, randomizasyon listesinde yer alan diğer gruba atanmıştır. Çalışma sırasında A grubunda; 5 gebe farklı nedenlerden dolayı (3 CPD, bir fetal distres, bir ilerlemeyen eylem) sezaryene alınmıştır, 4 gebe aktif fazda, 3 gebe geçiş fazında ve bir gebe postpartum dönemde çalışmadan ayrılmış ve toplamda 53 gebe ile çalışma

tamamlanmıştır. B grubunda; 7 gebe farklı nedenlerden dolayı (4 ilerlemeyen eylem, bir CPD, 2 fetal distres) sezaryene alınmıştır, bir gebe kendi isteğiyle hastaneden taburcu olmuş, 3 gebe aktif fazda çalışmadan ayrılmış ve 5 gebeye geçiş fazında istenilen sürede masaj uygulanmadığı için örnekleme dâhil edilmemiştir, toplamda 50 gebe çalışma tamamlanmıştır. C grubunda; gebelerden 7'si farklı nedenlerden dolayı (2 CPD, 3 ilerlemeyen eylem, 2 fetal distres) sezaryene alınırken, 8 gebe aktif fazda çalışmadan ayrılmış ve toplamda 51 gebe ile çalışma tamamlanmıştır. A grubu 53, B grubu 50 ve C grubu 51 gebe olmak üzere toplam 154 gebe CONSORT akış diyagramına göre araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (Şekil 3.1).

***Araştırmaya Alınma Kriterleri;***

- En az ilkokul mezunu olan
- İletişim sorunu olmayan
- Miadında (38-42 hafta) olan
- Riskli gebeliği bulunmayan
- Doğumun latent fazında olan (dilatasyon 0-3cm olan)
- Deri, yumuşak doku veya eklemlerde bakteriyel etkenin neden olduğu akut inflamatuvar sorunları olmayan
- Açık yara, yanık, sinir yaralanması, burşit, romatoid ve gut artriti, romatik fibrozit ve paniküli olmayan
- Pıhtılaşma bozuklukları (veya antikoagülan kullanımı), venöz trombüs veya embolizm, son evre osteoporoz ve kırıkları, kanser ve şiddetli varikoz venleri olmayan



Şekil 3.1. Consort Akış Diyagramı

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan gebelerin tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesinde “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Gebelerin doğumda algılanan ağrı düzeylerini belirlemek için “Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)” ve “Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ)” kullanılmıştır. Verileri toplarken iki ağrı ölçeğini kullanmadaki amaç; algılanan ağrının öznel bir bulgu olması nedeniyle görsel olarak ağrısını tam ifade edemeyen bireyin kendini sözel olarak ifade etmesini sağlamaktır.

Doğum eyleminin süresini değerlendirmek için aktif fazdan itibaren “Partograf” kullanılmış ve birey kontrollü masaj uygulamasında masajın süresini ve yoğunluğunu izlemek için “Birey Kontrollü Masaj Takip Formu (BKMTF)” doldurulmuştur. Doğum sonu ilk 4 saat içinde ise lohusanın normal doğumdan memnuniyetini değerlendirmek için “Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)” kullanılmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu (EK-7):** Araştırmacının, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik literatür tarayarak oluşturduğu toplam 12 sorudan oluşan bir formdur.<sup>6,9,11,21-22,35</sup>

**Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala) (EK-8):** Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda dayanılmaz ağrı yazan 10 cm’lik ya da 100 mm’lik bir cetvel üzerinde bireyin kendi ağrısını işaretlediği ölçektir. GKÖ’nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. Ağrı derecesinin belirlenmesinde yaygın kullanılan bir ölçme aracıdır. Gebelere her fazın sonunda bu skalada ağrılarının şiddetini en iyi ifade eden kısmı işaretlemeleri istenmiştir. Ağrı yok başlangıcı ile gebenin işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santimetre olarak kayda alınıp ve ağrı şiddetinin sayısal değeri belirlenmiştir. GKÖ sonuçlarının değerlendirilmesinde 0-2 cm “ağrı yok”, 3-4 cm “hafif ağrı” y1, 5-6 cm “Orta şiddette ağrı” y1, 7-8 cm “Şiddetli ağrı” y1 ve 9-10 cm “Dayanılmaz ağrı” y1 göstermektedir.<sup>36-37</sup>

**Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ) (EK-9):** Sözel kategori ölçeği, tek boyutlu, basit ve tanımlayıcı bir ölçektir. Ölçeği uygulamak ve kategorilendirmek kolaydır. Her fazın sonunda gebelerden ağrılarını tanımlayan en uygun sözcüğü işaretlemeleri istenmiştir. Ölçekte ağrının şiddetini tanımlamak için “hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz” sözcükleri bulunmaktadır.<sup>36</sup>

**Partograf (EK-10):** Eylemin ilerlemesini ve fetüsün durumunu değerlendirmek

için kullanılan bir araçtır. Grafik kâğıdına eylem sırasında gözlenen gelişmelerin saat belirtilerek kayıt edilmesi esasına dayanır. Aktif fazdan itibaren kullanılır. Partograf kullanımı eylemin ayrıntılı bir şekilde izlenmesini ve normal dışı durumların erken tanınmasını sağlar. Grafik kâğıdına servikal açıklık, bebek başının seviyesi, uterus kontraksiyonlarının sıklığı ve süresi, fetal kalp atım hızı, amniyon zarının varlığı ve amniyotik mayinin rengi değerlendirilip kaydedilir.<sup>38</sup> Partograf, bu araştırmada doğum eyleminin süresini tespit etmek için kullanılmıştır. Partograf üzerinde aktif ve geçiş fazlarının süresi ve yine partograf üzerine yazılan bebeğin doğum saatine göre ikinci evrenin süresi tespit edilerek toplam doğum süresi dakika türünden kayıt altına alınmıştır.

***Birey Kontrollü Masaj Takip Formu (BKMTF) (EK-11):*** Birey kontrollü masajın temeli; kişinin ağrısını kontrol edebilmesi için elindeki butonla masaj minderinde tanımlı olan istediği bölge/bölgelere (boyun, sırt, bel ve bacak), istediği zaman, istediği sürede ve istediği yoğunlukta masaj uygulaması esasına dayanır. Bu uygulamanın belirli bir uygulama saati ya da sıklığı yoktur çünkü doğum ağrısının süresi, şiddeti, sıklığı ve algılanması kişiden kişiye değişmektedir. BKMTF araştırmacı tarafından geliştirilen, üzerinde aktif ve geçiş fazlarının belirtildiği, eylemde uygulanan masajın süresini ve yoğunluğunu saat belirterek kaydedilmesini sağlayan bir çizelgedir. Bu form kontrollü masaj uygulaması için bir standardizasyon yakalamak için oluşturulmuş ve kullanılmıştır. Bu form araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

***Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ) (EK-12):*** Güngör tarafından 2009'da geliştirilen ölçek, 43 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. "Ölçeğin alt boyutları; sağlık ekibini algılayışı (1,2,3,4), doğum eylemindeki bakım (5,6), rahatlatma (7,8,9, 0), kararlara katılım ve bilgilendirme (11,12,13,14,15,16,17, 8), bebekle tanışma (19,20,21), postpartum bakım (22,23,24,25,26,27), hastane odası (28,29,30,31), hastane olanakları (32,33,34),



mahremiyete saygı (35,36,37,38), beklentilerin karşılanmasıdır (39,40,41,42,43)”. Ölçekte 13 madde (7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 35, 36, 38, 41, 42) ters puanlıdır. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Ölçek 5’li likert tipindedir. “1-Katılmıyorum, 2- Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanır.” Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. “NDAMDÖ için hesaplanan kesme noktası puanı 150.5 olarak belirlenmiştir ( $\geq 150.5$  memnuniyet düzeyi yüksek,  $< 150.5$  memnuniyet düzeyi düşük)”. Güngör, “NDAMDÖ’ nün Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını 0.91 olarak belirlemiştir.”<sup>39</sup> Bu araştırmada NDAMDÖ’nün toplam ölçek Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, Şubat-Kasım 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından belirtilen hastanenin doğum salonunda toplanmıştır. Gebelerin birbirinden etkilenmelerini önlemek için aynı anda birden fazla gebe çalışmaya dâhil edilmemiştir, örnekleme alınan gebenin doğumu gerçekleştikten sonra kliniğe kabul edilen yeni bir gebeyle araştırmaya devam edilmiştir. Araştırma kriterlerine uyan, katılmayı kabul eden ve onamları alınan gebeler randomizasyonla gruplara atanmıştır.

Araştırma kontrol grubu (A: rutin hastane bakımı alanlar) ve iki deney grubu (B: ebe kontrollü masaj uygulaması yapılanlar ve C: gebe kontrollü masaj uygulaması yapılanlar) ile yürütülmüştür.

Gruplara uygulanan girişimler grubun özelliğine göre değişmektedir. A grubu rutin hastane bakımı aldığı için doğumun yönetimi doğumhanede çalışan ebeler tarafından yapılmış, araştırmacı gebeyi takip ederek anket formunu doldurmuştur. B grubuna gebenin isteği doğrultusunda ebe kontrollü masaj uygulamasını araştırmacı

uygulamış, takip ederek kayıt altına almıştır. C grubunda gebeler masaj uygulamasını kendileri yönetmiş, araştırmacı takip ederek kayıt altına almıştır. B ve C gruplarında da doğumun yönetimini yine doğumhanede çalışan ebeler yapmıştır. Çalışmaya başlamadan önce gebelere çalışmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü onam alınarak çalışma başlatılmıştır. Gebeye ve fetüse zarar verebilecek herhangi bir durum geliştiğinde, gebe herhangi bir nedenle sezaryene alındığında ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrıldığında örneklem çalışmadan çıkarılmıştır. Gebeye yapılan kontrollü masaj uygulaması doğumhanede çalışan bir ebe ve hekim gözetiminde yapılmıştır. Çalışma sırasında doğum yönetiminde benzer özellikleri olan ebelerle çalışılmıştır. Birlikte çalışılan ebeler en az lisans mezunu ve doğumhane deneyimi en az 5 yıl olan ebelerdir.

#### **Araştırmada Kullanılan Girişim Materyalleri**

**Masaj Minderi:** Çalışmada 5 motorlu masaj minderi kullanılmıştır. Bu minderin ısıtma özelliği de vardır. Ancak çalışmada masajın etkinliği değerlendirileceği için ısıtma fonksiyonu devre dışı bırakılmıştır. Isıtma tuşunun kullanımını önlemek için tuşun üzeri flasterle kapatılmıştır ve gebeler bu tuşu kullanmamaları konusunda bilgilendirilmiştir. Masaj minderi ekonomik, fonksiyonel, portatif, taşınması ve kullanımı kolay bir araçtır. Ergonomik yapısı sayesinde masaj minderi yatak, koltuk ve sandalyelerde de kolaylıkla kullanılabilir. Kumanda ile kontrol edilen minder boyun, sırt, bel ve bacak bölgesine vibrasyon temelli masaj uygulamaktadır. Düşük ve yüksek olmak üzere 2 yoğunluk ayarı olan masaj minderi vücuda elektrik vermeyen, manyetik etkisi olmayan poliüretan malzemeden yapılmış olup silinebilir ve esnek özellik taşımaktadır. Masaj minderinin ölçüleri standart olup ebatları 110 cm x 50 cm, kalınlığı 4 cm, kumanda kablo uzunluğu 80 cm, araç adaptörü 108 cm ve evde kullanım için adaptör 110 cm'dir.



Şekil 3.8. Masaj Minderi ve Uygulamadaki Kullanımı

### 3.6. Ebelik Girişimi

#### 3.6.1. Kontrol Grubuna Yapılan Ebelik Girişimleri

Kontrol grubuna araştırmacı tarafından herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

##### A Grubu (Kontrol Grubu):

Gebeler, doğumhanede uygulanan rutin ebelik bakımı almıştır.

- Vajinal muayene ile servikal değişiklikler ve eylemin ilerleyişi klinik ebesi tarafından değerlendirilerek, latent fazda gözlem kâğıdına, aktif faza geçince partografa kaydedilmiştir.
- Aktif fazdan itibaren 30 dakikada bir FKH değerlendirilerek partografa kaydedilmiştir.
- Latent, aktif ve geçiş fazlarında FKH ile uterus kontraksiyonları arasındaki durumu değerlendirmek amacıyla ortalama 20 dakika süren NST çekilmiştir.
- Latent, aktif ve geçiş fazlarının sonunda araştırmacı tarafından birer kez GKÖ ve SKÖ uygulanmıştır.
- Servikal silinme ve dilatasyon tamamlanıp, fetal baş perineye dayandığında gebe doğum masasına alınmıştır.
- Eylemin dördüncü evresinde yatağına alınan anneye araştırmacı tarafından NDAMDÖ uygulanmıştır.

#### 3.6.2. Deney Gruplarına Yapılan Ebelik Girişimleri

Araştırmacı tarafından masaj minderi ile ebe ve gebe kontrolünde masaj yaptırılmıştır.

##### B Grubu (Ebe kontrollü masaj uygulaması):

- Doğumhanede verilen rutin ebelik bakımına ilave olarak; eylemin 1. evresinin **Latent fazında**; gebelere öncelikle kullanılacak olan masaj minderi tanıtılmış ve kullanımını öğretmek için gebe ile birlikte bir kez kullanılmıştır. Gebenin yatağına serilmiş masaj

minderi uygun pozisyona (tam yatar, yarı oturur ya da oturur) getirilmiştir. Masaj minderini her hastada kullanılacağı için bakım güvenliği adına üzerine sıvı geçirmez yatak koruyucu ve temiz havlu serilmiştir, kirlendiği ya da ıslandığı durumlarda değiştirilmiştir.



**Şekil 3.2.** Latent Fazda Masaj Minderinin Tanıtılması ve Gebeyle Birlikte Uygulanması

- **Aktif fazda;** servikal dilatasyon 4 cm olduğunda masaj minderinin kumandasını ebe kontrol etmiştir. Aktif fazın sonuna kadar ebe her saat başı 15 dakika gebenin istediği yoğunlukta masajı, masaj minderinde tanımlı olan istediği bölge/bölgelere (boyun, sırt, bel ve bacak) uygulamıştır. Masaj uygulaması sona erdiğinde diğer uygulamaya kadar gebenin rahat edebileceği bir pozisyona geçmesi sağlanmıştır. Her masaj uygulama sonrasında araştırmacı tarafından BKMTF doldurulmuştur.



**Şekil 3.3.** Aktif Fazda Ebe Kontrollü Masajın Uygulanması

**Geçiş fazında;** servikal dilatasyon 8 cm olduğunda masaj minderinin kumandasını yine ebe kontrol etmiş ve geçiş fazının sonuna kadar her saat başı 15 dakika gebenin istediği yoğunlukta masajı, masaj minderinde tanımlı olan istediği bölge/bölgelere (boyun, sırt, bel ve bacak) uygulamıştır. Dilatasyon 10'cm oluncaya kadar her saat başında ebe kontrolünde 15 dakika masaj uygulanmıştır. Masaj uygulama aralarında gebenin rahat edebileceği bir pozisyona geçmesi sağlanmıştır. Her masaj uygulama sonrasında araştırmacı tarafından BKMTF doldurulmuştur. Her kullanımdan sonra, masaj minderinin temizliği sağlanmıştır.



**Şekil 3.4.** Geçiş Fazında Ebe Kontrollü Masajın Uygulanması

**C Grubu (Gebe kontrollü masaj uygulaması):**

- Doğumhanede verilen rutin ebelik bakımına ilave olarak; eylemin 1. evresinin **Latent fazında**; gebelere öncelikle kullanılacak olan masaj minderi tanıtılmış ve kullanımını öğretmek için gebe ile birlikte bir kez kullanılmıştır. Gebenin yatağına serilmiş masaj minderi uygun pozisyona (tam yatar, yarı oturur ya da oturur) getirilmiştir. Masaj minderi her hastada kullanılacağı için bakım güvenliği adına üzerine sıvı geçirmez yatak koruyucu ve temiz havlu serilmiştir, kirlendiği ya da ıslandığı durumlarda değiştirilmiştir.



### Şekil 3.5. Latent Fazda Masaj Minderinin Tanıtılması ve Gebeyle Birlikte Uygulanması

- **Aktif fazda;** servikal dilatasyon 4 cm olduğunda gebe masaj minderinin kumandasını kullanarak aktif faz sonuna kadar istediği yoğunlukta ve istediği sürede masajı, masaj minderinde tanımlı olan istediği bölge/bölgelere (boyun, sırt, bel ve bacak) uygulamıştır. Masaj uygulama aralarında rahat edebileceği bir pozisyona geçmesi sağlanmıştır. Her masaj uygulama sonrasında araştırmacı tarafından BKMTF doldurulmuştur.



### Şekil 3.6. Aktif Fazda Gebe Kontrollü Masajın Uygulanması

**Geçiş fazında;** gebe masaj minderinin kumandasını kullanarak geçiş fazının sonuna kadar istediği yoğunlukta ve istediği sürede masajı, masaj minderinde tanımlı olan istediği bölge/bölgelere (boyun, sırt, bel ve bacak) uygulamıştır. Masaj uygulama aralarında rahat edebileceği bir pozisyona geçmesi sağlanmıştır. Her masaj uygulaması sonrasında araştırmacı tarafından BKMTF doldurulmuştur. Her kullanımdan sonra, masaj minderinin temizliği sağlanmıştır.





**Şekil 3.7.** Geçiş Fazında Gebe Kontrollü Masajın Uygulanması

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı değişken:** Gebelerin ağrı puan ortalamaları, doğum süresi ve normal doğumda memnuniyet düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

**Bağımsız değişken:** Masaj uygulaması araştırmanın bağımsız değişkenidir.

**Kontrol değişkenleri:** Grupların tanıtıcı özellikleri araştırmanın kontrol değişkenleridir.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler, SPSS 22.0 paket programında bilgisayara aktarılmış, verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov – Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, ki-kare, t testi, varyans analizi kullanılmıştır ve ileri analiz için Bonferroni testi uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi araştırma dışı bir istatistikçi tarafından yapılmıştır, böylece araştırmanın istatistiksel analiz sırasında değerlendirme yanlılığının yapılması önlenmiş ve deneysel çalışma olarak sunulmuştur.

### **3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay (B.30.2.ATA.0.01.00/302 sayılı ve 29.11.2018 tarihli) (EK-3) ve araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin (14.12.2018 tarihli) (EK-4) ve İl Sağlık Müdürlüğünden çalışma izni (44827528-604.02 sayılı ve 23.01.2019 tarihli) (EK-5) alınmıştır. Araştırma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya destek vermek isteyen gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmada kişisel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na bağlı kalmıştır. Araştırma sırasında çekilen fotoğrafların tezde kullanımı için gebelerden gerekli izinler alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellebilirliği**

Araştırmanın yapıldığı hastanenin doğumhanesinde yapılan rutin uygulamalar (lavman, oksitosin, sürekli EFM), gebelerin alternatif nonfarmakolojik yöntemlerden bazılarını (nefes egzersizleri, yürüme, sallanma, çömelme, sosyal destek) kullanmaları, araştırma örneklemine sadece primarların dâhil edilmesi bu araştırmanın sınırlılıklarıdır. Araştırmanın tek merkezli olması nedeniyle sonuçlar sadece çalışma grubundaki primiparlar için genellenebilir.

### **3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar**

Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması, araştırma sonuçlarının öznel (GKÖ, SKÖ) ve nesnel ölçüm araçlarının (partograf) birlikte kullanılarak değerlendirilmesi araştırmanın güçlü yönleridir.

Araştırma sırasında yaşanan zorluklar ise şoyledir; çalışmanın örneklemine risksiz gebeler dâhil edilse de doğum eyleminin öngörülemez bir süreç olması nedeniyle bazı durumlarda eylemin normalden sapmasıyla gebenin sezaryene alınması ya da kendi isteğiyle çalışmadan ayrılması örneklemin küçülmesine neden olmuştur.



## 4. BULGULAR

Doğumda uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısı ve süresi ile anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya ait bulgular aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	A Grubu (n=53)		B Grubu (n=50)		C Grubu (n=51)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş grubu</b>							
18-23 yaş	28	52.8	30	60.0	28	54.9	X <sup>2</sup> =0.56
24-29 yaş	25	47.2	20	40.0	23	45.1	p=0.75
<b>Eğitim durumu</b>							
İlkokul	11	20.8	11	22.0	11	21.6	X <sup>2</sup> =8.59
Ortaokul	14	26.3	16	32.0	25	49.0	p=0.19
Lise	17	32.1	15	30.0	7	13.7	
Üniversite	11	20.8	8	16.0	8	15.7	
<b>Çalışma durumu</b>							
Çalışmayan	45	84.9	45	90.0	49	96.1	X <sup>2</sup> =3.69
Çalışan	8	15.1	5	10.0	2	3.9	p=0.15
<b>Eş eğitim durumu</b>							
İlkokul	6	11.3	6	12.0	11	21.6	X <sup>2</sup> =3.99
Ortaokul	13	24.5	15	30.0	11	21.6	p=0.67
Lise	18	34.0	15	30.0	18	35.2	
Üniversite	16	30.2	14	28.0	11	21.6	
<b>Eş çalışma durumu</b>							
Çalışan	49	92.5	46	92.0	46	90.2	X <sup>2</sup> =0.19
Çalışmayan	4	7.5	4	8.0	5	9.8	p=0.90
<b>Gelir durumu algısı</b>							
Gelir giderden fazla	18	34.0	22	44.0	20	39.2	X <sup>2</sup> =5.45
Gelir gidere eşit	32	60.4	20	40.0	26	51.0	p=0.24
Gelir giderden az	3	5.7	8	16.0	5	9.8	
<b>Aile tipi</b>							
Çekirdek aile	37	69.8	28	56.0	26	51.0	X <sup>2</sup> =4.10
Geniş aile	16	30.2	22	44.0	25	49.0	p=0.12
<b>Yaşanılan yer</b>							
İl	32	60.4	25	50.0	22	43.1	X <sup>2</sup> =5.01
İlçe	12	22.6	10	20.0	11	21.6	p=0.28
Köy	9	17.0	15	30.0	18	35.3	

**Tablo 4.1. (Devamı)**

Özellikler	A Grubu (n=53)		B Grubu (n=50)		C Grubu (n=51)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>DÖB alma durumu</b>							
Alan	50	94.3	48	96.0	47	92.2	X <sup>2</sup> =0.68
Almayan	3	5.7	2	4.0	4	7.8	p=0.71
<b>Doğum hakkında eğitim alma durumu</b>							
Alan	13	24.5	9	18.0	16	31.4	X <sup>2</sup> =2.43
Almayan	40	75.5	41	82.0	35	68.6	p=0.29
<b>Doğum ağrısı hakkında bilgi alma durumu</b>							
Alan	8	15.1	7	14.0	9	17.6	X <sup>2</sup> =0.27
Almayan	45	84.9	43	86.0	42	82.4	p=0.87

**A grubu** rutin hastane bakımı alan kontrol grubundaki gebeler

**B grubu** ebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

**C grubu** gebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1’de sunulmuştur. A grubundaki gebelerin %52.8’nin 18-23 yaş aralığında, %32.1’nin lise mezunu, %84.9’unun çalışmadığı, %34’nün eşinin lise mezunu, %92.5’nin eşinin çalıştığı, %60.4’nün gelirinin giderine eşit olduğu, %69.8’nin çekirdek ailede yaşadığı, %60.4’nün il merkezinde yaşadığı, %94.3’nün DÖB aldığı, %75.5’inin doğum hakkında eğitim almadığı ve %84.9’unun doğum ağrısı hakkında bilgi almadığı belirlenmiştir. B grubundaki gebelerin %60’nın 18-23 yaş aralığında, %32’sinin ortaokul mezunu, %90’nın çalışmadığı, %30’nın eşinin lise mezunu, %92’sinin eşinin çalıştığı, %44’nün gelirinin giderinden fazla olduğu, %56’sının çekirdek ailede yaşadığı, %50’sinin il merkezinde yaşadığı, %96’sının DÖB aldığı, %82’sinin doğum hakkında eğitim almadığı ve %86’sının doğum ağrısı hakkında bilgi almadığı belirlenmiştir. C grubundaki gebelerin %54.9’nun 18-23 yaş aralığında, %49’unun ortaokul mezunu, %96.1’inin çalışmadığı, %35.2’sinin eşinin lise mezunu, %90.2’sinin eşinin çalıştığı, %51’nin gelirinin giderine eşit olduğu, %51’inin çekirdek ailede yaşadığı, %43.1’inin il

merkezinde yaşadığı, %92.2'sinin DÖB aldığı, %68.6'sının doğum hakkında eğitim almadığı ve %82.4'ünün doğum ağrısı hakkında bilgi almadığı belirlenmiştir. Araştırmaya alınan tüm gebelerin tanıtıcı özellikler bakımından benzer olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.2.** Grupların GKÖ ve SKÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanları	A Grubu		B Grubu		C Grubu		Test ve p değeri	
	GKÖ	SKÖ	GKÖ	SKÖ	GKÖ	SKÖ	GKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Latent faz	3.43±2.34	2.07±0.93	2.67±1.18	2.02±0.68	1.96±1.25	1.76±0.65	F=9.78 p=0.0001	F=2.37 p=0.09
Aktif faz	7.10±1.67	3.67±0.61	5.95±1.40	3.22±0.64	5.34±1.37	3.23±0.61	F=18.77 p=0.0001	F=9.02 p=0.0001
Geçiş fazı	9.41±0.61	4.71±0.66	8.13±1.07	4.32±0.68	7.83±1.39	4.21±0.70	F=32.19 p=0.0001	F=7.84 p=0.001

**A grubu** rutin hastane bakımı alan kontrol grubundaki gebeler  
**B grubu** ebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler  
**C grubu** gebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

Grupların GKÖ ve SKÖ toplam puan ortalamalarına ait karşılaştırma Tablo 4.2'de verilmiştir. Doğumun 1. evresinin latent fazında A grubunun GKÖ puan ortalaması 3.43±2.34, B grubunun 2.67±1.18 ve C grubunun 1.96±1.25 olarak bulunmuştur. Aynı fazda A grubunun SKÖ puan ortalaması 2.07±0.93, B grubunun 2.02±0.68 ve C grubunun 1.76±0.65 olarak belirlenmiştir. 3 grubunda (A,B,C) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Yapılan ileri analizde her iki ölçek içinde farkın A grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Aktif fazda A grubuna ait GKÖ puan ortalaması 7.10±1.67, B grubunun 5.95±1.40 ve C grubununki 5.34±1.37 olarak bulunmuştur. Aktif fazda A grubuna ait SKÖ puan ortalaması 3.67±0.61, B grubunun 3.22±0.64 ve C grubununki 3.23±0.61 olarak belirlenmiştir. 3 grubunda (A,B,C) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05). Yapılan ileri

analizde her iki ölçek içinde farkın A grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Geçiş fazında A grubunun GKÖ puan ortalaması  $9.41 \pm 0.61$ , B grubunun  $8.13 \pm 1.07$  ve C grubunun  $7.83 \pm 1.39$  olarak bulunmuştur. Aynı fazda A grubunun SKÖ puan ortalaması  $4.71 \pm 0.66$ , B grubunun  $4.32 \pm 0.68$  ve C grubunun  $4.21 \pm 0.70$  olarak belirlenmiştir. 3 grubunda (A,B,C) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Yapılan ileri analizde her iki ölçek içinde farkın A grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Grupların Doğum Eylemi Sürelerinin Karşılaştırılması

Doğum Eylemi Evreleri	A Grubu	B Grubu	C Grubu	Test ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Aktif faz (dk.)	$126.79 \pm 77.75$	$127.20 \pm 56.71$	$139.90 \pm 94.71$	F=0.46 p=0.62
Geçiş fazı (dk.)	$56.84 \pm 36.79$	$69.10 \pm 37.87$	$68.23 \pm 47.98$	F=1.43 p=0.24
Toplam Süre (dk.)	$191.69 \pm 105.99$	$211.80 \pm 92.32$	$218.39 \pm 142.68$	F=0.75 p=0.47

**A grubu** rutin hastane bakımı alan kontrol grubundaki gebeler

**B grubu** ebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

**C grubu** gebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

Grupların doğum eylemi sürelerinin karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir. Grupların doğum eylemi sürelerinin karşılaştırılması incelendiğinde; A grubunun aktif fazda  $126.79 \pm 77.75$  dk., B grubunun  $127.20 \pm 56.71$  dk. ve C grubunun  $139.90 \pm 94.71$  dk. olarak belirlenmiş ve grupların süre ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0.05$ ). Geçiş fazında A grubunun  $56.84 \pm 36.79$  dk., B grubunun  $69.10 \pm 37.87$  dk. ve C grubunun  $68.23 \pm 47.98$  dk. olarak saptanmıştır. Grupların geçiş fazında yaşadıkları süre ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ( $p > 0.05$ ). A grubunun eylemdeki toplam süresi  $191.69 \pm 105.99$  dk., B grubunun

211.80±92.32 dk. ve C grubunun 218.39±142.68 dk. olarak belirlenmiş ve grupların süre ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

**Tablo 4.4.** Deney Gruplarının Masaj Süre ve Yoğunluğunun Karşılaştırılması

Ölçüm zamanları	B grubu	C grubu	Test ve p değeri	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Aktif faz	Masaj süresi (dk.)	33.00±14.21	21.80±9.81	t=21.28 <b>p=0.0001</b>
	Masaj yoğunluğu	1.04±0.19	1.13±0.34	t=2.97 p=0.08
Geçiş fazı	Masaj süresi (dk.)	21.30±9.13	12.03±6.69	t=33.87 <b>p=0.0001</b>
	Masaj yoğunluğu	1.28±0.45	1.49±0.50	t=4.83 <b>p=0.03</b>
Toplam Masaj Süresi (dk.)		54.30±19.37	34.31±14.73	t=34.13 <b>p=0.0001</b>
Toplam Masaj Yoğunluğu		2.32±0.55	2.62±0.72	t=8.59 <b>p=0.01</b>

**B grubu** ebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

**C grubu** gebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

Deney gruplarının masaj süre ve yoğunluklarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir. B ve C gruplarının masaj süre ve yoğunluklarının karşılaştırılması incelendiğinde; aktif fazda B grubunun masaj süresi 33.00±14.21 dk., C grubunun 21.80±9.81 dakikadır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05). Aynı fazda B grubunun masaj yoğunluğu 1.04±0.19, C grubunun 1.13±0.34'tür ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamsızdır (p>0.05). Geçiş fazında B grubunun masaj süresi 21.30±9.13 dk., C grubunun 12.03±6.69 dakikadır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05). İlgili fazda B grubunun masaj



yoğunluğu  $1.28 \pm 0.45$ , C grubunun  $1.49 \pm 0.50$ 'dir ve iki grup (B,C) arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Eylem süresi boyunca toplam masaj süresinin karşılaştırılmasına bakılırsa; grupların süre ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Eylem süresi boyunca toplam masaj yoğunluğunun karşılaştırılmasında grupların masaj yoğunluğu ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.5.** Grupların NDAMDÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

NDAMDÖ Alt Boyutlar	GRUPLAR			Test ve p değeri
	A grubu	B grubu	C grubu	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Ekibini Algılayışı	15.56±3.68	14.56±3.15	15.35±3.01	F=1.31 p=0.27
Doğum Eyleminde Bakım	7.24±2.80	6.96±1.90	6.78±2.30	F=0.50 p=0.60
Rahatlatma	8.86±3.73	12.76±3.47	11.07±3.21	F=16.19 <b>p=0.000</b>
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	26.11±8.96	27.04±5.27	27.45±4.89	F=0.54 p=0.57
Bebekle Tanışma	7.16±4.10	7.70±2.66	5.86±1.58	F=5.07 <b>p=0.007</b>
Post-partum Bakım	19.41±6.69	19.04±5.32	18.52±5.48	F=0.29 p=0.74
Hastane Odası	12.35±5.06	10.28±4.36	10.78±4.94	F=2.64 p=0.07
Hastane Olanakları	9.26±3.52	7.22±3.32	8.19±3.38	F=4.62 <b>p=0.01</b>
Mahremiyete Saygı	14.90±3.62	15.86±2.31	14.96±2.42	F=1.77 p=0.17
Beklentilerin Karşılanması	16.58±3.91	16.66±3.81	14.09±3.21	<b>F=8.09</b> <b>p=0.000</b>
<b>NDAMDÖ Toplam Puan</b>	137.49±34.37	138.08±23.97	133.09±20.39	F=0.51 p=0.59

**A grubu** rutin hastane bakımı alan kontrol grubundaki gebeler

**B grubu** ebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

**C grubu** gebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

Grupların NDAMDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'da verilmiştir. Annelerin "Rahatlama, Bebekle Tanışma,

Hastane Olanakları ve Beklentilerin Karşılanması” alt boyutları ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde “Rahatlama” alt boyutu için farkın B grubundan, “Bebekle Tanışma” alt boyutu için farkın C grubundan, “Hastane Olanakları” için farkın B grubundan, “Beklentilerin Karşılanması” alt boyutu için C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. A grubunda bulunan annelerin NDAMDÖ toplam puan ortalamasının  $137.49\pm34.37$ , B grubunun  $138.08\pm23.97$ , C grubunun  $133.09\pm20.39$  olarak saptanmış ve grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Grupların NDAMDÖ Kesme Puanına Göre Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması

NDAMDÖ Kesme Puanı	A Grubu		B Grubu		C Grubu		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Memnuniyeti Düşük (<150.5)	35	66.0	33	66.0	43	84.3	$X^2=5.67$ p=0.05
Memnuniyeti Yüksek ( $\geq 150.5$ )	18	34.0	17	34.0	8	15.7	

**A grubu** rutin hastane bakımı alan kontrol grubundaki gebeler

**B grubu** ebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

**C grubu** gebe kontrollü masaj uygulaması yapılan gebeler

Grupların NDAMDÖ kesme puanına göre memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.6’da verilmiştir. A ve B grubunun %66’sı, C grubunun %84.3’ünün memnuniyet düzeyleri düşük ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Doğumda uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısı ve süresi ile anne memnuniyetine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Araştırma sonucunda gebelerin GKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunda bulunan gebelerin ağrı algılama düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2). Yapılan ebe ve gebe kontrollü masaj uygulamalarının algılanan ağrı düzeyi üzerinde etkili olduğu belirlenmiş ve gebe kontrollü masaj uygulamasının daha etkili olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde GKÖ ve SKÖ toplam puan ortalamalarındaki farkın kontrol grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki gebelere masaj uygulanmaması, rutin hastane bakımı almaları ve hastanede rutin yapılan oksitosin infüzyonu, sürekli EFM, lavman uygulaması gibi girişimler bu gruptaki gebelerin algılanan ağrı düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Bu araştırmanın sonucu “Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan gebe kontrollü masaj uygulaması doğum eyleminde algılanan ağrıyı azaltır. Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan ebe kontrollü masaj uygulaması doğum eyleminde algılanan ağrıyı azaltır.” hipotezlerini doğrulamaktadır.

Sadat ve ark.'ları<sup>27</sup> primigravidlerde masajın doğumun 1. aşamasında doğum ağrısına ve süresine etkisini araştırdıkları randomize kontrollü çalışmada; dilatasyon 5 cm ve 8 cm iken, 15'er dakika yapılan dairesel lumbosakral masaj uygulanan gebelerin her iki fazda da ağrı şiddet ve sürelerinin kontrol grubundakilerden önemli derecede daha az olduğunu bildirmişlerdir.

Taghinejad ve ark.'ları<sup>171</sup> doğum ağrısının şiddetini hafifletmede masaj ve müzik terapinin etkilerini araştırdıkları randomize kontrollü çalışmada primigravidlerin 51'ine karın, omuz, sırt ve kasık bölgesinin altına yapılan 30 dakikalık masaj terapisi, 50'sine müzik terapi uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda masaj terapisi grubundaki primigravidlerin ağrılarının müzik terapi grubundakilere göre daha düşük olduğunu; müdahale sonrası ağrı şiddeti açısından iki grup arasında farkın anlamlı olduğunu ve dayanılmaz şiddetteki doğum ağrısının, masaj terapisinden sonra önemli ölçüde azaldığını ve masaj terapisinin, müzik terapisine kıyasla doğum ağrısını azaltma ve hafifletmede daha etkili bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir.

Ranjbaran ve ark.'ları<sup>166</sup> İran'da yaptıkları metanaliz çalışmasında primiparlara doğumda uygulanan masajın latent, aktif ve geçiş fazında doğum ağrısını azalttığını ve masajın primipar kadınlarda doğum ağrısının giderilmesinde etkili bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir.

Gönenç ve Terzioğlu'nun<sup>168</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; masaj grubundaki katılımcılara latent, aktif ve geçiş fazlarında baş, boyun, omuz, sırt, kollar, eller, bacaklar ve ayaklara toplamda 30'ar dakikalık masaj seansı uygulamışlar. İkinci gruba her fazda 30 dakika akupresür, üçüncü gruba da her fazda 30 dakika masaj+akupresür uygulaması ve dördüncü gruba rutin bakım vermişlerdir. Çalışma sonucunda, doğum eyleminin latent fazında, sadece masaj uygulanan grup ve masaj + akupunktur grubunun ortalama VAS skorlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Aktif ve geçiş fazlarında, sadece masaj grubu, sadece akupunktur grubu ve masaj + akupunktur grubunun ortalama VAS skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Field ve ark.'ları<sup>167</sup> doğumda partneri tarafından 20 dakika boyunca baş, omuz/sırt, el ve ayak masajı yapılan ve bu masaj seansını 5 saat boyunca her saat başında

tekrarlandığı çalışmada; masaj grubunda bulunan annelerin algılanan ağrılarının daha az olduğunu, aynı süre içinde kontrol grubunda bulunan annelerin algılanan ağrılarının arttığını bildirmişlerdir.

Gallo ve ark.'ları<sup>30</sup> rutin bakıma ek olarak aktif fazda bele uygulanan ritmik, yoğunluğu artan, yağurmalı 30 dakikalık masajın sonunda ağrı şiddeti deney grubunda 52 mm ve kontrol grubunda 72 mm olup, ortalama 20 mm'lik bir azalma tespit etmişlerdir. Yapılan masaj uygulaması ağrının yerini ve özelliğini değiştirmese de ağrının şiddetini azalttığını bulmuşlardır. Çevik ve Karaduman<sup>165</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; doğumun latent, aktif ve geçiş fazında uygulanan 30'ar dakikalık sakral masajın; kadınların doğum ağrısını azalttığını bildirmişlerdir, her fazda deney grubunun VAS ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Janssen ve ark.'ları<sup>162</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; primipar kadınlara 5 saate kadar uygulanan İsveç masajının deney grubunda bulunan kadınların latent, aktif ve geçiş fazlarında ağrı skorlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuşlardır.

Chang ve ark.'ları<sup>195</sup> 30 dakika süren, abdominal efloraj, sakral basınç, omuz ve sırt yağurmayı içeren ritmik masaj türlerinden birisini seçen primiparlara latent, aktif ve geçiş fazlarında uygulamışlar ve her fazda masaj grubunda bulunanların ağrı skorlarının kontrol grubundan önemli derecede daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Kaviani ve ark.'ları<sup>122</sup> toplamda 120 primipar ve 3 gruba yaptıkları randomize kontrollü çalışmada birinci gruba vuruş masajı, ikincisine vibrasyon masajı ve üçüncüsünü grup kontrol grubu olarak ayırmış ve masajlar, latent, aktif ve geçiş fazlarında T10-L1 bölgesine 15'er dakika süreyle uygulanmıştır. Sonuç olarak T10-L1 segmentinde hem vuruş hem de vibrasyon masajlarının, primipar kadınlarda latent, aktif

ve geçiş fazlarında bel ağrısını azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır. Erdoğan ve ark.'ları<sup>29</sup> doğumun birinci evresinde bele uygulanan masajın doğum ağrısını azaltmada önemli bir etkisinin olduğunu tespit etmişlerdir.

Karami ve ark.'ları<sup>170</sup> yaptıkları çalışmada doğum eyleminin ilk aşamasında ağrı şiddeti ortalamasının, deney grubu ile kontrol grubu arasında, aktif faz başlangıcında, geçiş fazının sonunda ve birinci evrenin sonunda farkın anlamlı olduğunu bildirmişlerdir. Karami ve ark.'ları<sup>170</sup> doğumun farklı aşamalarında primipar kadınların sakrum, kalça, omuz, bel, ayak ve ele uygulanan eflorajın doğum ağrısının şiddetini azalttığını bulmuşlardır.

Mohamed ve ark.'ları<sup>26</sup> doğumun ilk evresinde sakral basınç, abdominal efloraj, omuz ve sırt yağurmayı içeren 30 dakika süren makul derecede sert, masaj bölgelerine dönüşümlü uygulanan ritmik masajın; doğum ağrısını azalttığını bildirmişlerdir. Mohamed ve ark.'ları<sup>26</sup> yaptıkları çalışmada; kontrol grubundakiler ile karşılaştırıldığında, çalışma grubundaki kadınların doğum ağrısında istatistiksel olarak anlamlı azalma tespit etmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada; doğum eyleminin ilk aşamasında masaj ve sıcak kompres uygulananların kontrol grubuna göre daha düşük ortalama ağrı skoruna sahip oldukları ve doğum ağrısıyla başa çıkma ortalamasının daha yüksek olduğu bildirilmektedir.<sup>172</sup>

Ali ve Ahmet'in<sup>28</sup> 80 kadınla yaptığı yarı deneysel çalışmada eylemin birinci evresinde; 20 kadına sırt masajı, 20 kadına pozisyon değişikliği yaptırılmış, 40 kadın ise kontrol grubunu oluşturmuş ve kadınların ağrılarını servikal dilatasyon 4 cm, 7 cm ve 10 cm iken skala ile değerlendirmişler ve sonuçta doğumun birinci evresinde sırt masajının pozisyon değiştirmeden daha etkili bir ağrı yönetim şekli olduğunu bildirmişlerdir.

Sethi ve Barbanas<sup>196</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada doğumun ilk evresinde sırta yapılan masajın ağrı seviyesini azalttığını tespit etmişlerdir. Gopal ve

ark.'ları<sup>197</sup> yaptıkları randomize çalışmada doğumun ilk evresinde yapılan sakral masajın algılanan doğum ağrısını azalttığını tespit etmişlerdir.

Masaj, “ağrı kapısı” mekanizmasını harekete geçirerek kısa süreli analjezi üretmektedir. Kutanöz mekanoreseptörler dokunma ile uyarılmakta ve masaj sırasında uygulanan basınç uyarımı ağrı uyarımından önce işlenmektedir. Çünkü basınç lifleri daha uzun ve myelinli olduğu için sinyali beyne ağrı liflerinden daha hızlı iletmektedir. Böylece masaj kısa sürede etkisini göstererek ağrı algısını azaltmaktadır.<sup>113,167</sup>

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda manuel masaj teknikleri kullanılmıştır ancak bu çalışmada doğumda kontrollü masaj uygulanmış ve benzer ağrı değerlendirme ölçeği kullanılarak kontrollü masaj uygulamasının algılanan doğum ağrısını azalttığı bulunmuştur.

Araştırmada, kontrol ve deney grupları arasında ortalama doğum sürelerinin karşılaştırılmasında aktif faz, geçiş faz ve toplam doğum süresinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunda toplam sürenin daha kısa olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Araştırmanın sonucu “Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan gebe kontrollü masaj uygulaması doğum eyleminin süresini kısaltır. Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan ebe kontrollü masaj uygulaması doğum eyleminin süresini kısaltır.” hipotezlerini doğrulamamaktadır.

Sadat ve ark.'ları<sup>27</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada doğumun ilk evresinde yapılan masajın, doğum eyleminin ilk aşamasının süresini etkilemediğini bildirmişlerdir. Bolbol-Haghighi ve ark.'ları<sup>169</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; müdahale grubundaki gebelere en az 30 dakika, alt karn, üst uyluk, sakral bölge, omuz ve bacak masajı uygulamışlar, kontrol grubu kadınlarına ise sadece rutin bakım

uygulamışlar ve doğum sırasında masaj terapisinin birinci ve ikinci evre doğum süresini kısalttığını bildirmişlerdir. Mohamed ve ark.'ları<sup>26</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; doğumun aktif fazının ilk evresinde sakral basınç, abdominal efloraj, omuz ve sırt yağurmayı içeren 30 dakika süren makul derecede sert, masaj bölgelerine dönüşümlü uygulanan ritmik masajın; doğumun 1. evresinin süresini kısalttığı bulmuşlardır. Field ve ark.'ları<sup>167</sup> doğumda partneri tarafından 20 dakika baş, omuz/sırt, el ve ayak masajı yapılan ve bu masaj seansını 5 saat boyunca her saat başında tekrarlanan çalışmada; masaj yapılan grubun eylemin daha hızlı ilerlediğini, doğum süresini ve hastane kalma süresi kısalttığını bildirmişlerdir.

Hosseini ve ark.'ları<sup>31</sup> yaptıkları deneysel çalışmada ise servikal dilatasyon 3-4cm'den 8-10 cm'a kadar olan sürede gebeye 10 dakika masaj 10 dakika dinlenme şeklinde periyotlar halinde uygulamış ve sonuçta masaj terapisinin doğum süresini ve kortizol hormon düzeyini azalttığını bildirmişlerdir. Jansenn ve ark.<sup>162</sup> yaptıkları çalışmada masaj uygulamasının doğumun birinci ve ikinci evre süresinde azalmaya neden olduğunu bildirmişlerdir.

Erdoğan ve ark.'ları<sup>29</sup> doğumun birinci evresinde bele uygulanan masajın doğumun süresini kısalttığını tespit etmişlerdir. Karami ve ark.'ları<sup>170</sup> doğumun farklı aşamalarında primipar kadınların sakrum, kalça, omuz, bel, ayak ve ele uygulanan eflorajın doğumun birinci evresinin süresini kısalttığını ancak ikinci evrenin süresinde bir değişikliğe neden olmadığını bulmuşlardır.

Gallo ve ark.'ları<sup>30</sup> rutin bakıma ek olarak aktif fazda bele uygulanan ritmik, yoğunluğu artan, yağurmalı 30 dakikalık masajın doğum süresini uzattığını bulmuşlardır. Benzer şekilde Kimber ve ark.'ları<sup>198</sup> doğum sırasında ağrıyı gidermek için masaj ya da müzik uyguladıkları randomize kontrollü çalışmada müdahale ve plasebo gruplarında doğum sürelerinin daha uzun olduğunu bildirmişlerdir.



Bu araştırma sonucunda aktif faz, geçiş fazı ve ortalama doğum süresi açısından deney ve kontrol grupları arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir. Bununla birlikte, klinik sonuçlar tartışmalı görünmektedir. Yapılan çalışmalardan bazıları masajın doğum süresini uzattığını bildirirken<sup>30,198</sup> bazıları masajın doğum 1. evresinin süresini kısalttığını bildirmektedir.<sup>26,31,162,167,169-170</sup> Sadat ve ark.'ları<sup>27</sup> ise doğum eyleminin ilk aşamasının süresini etkilemediğini bildirmişlerdir.

Araştırmada, deney grupları arasında ortalama masaj sürelerinin karşılaştırılmasında hem fazlara göre hem de ortalama toplam süre için gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Araştırmada, deney grupları arasında ortalama masaj yoğunluğunun karşılaştırılmasında aktif fazda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ( $p>0.05$ ); ancak geçiş fazında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Eylem süresi boyunca toplam masaj yoğunluğunun karşılaştırılmasında grupların masaj yoğunluğu ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ )(Tablo 4.4).

Doğumun ilk evresi latent, aktif ve geçiş fazı şeklinde üç fazdan oluşmaktadır. Her fazın süresi, ağrının hissedildiği bölge ve ağrı şiddeti farklıdır. Primiparlarda latent faz 5.9-6.4 saat sürer ve maksimum 25.1 saat sürebilir. Aktif faz ise 3.3-7.7 saat sürer ve maksimum 17.5 saat devam edebilir.<sup>40(s.261),56</sup> Latent fazda ağrı tolere edilebilir düzeyde, daha çok bel ve karındadır.<sup>3(s.325-340)-4(s.364-365)</sup> Aktif fazda kontraksiyonlar düzenlidir, daha sık gelir ve ağrılıdır.<sup>42(s.6)</sup> Bel, karın, kasık ve bacaklarda hissedilen ağrının tolerasyonu azalmıştır. Geçiş fazında ise ağrı bel ve perinede hissedilir ve en ağrılı fazdır. Nulliparda 3 saatten fazla sürmemesi beklenir.<sup>3(s.348)-4(s.364-365)</sup> Eylemde aktif faz ve geçiş faz sürelerinin farklı olması, aktif fazın geçiş fazından daha uzun sürmesi, ebe kontrollü masaj uygulamasının her saat başı 15 dakika uygulanması, gebe kontrollü masajda ise

gebenin istediği sürede masaj uygulaması deney grupları arasında ortalama masaj sürelerinin karşılaştırılmasında hem fazlara göre hem de ortalama toplam süre için gruplar arasındaki farklılığa neden olmuş olabilir. Uygulanan masajın yoğunluğu aktif fazda her grupta da hafif düzeydedir. Eylem ilerlediğinde geçiş fazında kontraksiyonların artması ve prezente kısmın yerleşmesiyle ağrı düzeyi de artmaktadır. Her iki grupta da uygulanan masajın yoğunluğu arttırılsa hala hafif yoğunlukta bir masajdır, gebe kontrollü masaj grubunun ki yüksek yoğunluktaki masaja daha yakın bir uygulamadır. Gebe kendi bedenini daha iyi tanıdığı ve hissettiği yoğun ağrıyı hafifletmek için ağrılı bölgeye uygulanan masajın yoğunluğunu arttırmış olabilir.

Doğumda masaj uygulaması yapılan çalışmalarda masaj yapılan bölge, masaj süresi ve masaj yoğunluğu konusunda farklılıklar mevcuttur. Çoğu çalışma uygulanan masaj süresi hakkında bilgi verirken<sup>27,31,119,162,165,167,168-169,171,195</sup> masajın yoğunluğu hakkında bilgi veren çalışmalar sınırlıdır.<sup>26,30</sup>

Sadat ve ark.'ları<sup>27</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; dilatasyon 5 cm ve 8 cm iken, 15'er dakika dairesel lumbosakral masaj uygulamışlardır. Taghinejad ve ark.'ları<sup>171</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada primigravidlerin karın, omuz, sırt ve kasık bölgesinin altına yapılan 30 dakikalık masaj terapisi uygulamışlardır. Gönenç ve Terzioğlu<sup>168</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; masaj grubundaki katılımcılara latent, aktif ve geçiş fazlarında baş, boyun, omuz, sırt, kollar, eller, bacaklar ve ayaklara toplamda 30'ar dakikalık masaj seansı uygulamışlardır. Field ve ark.'ları<sup>167</sup> yaptıkları çalışmada masaj partner tarafından 20 dakika boyunca baş, omuz/sırt, el ve ayağa uygulanmış ve bu masaj seansını 5 saat boyunca her saat başında tekrarlanmış.

Çevik ve Karaduman<sup>165</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; doğumun latent, aktif ve geçiş fazında uygulanan 30'ar dakikalık sakral masaj uygulamışlardır.

Janssen ve ark.'ları<sup>162</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; primipar kadınlara 5 saate kadar uygulanan İsveç masajı uygulamışlardır.

Chang ve ark.'ları<sup>195</sup> 30 dakika süren abdominal efloraj, sakral basınç, omuz ve sırt yağurmayı içeren ritmik masaj türlerinden birisini seçen primipara latent, aktif ve geçiş fazlarında uygulamışlardır. Kaviani ve ark.'ları<sup>119</sup> toplamda 120 primipar ve 3 gruba yaptıkları randomize kontrollü çalışmada birinci gruba vuruş masajı, ikincisine vibrasyon masajı ve üçüncüsünü grup kontrol grubu olarak ayırmış ve masajlar, latent, aktif ve geçiş fazlarında T10-L1 bölgesine 15'er dakika süreyle uygulanmıştır.

Bolbol-Haghighi ve ark.'ları<sup>169</sup> yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; müdahale grubundaki gebelere en az 30 dakika, alt karın, üst uyluk, sakral bölge, omuz ve bacak masajı uygulamışlardır. Hosseini ve ark.'ları<sup>31</sup> yaptıkları deneysel çalışmada ise servikal dilatasyon 3-4 cm'den 8-10 cm'a kadar olan sürede gebeye 10 dakika masaj 10 dakika dinlenme şeklinde periyotlar halinde uygulamışlardır.

Mohamed ve ark.'ları<sup>26</sup> yaptıkları çalışmada; doğumun ilk evresinde sakral basınç, abdominal efloraj, omuz ve sırt yağurmayı içeren 30 dakika süren makul derecede sert, masaj bölgelerine dönüşümlü ritmik uygulamışlardır. Gallo ve ark.'ları<sup>30</sup> rutin bakıma ek olarak aktif fazda bele uygulanan ritmik, yoğunluğu artan, yağurmalı 30 dakikalık masaj uygulamışlardır.

Masaj uygulaması 15 dakika ile 90 dakika arasında sürebilir. Masaj, genellikle diğer tamamlayıcı tedavilere kıyasla nispeten kısa olan, ancak kişinin durumuna ve masaj endikasyonlarına bağlı olarak uzunluğu değişen bir uygulamadır.<sup>114</sup>

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, ilgili literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, ebe kontrollü masaj uygulanan annelerin NDAMDÖ toplam puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Ölçeğin rahatlatma, bebekle tanışma, hastane olanakları ve beklentilerin karşılanması alt boyutları ve toplam ölçek puanı ile gruplar

arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Annelerin sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde bakım, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane odası ve mahremiyete saygı alt boyutları puan ortalaması açısından ise gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5).

Yapılan ileri analizde NDAMDÖ'nün "Rahatlama" alt boyutu puan ortalamalarında farkın ebe kontrollü masaj grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ebe kontrollü masaj grubunda bulunan anneler yapılan masaj uygulamasını daha rahalatıcı bulmuş olabilirler ve bu durum "Rahatlama" alt boyutu puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olmasını sağlamış olabilir. Yapılan ileri analizde NDAMDÖ'nün "Bebekle Tanışma" alt boyutu puan ortalamalarında farkın gebe kontrollü masaj grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastanede primiplarlara uygulanan rutin epizyotomi ve tamir edilmesi için gerekli süre, sağlıklı yenidoğanın bakım için hemen radyantın altına alınması, erken ten tene temasın ertelenmesi gibi uygulamalar bebekle tanışmayı, kucağına almayı ve emzirmeyi geciktirmiş olabilir. Bu da gebe kontrollü masaj grubunda bulunan annelerin "Bebekle Tanışma" alt boyutu puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Yapılan ileri analizde NDAMDÖ'nün "Hastane Olanakları" alt boyutu puan ortalamalarında farkın ebe kontrollü masaj grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hastane alt yapısından kaynaklanan eksikliklerin olması, refakatçilerin tek bir bekleme salonunda toplaması, gebenin ailesini istediği zaman görememesi, doğumhanede travay odasının çok yataklı olması, hastanenin bölge hastanesi niteliğinde olması ve gebelerin farklı şehirlerden gelmesi sonucu hastanede aradıklarını kolayca bulamaması, kültürel farklılıktan dolayı hastane yemeklerini lezzetli bulmamaları gibi nedenlerden ötürü ebe kontrollü masaj grubundaki annelerin "Hastane Olanakları" alt boyutu puan ortalamasının diğer

gruplardan daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Yapılan ileri analizde NDAMDÖ'nün "Beklentilerin Karşılanması" alt boyutu puan ortalamalarında farkın gebe kontrollü masaj grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gebe kontrollü masaj grubunda bulunan anneler hastanede aldığı bakımı eksik ya da yetersiz bulmuş, hayal ettikleri gibi bir doğum deneyimlememiş, doğum süreleri beklediklerinden uzun sürmüş, doğumda beklemedikleri uygulamalara maruz kalmış olabilirler. Bütün bu faktörler bu gruptaki annelerin "Beklentilerin Karşılanması" alt boyutu puan ortalamasının diğer gruplardan daha düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Yapılan çalışmada NDAMDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre annelerin normal doğumdaki memnuniyet düzeyleri düşük bulunmuştur. Aynı ölçeği kullanarak annelerin normal doğumdan memnuniyetlerini değerlendiren Yaldır<sup>199</sup>, Bozkurt<sup>200</sup> ve Apay ve ark.'ları da<sup>201</sup> çalışmalarında NDAMDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre normal doğumda anne memnuniyetini düşük bulmuşlardır. NDAMDÖ toplam puan ortalaması Yaldır'ın<sup>199</sup> çalışmasında 93,25±25,83, Bozkurt'un<sup>200</sup> çalışmasında 114,70±12,21, Apay ve ark. çalışmasında<sup>201</sup> 136,85±14,14 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada NDAMDÖ toplam puan ortalamaları kontrol grubu için 137.49±34.37, ebe kontrollü masaj grubu için 138.08±23.97, gebe kontrollü masaj grubu için 133.09±20.39 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ve belirtilen diğer çalışmalarda NDAMDÖ toplam puan ortalaması ölçeğin memnuniyet düzeylerini belirleyen kesme noktasının (<150,5) altındadır. Bu çalışmanın sonucu belirtilen çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Grupların NDAMDÖ'nün kesme puanına göre karşılaştırılmasında kontrol ve ebe kontrollü masaj grubunda bulunan annelerin %66'sının, gebe kontrollü masaj grubunda bulunan annelerin %84.3'ünün memnuniyetlerinin düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4.6).

Bu araştırmanın sonucu, “Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan gebe kontrollü masaj uygulaması doğumda anne memnuniyetini artırır. Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan ebe kontrollü masaj uygulaması doğumda anne memnuniyetini artırır.” hipotezlerini doğrulamamaktadır.

Sadat ve ark.'ları<sup>27</sup> yaptıkları çalışmada; doğum eyleminin 1. evresinde uygulanan masajın annelerin memnuniyetini arttırdığını ve masaj grubunda memnuniyetin %96.7 olduğunu bildirmiştir. Gönenç ve Terzioğlu<sup>168</sup> yaptıkları çalışmada doğumun birinci evresinin her fazında 30'ar dakikalık masaj uyguladıkları birinci grup, 30'ar dakika akupressür uyguladıkları ikinci grup, 30'ar dakika masaj +akupressür uyguladıkları üçüncü grup ve rutin bakım alan dördüncü grupla çalışmayı yürütmüşler ve uygulanan her iki müdahalenin de anne memnuniyetini etkili bir şekilde arttırdığını bildirmişlerdir. Çevik ve Karaduman<sup>165</sup> yaptıkları çalışmada doğum sırasında uygulanan 30 dakikalık sakral masajın; gebelerde doğum eylemi açısından daha fazla memnuniyet duygusuna yol açtığını ve doğum algısını olumlu etkilediğini tespit etmişlerdir. Gallo ve ark.'ları<sup>30</sup> yaptıkları çalışmada masaj terapisinin memnuniyeti arttırdığını bildirmektedir. Erdoğan ve ark.'ları<sup>29</sup> yaptıkları deneysel çalışmada ise doğumun birinci evresinin her üç fazında da bel masajı yapılanların doğum memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Gashaye ve ark.'ları<sup>202</sup> yaptıkları çalışmada annelerin % 31.3'ünün doğum ve doğumda aldıkları bakımından memnun olduklarını bildirmektedir. Mohammad ve ark.'ları<sup>203</sup> yaptıkları çalışmada kadınların %75.6'sının intrapartum bakımdan memnun olmadıklarını bildirmektedir. Aktaş ve ark.'larının<sup>204</sup> yaptıkları çalışmada annelerin %36.5'inin normal doğumda aldıkları bakımdan memnun olduğu tespit etmişlerdir.

Yapılan bu araştırmanın sonucu Gashaye ve ark.'nın<sup>202</sup>, Mohammad ve ark.'nın,<sup>203</sup> Aktaş ve ark.'larının<sup>204</sup> çalışmalarıyla benzerlik gösterirken Sadat ve ark.'ları<sup>27</sup>

Gönenç ve Terzioğlu<sup>168</sup> Çevik ve Karaduman,<sup>165</sup> Gallo ve ark.'ları,<sup>30</sup> Erdoğan ve ark.'larının<sup>29</sup> çalışmalardan farklı olarak daha düşük anne memnuniyeti tespit edilmiştir.

Carvalho ve Cohen'in<sup>205</sup> aktardıklarına göre; “annenin doğumdan memnuniyeti ile ağrı skorları arasındaki zayıf bir korelasyonun varolduğu klinik pratikte ve literatürde tekrarlayan bir bulgudur. Ağrının anne memnuniyeti üzerindeki etkisini değerlendiren araştırmalar, ağrının bu önemli sonuca küçük bir katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Yenidoğan sağlıklıysa, ağrı skorlarından veya sağlanan analjeziden bağımsız olarak maternal memnuniyet genellikle yüksektir. “ Floris ve ark.'ları<sup>206</sup> yaptıkları çalışmada doğum deneyiminden memnuniyetin, analjezi veya ağrı ile ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir. Kannan ve ark.'ları<sup>207</sup> yaptıkları çalışmada epidural analjezi uygulanan kadınların daha az ağrı bildirmelerine rağmen, %88'inin doğum memnuniyetinin daha düşük olduğunu bildirmişler. Hodnett<sup>174</sup> yaptığı sistematik derlemede doğumdan en memnun olan kadınların, doğum sırasında ağrı kesici ilaç kullanmayanlar olduğunu bildirmektedir. Morgan ve ark.'ları<sup>208</sup> vajinal doğum yapan 1000 kadında doğumda anne memnuniyetini araştırmışlar. Çalışma sonucunda etkili ağrı kesici kullanımının, tatmin edici bir doğum deneyimi sağlamadığını, epidural blok en etkili analjeziyi sağlamasına rağmen epidural kullanan kadınların epidural kullanmayan kadınlara göre daha fazla memnuniyetsiz olduklarını tespit etmişlerdir. Green<sup>183</sup> yaptığı çalışmada doğumda analjezi kullanmayanların memnuniyetlerinin analjezi kullananlardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bazı çalışmalar ise doğum ağrısının yüksek seviyede olması, genel olarak pozitif bir doğum deneyimini engellemediğini bildirmektedir.<sup>183,189-190</sup>

Yapılan bu araştırmada uygulanan masajın kadının algılanan doğum ağrısını azaltması memnuniyetini arttırmayabilir, bu sonuç yukarıdaki çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Waldenstrom<sup>187</sup> multiparların doğum memnuniyet düzeylerinin primiparlardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmayı oluşturan örneklemin primipar olması da memnuniyet düzeyinin düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Annenin yaşadığı doğum deneyimi dışında anne memnuniyetini etkileyebilecek doğumhane hizmetleri, bebeğin sağlığı, bebeğin cinsiyeti, aile desteği ve diğer psikososyal faktörler gibi farklı dış faktörler vardır. Memnuniyet çok boyutlu ve karmaşık bir kavram olduğu için tek bir araçla ölçmek ve onu doğumun yalnızca ilk aşamasına indirgemek zordur. Özellikle düşük riskli kadınlar için doğum süreci doğal bir olaydır. Bu nedenle, doğum eylemi yönetimi destekleyici bir şekilde minimum müdahale ile veya hiç müdahale olmadan yürütülmelidir.<sup>164</sup>

Çalık ve ark.'ları<sup>209</sup> yaptıkları çalışmada doğum sırasında sık yapılan uygulamaların (lavman, elektif indüksiyon, sürekli EFM, sık vajinal muayene, intravenöz sıvı ve besinlerde kısıtlamalar vs.) annelerin memnuniyetini azalttığını tespit etmişlerdir. Weeks ve ark.'ları<sup>210</sup> yaptıkları sezaryen doğum, farmakolojik ağrı yönetimi, sürekli fetal kalp hızı izleme epizyotomi ve nulliparitenin düşük anne memnuniyetiyle ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bu araştırmanın yapıldığı hastanedeki benzer rutin uygulamalar memnuniyet düzeyini olumsuz etkilemiş olabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğumunda uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısı ve süresi ile anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma verilerine göre;

- Araştırmaya alınan tüm gebelerin tanıtıcı özellikler bakımından benzer olduğu,
- Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan ebe ve gebe kontrollü masajın algılanan doğum ağrısını azalttığı ve gebe kontrollü masajın daha etkili olduğu,
- Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan ebe ve gebe kontrollü masajın hem aktif, hem geçiş faz sürelerinde hemde toplam doğum süresi üzerinde etkili olmadığı,
- Deney grupları arasında ortalama masaj sürelerinin karşılaştırılmasında hem fazlara göre hem de ortalama toplam süre için gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Deney grupları arasında ortalama masaj yoğunluğunun karşılaştırılmasında aktif fazda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Deney grupları arasında ortalama masaj yoğunluğunun karşılaştırılmasında geçiş fazında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Doğumun aktif ve geçiş fazında uygulanan kontrollü masajın normal doğumda anne memnuniyeti üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Masaj minderi ile yapılan kontrollü masaj algılanan doğum ağrısını azaltmak için kullanılabilir.
- Doğumda anne memnuniyetini arttırmaya yönelik daha fazla çalışma yapılması,

- Doğumda kontrollü masaj uygulamalarının artırılması için daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Etowa JB. Becoming a mother: the meaning of childbirth for african–canadian women. *Contemporary Nurse*, 2012,41:28–40.
2. Varney H. *Varney's Midwifery*, 3<sup>rd</sup> ed. USA, Jones and Bartlett Publishers, 1997:394-395.
3. Vural G. Doğum Eylemi. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 13. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2016.
4. Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Beji NK (editör). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017.
5. Creehan PA. Pain relief and confort measures during labor. In: Simpson RK, Creehan PA (eds). *Perinatal Nursing*, 2<sup>nd</sup> ed. China, Lippincott, 2001:418.
6. Ergin AB, Kömürçü N. Doğum ağrısında farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2009,6:29-35.
7. Ergin AB. Doğum Ağrısının Fizyolojisi. İçinde: Kömürçü N (editör). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri,2014.
8. Mete S, Çiçek Ö, Uludağ E. Doğum ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi. *DEUHFED*, 2016,9:101-104.
9. Tektaş E, Akay N, Mak A, Ay F. Vajinal doğumda doğum ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik yöntemler ve masajın etkisi: 2000-2015 yılları tez sonuçları. *HSP*, 2017,4:64-70.
10. Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005,8:117-123.
11. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain Management For Women In Labour: An Overview Of Systematic Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (3): CD009234.

12. Chaillet N, Belaid L, Crochetiere C, Roy L, Gagne G, Moutquin JM, Rossignol M, Dugas M, Wassef M, Bonapace J. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *BIRTH*. 2014;41:122-137.
13. Yıldırım G, Şahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003,7:14-20.
14. Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Derg*, 2007,17:181-186.
15. Başgöl Ş, Beji NK. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015,5: 32-39.
16. Değirmen N, Özerdoğan N, Sayiner D, Köşgeroğlu N, Ayrancı U. Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of turkish pregnant women. *Applied Nursing Research*, 2010, 23: 153-158.
17. Madenci E. Klasik masaj. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2007,53:58-61.
18. Goats GC. Massage - the scientific basis of an ancient art: part 1. the techniques. *Br J Sp Med*, 1994,28:149-152.
19. Poppendieck W, Wegmann M, Ferrauti A, Kellmann M, Pfeiffer M, Meyer T. Massage and performance recovery: a meta-analytical review. *Sports Med*, 2016, 46:183-204.
20. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, MEGEP, Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri, Klasik Masaj Teknikleri, Ankara, 2011.
21. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 2010,44:137-144.

22. Gönenç İM, Terzioğlu F. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012,1:129-143.
23. Brown ST, Douglas C, Flood LP. Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *Journal of Perinatal Education*, 2001,10:1-8.
24. Uzel HG, Yanikkerem E. İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: doğum yapan kadınların tercihleri. *DEUHFED*, 2018,11:26-34.
25. Bilgin NÇ, Ak B, Potur DC, Ayhan F. Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *HSP*, 2018,5:342-352.
26. Mohamed MA, El Bigawy AF. Effect of back massage and relaxation training on the act of labor: a randomized controlled clinical trial. *International Journal of ChemTech Research*, 2017,10:243-252.
27. Sadat HZ, Forugh F, Maryam H, Nosratollah MN, Hosein S. The impact of manual massage on intensity and duration of pain at first phase of labor in primigravid women. *International Journal of Medicine Research*, 2016,1:16-18.
28. Ali SASK, Ahmed HM. Effet of change in position and back massage on pain perception during first stage of labor. *Pain Management Nursing*, 2018,19:288-294.
29. Erdoğan SÜ, Yanikkerem E, Göker A. Effets of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2017,28:169-175.
30. Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G, Quintana SM. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 2013,59:109-116.

31. Hosseini E, Asadi N, Zareei F. Effect of massage therapy on labor progress and plasma levels of cortisol in the active stage of first labor. *Zahedan J Res Med Sci*, 2013,15: 35-38.
32. Erkek ZY, Pasinlioğlu T. Doğum ağrısında alternatif bir yöntem: ayak refleksolojisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017,4:53-61.
33. Kosova F, Zeybek Ö, Göker A, Çalım Sİ, Demirtaş Z. Postpartum erken dönemde uygulanan refleksolojinin laktasyon hormonları üzerine etkisi. *CBU-SBED*, 2016,3: 453-459.
34. Çalık KY, Kömürcü N. SP6 noktasına akupresür uygulanan gebelerin doğum eylemine ve akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri. *MÜSBED*, 2014,4:29-37.
35. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi Milyonlarca Yıldır Gerçekleşen Seriiven*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri,2012.
36. Aslan FE. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002,6:9-16.
37. Aslan FE. Ağrı Değerlendirmesi ve Ölçümü. İçinde: Aslan FE (editör). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd., 2006:68-99.
38. Zirek ZD. Doğum Eyleminde Partograf Kullanımı. İçinde: Özkan B, Turfan EÇ, Toksoy SY (editörler). *Ebelik Uygulama Standartları*, 1. Baskı. Vize Yayıncılık, Ankara, 2016:201-210.
39. Güngör İ, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 2012,28: 348- 357.
40. Bernal AL, Norwitz ER. The normal mechanisms of labour. In: Edmonds DK (ed). *Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology*, 8<sup>th</sup> ed. Newyork, John Wiley and Sons Ltd., 2012.

41. Cohen WR, Friedman EA. *Normal Labor And Delivery, Labor And Delivery Care: A Practical Guide*, 1<sup>st</sup> ed. Newyork, John Wiley & Sons Ltd., 2011.
42. HEAT, Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health. Labour and Delivery Care, Blended Learning Module for the Health Extension Programme. [https://www.open.edu/openlearncreate/pluginfile.php/71993/mod\\_resource/content/3/HEAT\\_LDC\\_Final\\_Print\\_Output\\_Cropped.pdf](https://www.open.edu/openlearncreate/pluginfile.php/71993/mod_resource/content/3/HEAT_LDC_Final_Print_Output_Cropped.pdf) 12 Eylül 2020
43. Kilpatrick SJ, Garrison E. Normal labor and delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, Driscoll DA, Berghella V, Grobman WA (eds). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies E-Book*, 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Elsevier, 2017.
44. Akmeşe ZB. Kontraksiyon Takibi. İçinde: Özkan B, Turfan EÇ, Toksoy SY (editörler). *Ebelik Uygulama Standartları*, 1. Baskı. Ankara, Vize Yayıncılık. 2016:223.
45. Selman T, Johnston T. Mechanisms and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 2013;23:209-2013.
46. Liao JB, Buhimschi CS, Norwitz ER. Normal labor: mechanism and duration. *Obstet Gynecol Clin N Am*,2005,32:145 – 164.
47. Steer P, Flint C. ABC of labour care physiology and management of normal labour. *BMJ*,1999,318:793-796.
48. Martin WL, Hutchon SP. Mechanism and management of normal labour. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 2001,11: 265-271.
49. Mukhopadhyay S, Fraser D. The first stage of labour. In: Warren S, Arulkumaran S (eds). *Best Practice in Labour and Delivery*. 1<sup>st</sup> ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2009:15.

50. Funai EF, Norwitz ER, Management of normal labor and delivery, <https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery> 1 Eylül 2020
51. NICE, Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline, 2017: 20,29,55-61 [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190) 20 Eylül 2020
52. Friedman E. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol*, 1954,68:1568 – 1575.
53. Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*, 1955,6: 567 – 589.
54. Friedman EA. Labor in multiparas: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*, 1956,8: 691 – 703.
55. Peisner DB, Rosen MG. Transition from latent to active labor. *Obstet Gynecol*, 1986,68:448 – 451.
56. Patterson DA, Winslow M, Matus CD, Spontaneous vaginal delivery, *American Family Physician*, 2008,78:337-341.
57. Charles C. Labour and normal birth. In: Chapman V, Charles C (eds). *The Midwife's Labour and Birth Handbook*, 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey, Wiley- Blackwell, 2013.
58. Taşkın L. Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2016.
59. Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Active versus expectant management of third stage of labour: the hinchinbrooke randomised controlled trial. *Lancet*, 1998,351:693–699.



60. Prendiville W, Elbourne D. The third stage of labor. In: Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J (eds). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 3<sup>rd</sup> ed. Oxford, Oxford University Press, 2000.
61. McDonald SJ, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004,1: CD000201.
62. NICE, Third stage of labour recommendation. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#third-stage-of-labour> 14 Eylül 2020
63. Steen M. Homebirth pain management options. In: Steen M (ed). *Supporting Women to Give Birth at Home: A Practical Guide for Midwives*, 1<sup>st</sup> ed. UK, Routledge, 2012:200.
64. Gaskin IM. Ina May's Guide to Childbirth. 1<sup>st</sup> ed. London, Vermilion, 2008:149.
65. Frye A. Anatomy and physiology of uterine changes during late pregnancy and labor. In: Frye A (ed). *Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice. Vol. II: Care of the Mother and Baby from the Onset of Labor through the First Hours after Birth*, 2<sup>nd</sup> ed. Oregon, Labrys Press, 2004:256.
66. Labor S, Maguire S. The pain of labour. *Reviews in Pain*, 2008,2:15-19.
67. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1995,59:9-15.
68. Esener Z. Ağrı. *Ondokuz Mayıs Tıp Dergisi*, 1983,2:191-202.
69. Kömürcü N, Ergin AB. Doğum Ağrısının (Dalgalarının) Yönetimi. İçinde: Kömürcü N (editör). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014.
70. Yakar K. *Fizyoloji*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 1999.

71. Seven R. Postoperatif ağrı tedavisinde opioidlere karşı yeni bir seçenek: ketorolak. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 1992, İstanbul.
72. Bonapace J, Gagné G, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. SOGC clinical practice guideline, no.355-physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. *J Obstet Gynaecol Can*, 2018,40:227–245.
73. McDonald JS, Noback CR. Obstetric pain. In: Melzack R, Wall PD.(eds) *Handbook of Pain Management, A Clinical Companion to Wall and Melzack's Test Book of Pain*. 1<sup>st</sup> ed. China, Churchill Livingstone, 2003.
74. McDonald JS. Pain of childbirth. In: Loeser JD (ed). *Bonica's Management of Pain*, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:1388.
75. Foureur M. Creating birth space to enable undisturbed birth. In: Fahy K, Foureur M, Hastie C (eds). *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for Practice, Education and Research*, 1<sup>st</sup> ed. Edinburgh, Books for Midwives, 2008:57–78.
76. Sheiner EK, Sheiner E, Shoham-Vardi I, Mazor M, Katz M. Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour. *Pain*, 1999,81:299–305.
77. Sheiner E, Sheiner EK, Hershkovitz R, Mazor M, Katz M, Shoham-Vardi I. Overestimation and underestimation of labor pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2000,91:37-40.
78. Charlton JE, Pain and pregnancy and labor. In: Charlton JE (ed). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*, 3<sup>rd</sup> ed. Seattle, IASP Press, 2005:3.
79. Gorrie T, Mc Kinney E, Murray S. *Foundation of Maternal Newborn Nursing*, 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia, WB Saunders Company, 1994:362-369.

80. Lowe NK, The pain and discomfort of labor and birth, *JOGNN*, 1996, 25:82-92.
81. Durmaz A, Kömürcü N. Doğum ağrısının yönetiminde non-farmakolojik yöntemler: sistematik inceleme. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2015,1:48-63.
82. McCool WF, Packman J, Zwerling A. Obstetric anesthesia: changes and choices. *J Midwifery Women's Health*, 2004, 49:505-513.
83. Campbel DC. Parenteral opioids for labor analgesia. *Clin Obstet Gynecol*, 2003,46:616-622.
84. Saravanakumar K, Garstang JS, Hasan K. Intravenous patient-controlled analgesia for labour: A survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth*, 2007,16:221-225.
85. Moralar DG, T rkmen  A, Altan A. Doğum analjezisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2011,27:5-11.
86. Cunningham G, Gant NF, Levend KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetric.  eviri: Akman AC. *Williams Doğum Bilgisi*, 22. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2005:363.
87. Evron S, Ezri T. Options for systemic labor analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2007, 20:181-185.
88. Pain. <https://www.nccih.nih.gov/health/pain> 5 Eylül 2020
89. Gentz BA. Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2001;44:704-732.
90. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2004,49:489-504.
91. Kömürcü N, Ergin Berkiten A,  alışkan E, Buckley SJ, Yeşil i ek  alık K.  oker H, Karabekir N. Doğum Ağrısının Kontrol nde Nonfarmakolojik Yöntemler.

- İçinde: Kömürcü N (editör). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014.
- 92.** Avcıbay B, Alan S. Doğum ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011,4:18-24.
- 93.** Datta S, Kodali BS, Segal S. Non-pharmacological methods for relief of labor pain. In: Datta S, Kodali BS, Segal S (eds). *Obstetric Anesthesia Handbook*, 5<sup>th</sup> ed. New York, Springer, 2010:90.
- 94.** Meran HEP, Rathfisch G. Doğum eyleminde tamamlayıcı ve alternatif bir yöntem olan homeopati kullanımı. *F.N. Hem. Derg*, 2016, 24:191-199.
- 95.** Helms JM. An overview of medical acupuncture. *Altern Ther Health Med*, 1998,4:35-45.
- 96.** Eappen S, Robbins D. Nonpharmacological means of pain relief for labor and delivery. *Int Anesthesiol Clin*, 2002, 40:103–114.
- 97.** Ünlü A, Kırca Ö, Duman O, Özdoğan M. Akupunktur ve kanser. *Akd Tıp D*, 2017, 2: 59-64.
- 98.** Chung UL, Hung CL, Kuo SC, Huang CH. Effects of LI4 and BL67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res*, 2003, 11: 251-260.
- 99.** Hamidzadeh A, Shahpourian F, Jamshidi R, Montazari SA, Khosravi A. Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health*, 2012, 57:133-138.
- 100.** Kim YR, Chag SB, Lee MK, Maeng WJ. Effects on labor pain and length of delivery time for primipara women treated by san-yin-jian (SP-6) acupressure and hob-gog (LI-4) acupressure. *Korean J Women Health Nurs*, 2002,8: 244-256.

- 101.** Dolation M, Hasanpour A, Montazeri Sh, Heshmat R, Alavi Majd H. The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2011,13: 475-479.
- 102.** Valiani M, Shiran E, Kianpour M. and Hasanpour M. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2010,15: 302-310.
- 103.** Altuntuğ K. Hipnoz ve Hipnoterapi. İçinde: Başer M, Taşçı S (editörler) *Kanıtla Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*, 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2015:52.
- 104.** Vulkan LH, Yıldız S. Hipnoz ve doğum. *Integr Tıp Derg*, 2016,4:8-12.
- 105.** Tekinsoy PK. Müzik Terapi. İçinde: Başer M, Taşçı S (editörler). *Kanıtla Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*, 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2015:84.
- 106.** Bayram GO, Şahin NH. Doğuma hazırlık eğitimi metodları ve güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2010,7: 36-42.
- 107.** Çetin Ö, Bülbül T. Masaj. İçinde: Başer M, Taşçı S (editörler). *Kanıtla Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*, 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2015.
- 108.** Massage Therapy - Definition and Scope, Review of the Australian Government Rebate on Private Health Insurance for Natural Therapies <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phi-natural-therapies-submissions> [containerpage/\\$file/Asscoiation%20of%20Massage%20Therapists](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phi-natural-therapies-submissions/containerpage/$file/Asscoiation%20of%20Massage%20Therapists). pdf 19 Eylül 2020

109. AMTA, History of massage, <https://www.amtamassage.org/publications/massage-therapy-journal/history-of-massage/> 20 Eylül 2020
110. Pehr Henrik Ling [https://en.wikipedia.org/wiki/Pehr\\_Henrik\\_Ling](https://en.wikipedia.org/wiki/Pehr_Henrik_Ling) 12 Eylül 2020
111. Knapp ME. Massage. *Postgraduate Medicine*, 1968, 44(1): 192-195.
112. Kara E, Ünver G. Masaj ve toparlanmaya etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 2019,4, 28-49.
113. Goats GC. Massage - the scientific basis of an ancient art: part 2. Physiological and therapeutic effects. *Br J Sp Med*, 1994, 28:153-156.
114. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine massage therapies. *BMJ*, 1999,319: 1254-1257.
115. Efloraj <https://en.wikipedia.org/wiki/Effleurage> 05 Eylül 2020
116. Petrisaj <https://en.wikipedia.org/wiki/Petrissage> 12 Eylül 2020
117. Efloraj, Petrisaj, Friksiyon  
<https://web.archive.org/web/20070202012555/http://www.amtamassage.org/about/terms.html> 30 Eylül 2020
118. Tapotmen <https://en.wikipedia.org/wiki/Tapotement> 20 Eylül 2020
119. Kaviani M, Gholami Z, Azima S, Abbasnia K, Rajaifard A. The comprasion of superficial and vibration massages on backache during labor in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*, 2011,14:45-50.
120. Goetz CG. Jean-Martin Charcot and his vibratory chair for parkinson disease. *Historical Neurology*, 2009,73:475-478.
121. Whedon GD, Deitrick JE, Shorr E, Toscanı MDV, Davis VB, Stevens E. Modification of the effects of immobilization upon metabolic and physiologic functions of normal men by the use of an oscillating bed. *American Journal of Medicine*, 1949,June: 684-711.

122. Whole Body Vibration, <http://powrx.co.uk/sites/powrx/uploads/files/Wholebody-Vibration-Wikipedia.pdf> 12 Ekim 2020
123. Uher I, Pasterczyk A, Bigosińska M, Švedová M, 2018 Vibration Therapy and Its Influence on Health. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 2018,6:5499-5502.
124. Pogwizd P, Pasterczyk-Szczurek A, Bigosińska M. Effect of vibrational therapy on muscle tissue. *Medical Rehabilitation*, 2018, 22:1-10.
125. Moayedi M, Davis KD. Theories of pain: from specificity to gate control. *J Neurophysiol*, 2013, 109: 5-12.
126. Imtiyaz S, Veqar Z, Shareef MY. To compare the effect of vibration therapy and massage in prevention of delayed onset muscle soreness (doms). *J Clin Diagn Res*, 2014, 8: 133-136.
127. Veqar Z, Imtiyaz S. Vibration therapy in management of delayed onset muscle soreness (doms). *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2014, 8: 1-4.
128. Blitz B, Dinnerstein A, Lowenthal M. Attenuation of experimental pain by tactile stimulation: effect of vibration at different levels of noxious stimulus intensity. *Percept Mot Skills*, 1964,19: 311-316.
129. Dahlin L, Lund I, Lundeberg T, Molander C. Vibratory stimulation increase the electro-cutaneous sensory detection and pain thresholds in women but not in men. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2006, 6:1-6.
130. Hollins M, McDermott K, Harper D. How does vibration reduce pain? *Perception*, 2014, 43: 70-84.
131. Lu X, Wang Y, Lu J, You Y, Zhang L, Zhu D, Yao F. Does vibration benefit delayed-onset muscle soreness?: a meta-analysis and systematic review. *Journal of International Medical Research*, 2018,0:1-16.

132. Legleu CC, Candia-Luján R, Fierro LGDL, Sánchez OU, Candia-Sosa KF. The vibration as preventive therapy and treatment of delayed onset muscle soreness. A systematic review. *Arch Med Deporte*, 2016, 33:194-199.
133. Wang W, Wang S, Lin W, Li X, Andersen LL, Wang Y. Efficacy of whole body vibration therapy on pain and functional ability in people with non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 2020, 20:2-12.
134. Rong-jun MEI, Yang-yang XU, Qi LI. Experimental Study on Mechanical Vibration Massage for Treatment of Brachial Plexus Injury in Rats. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 2010, 30:190-195.
135. Taylor AG, Galper DI, Taylor P, Rice LW, Andersen W, Irvin W, Wang X, Harrell FE. Effects of adjunctive swedish massage and vibration therapy on short-term postoperative outcomes: a randomized, controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2003,9:77-89.
136. Ward K, Alsop C, Caulton J, Rubin C, Adams J, Mughal Z. Low magnitude mechanical loading is osteogenic in children with disabling conditions. *J Bone Miner Res*, 2004, 19: 360–69.
137. Newhart S, Pearson A, Salas E, Jones C, Hulla R, Gatchel RJ. Whole body vibration: potential benefits in the management of pain and physical function. *Practical Pain Management*. 2019:1-12.  
<https://www.practicalpainmanagement.com> 12 Ekim 2020
138. Balanlı M. Titreşim tıbbı :“geleceğin tıbbı”. *J Biotechnol and Strategic Health Res.*, 2019,3:138-149.
139. Karabayır N, Oğuz F. İnfantil kolik. *Çocuk Dergisi*, 2009, 9:16-21.



140. Orhon FŞ. İnfantil kolik tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2016, 69:159-166.
141. Alagöz H. İnfantil kolik: etyoloji ve tedavi seçenekleri. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2013,3: 148-154.
142. Kaya FND, Karakoç A. Yenidoğanlarda topuk delme işleminde ağrı kontrolü ve mekanik vibrasyonun etkisi. *Clin Exp Health Sci*,2018, 8: 122-127.
143. Sayın Ü, Arısal T, Kocatürk A, Arısal M. düşük frekanslı mermi vibratörlerinin türk kadınlarının klitoral orgazm ve cinsel yaşam üzerindeki etkileri. *Cinsel Tıp Dergisi*, 2015,12: 217-217.
144. Herbenick D, Reece M, Sanders S, Dodge B, Ghassemi A, Fortenberry JD. Prevalence and characteristics of vibrator use by women in the united states: results from a nationally representative study. *J Sex Med*, 2009,6:1857–1866.
145. Farzinmeh A, Moezy A, Koochpayehzadeh J, Kashanian M. A comparative study of whole body vibration training and pelvic floor muscle training on women's stress urinary incontinence: three- incontinence: three-month follow-up. *Journal of Family and Reproductive Health*, 2015,9:147-154.
146. Tantawy SA, Elgohary HMI, Abdelbasset WK, Kamel DM. Effect of 4 weeks of whole-body vibration training in treating stress urinary incontinence after prostate cancer surgery: a randomised controlled trial. *Physiotherapy*, 2019,105:338–345.
147. Carman RA, Quimby FW, Glickman GM. The effect of vibration on pregnant laboratory mice. Inter-Noise 2007, 28-31 August 2007, İstanbul, Turkey.
148. Stephens DB, Adams CE. Observations on the effects of vibration stress and sound on pregnancy, parturition and respiration in the rabbit. *Laboratory Animals*, 1982,1:341-347.

149. Rauch F, Vibration therapy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2009, 51: 166–168.
150. Arslan GG, Yücel ŞÇ, Hemşirelik bakımında el masajı uygulaması ve yapılan çalışmaların sistematik analizi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017,2: 15-20.
151. Yüksel İ. Klasik Masaj Teknikleri. İçinde: Yüksel İ (editör). *Masaj Teknikleri*, 1. Baskı, Ankara, Alp Yayınevi, 2007:150-155.
152. Gürel KM, Doğdu B. *Spor Masajı*, 5. Baskı, Ankara, Devlet Kitapları, 2014:38.
153. Massage for the stages of labor. [http://downloads.lww.com/wolterskluwer\\_vitalstream\\_com/sample-content/9780781767538\\_Stager/samples/Chapter\\_9.pdf](http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781767538_Stager/samples/Chapter_9.pdf) 15 Ekim 2020
154. Dubey S, Lata S. Self-Comforting techniques and nonpharmacologic methods to relieve pain during labor. *International Journal of Science and Research*, 2017,6: 1594-1599.
155. Çıtak İK. Gebelerde Bebeklerde ve Çocuklarda Masaj. İçinde: Yüksel İ (editör). 5. Baskı. *Masaj Teknikleri*, Ankara, Hipokrat Kitabevi, 2016:186.
156. Therapeutic massage for pain relief. <https://www.health.harvard.edu/alternative-and-complementary-medicine/therapeutic-massage-for-pain-relief#:~:text=Therapeutic%20massage%20may%20relieve%20pain,to%20and%20from%20the%20brain>. 16 Ekim 2020
157. Ernst E. The safety of massage therapy. *Rheumatology*,2003,42:1101–1106.
158. Çilingir D, Şahin CU. Cerrahi hastasında hasta kontrollü analjezi kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2016,3:56-69.
159. Aslan FE, Türkmen E. Hastaya kendi ağrısını kontrol etmeyi sağlayan bir yöntem: hasta kontrollü analjezi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2005,2:3-11.

- 160.** Tavacı A. Hasta Kontrollü Analjezi Uygulamasına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Gereksinimi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2013.
- 161.** Tuna N. A'dan Z'ye Masaj. Nobel Tıp Kitapevleri. 1. Basım, Ankara. 1997:11
- 162.** Janssen P, Shroff F, Jaspar P. Massage therapy and labor outcomes: a randomized controlled trial. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 2012,5:15-20.
- 163.** WHO recommendation on manual techniques for pain management during labour. <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-1st-stage/who-recommendation-manual-techniques-pain-management-during-labour#:~:text=WHO%20recommendation%20on%20manual%20techniques%20of%20pain%20management%20during%20labour,-17%20February%202018&text=Manual%20techniques%2C%20such%20as%20massage,depending%20on%20a%20woman's%20preferences> 21 Ekim 2020
- 164.** Baljon KJ, Romli MH, Ismail AH, Khuan L, Chew BH. Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 2020,10:1-13.
- 165.** Çevik SA, Karaduman S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci*, 2020,17:1-9.
- 166.** Ranjbaran M, Khorsandi M, Matourypour P, Shamsi M. Effect of massage therapy on labor pain reduction in primiparouswomen: a systematic review and

- meta-analysis of randomized controlled clinical trials in iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2017,28:257-261.
- 167.** Field T, Hernandez-Rkf H, Taylor S, Quintino O, Bumran I. Labor pain is reduced by massage therapy. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol*, 1997,18: 286-291.
- 168.** Gönenç İM, Terzioğlu F. Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time, and increasing delivery satisfaction. *The Journal of Nursing Research*, 2020,28:1-9.
- 169.** Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2016, 10:12-15.
- 170.** Karami NK, Safarzadeh A, Fathizadeh N. Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2007,12: 6-9.
- 171.** Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Women's Health*, 2010, 6:377–381.
- 172.** Klaikham T, Yusamran C, Thananowan N, Phahuwatanakorn W. Effects of massage and hot compress on labor pain and pain coping behavior in primigravidas. *J Nurs Sci*, 2013,31:38-47.
- 173.** Boateng EA, Kumi LO, Diji AK. Nurses and midwives' experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: a qualitative study in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2019,19:2-10.
- 174.** Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 2002,186:160-172.
- 175.** Aslan FE, Badır A. Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 2005,17: 44-51.

176. Johnson N, Nokomis Z, Stark MA, The nurses' role in providing comfort during childbirth using ambulation and hydrotherapy. *International Journal of Studies in Nursing*, 2018,3:123-131.
177. Ou Y, Zhou Y, Xiang P. Effect of obstetric fine nursing on pain during natural childbirth and postpartum recovery. *Iran J Public Health*, 2018,47:1703-1708.
178. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2013,13:2-10.
179. Mocumbi S, Högberg U, Lampa E, Sacoor C, Valá A, Bergström A, Dadelszen P, Munguambe K, Hanson C, Sevene E, the CLIP working group. Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2019,19:2-14.
180. Adnan FA, Noor NM, Junoh NAM. Associated factors of labor satisfaction and predictor of postnatal satisfaction in the north-east of Peninsular Malaysia. *PLoS ONE*, 2020,15:1-19.
181. Martin CH, Fleming V. The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2011,24:124-135.
182. Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2017,22:219–224.
183. Green JM. expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *BIRTH*, 1993,20:65-72.
184. Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M. Expectations, experiences and satisfaction with labor. *British Journal of Clinical Psychology*, 1993,3: 469–483.

- 185.** Mackey M.C. Women's evaluation of their childbirth performance. *Maternal-Child Nursing Journal*, 1995,23:57–72.
- 186.** Mackey M.C. Women's evaluation of the labor and delivery experience. *Nursing Connections*, 1998,11:19–32.
- 187.** Waldenstrom U. Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999,5: 471–482.
- 188.** Waldenstrom U, Borg IM, Ollson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*, 1996, 23:144–153.
- 189.** Salmon P, Drew N. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Journal of Psychosomatic Research*, 1992,36:317–327.
- 190.** Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, Jouppila R. Maternal expectations and experiences of labour pain-options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiology Scandinavia*, 1995,39: 60–66.
- 191.** Quine L, Rutter DR, Gowen S. Women's satisfaction with the quality of the birth experience: a prospective study of social and psychological predictors. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1993,11:107–113.
- 192.** The Midwives Model of Care. <https://mana.org/about-midwives/midwifery-model#:~:text=The%20Midwives%20Model%20of%20Care%E2%84%A2%20is%20based%20on%20the,Midwives%20Model%20of%20Care%20includes%3A&text=providing%20the%20mother%2Fbirthing%20parent,and%20delivery%2C%20and%20postpartum%20support> 21 Ekim 2020
- 193.** Philosophy and Model of Midwifery Care. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf> 21 Ekim 2020

- 194.** Nilsson C, Olafsdottir OA, Lundgren I, Berg M, Dellenbor L. Midwives' care on a labour ward prior to the introduction of a midwifery model of care: a field of tension. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 2019,14:1-14.
- 195.** Chang M, Wang S, Chen C. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*,2002; 38: 68–73.
- 196.** Sethi D, Barnabas S. A pre-experimental study to evaluate the effectiveness of back massage among pregnant women in first stage of labour pains admitted in labour room of a selected hospital, Ludhiana, Punjab, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 2017,6:76-83.
- 197.** Gopal J, Sheela R, Sekhara OC Reddy, Rao KV. A Study to Assess the Effect of Sacral Massage on Pain during First Stage of Labour among the Mothers in Government Medical College and Hospital: A Case Study of Tiruvannamalai, India. *International Journal of Social Sciences Arts and Humanities*, 2012, 2:71-75.
- 198.** Kimber L, McNabb M, Mc Court C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial. *European Journal of Pain*, 2008,12:961–969.
- 199.** Yaldır IA. Vajinal Doğum Sonrası Erken Dönemde Maternal Memnuniyet. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi. Aydın, 2016.
- 200.** Bozkurt Ş. Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2013.

201. Apay SE, Kanbur A, Aksakallı M, Pasinlioğlu T. Doğum şekline göre lohusaların doğumda memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması. I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi, s. 67, 13-16 Ekim 2011, Safranbolu.
202. Gashaye KT, Tsegaye AT, Shiferaw G, Worku AG, Abebe SM. Client satisfaction with existing labor and delivery care and associated factors among mothers who gave birth in university of Gondar teaching hospital; Northwest Ethiopia: Institution based cross-sectional study. *PLoS One*, 2019, 14: e0210693.
203. Mohammad KI, Alafi KK, Mohammad AI, Gamble J, Creedy D. Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *Int Nurs Rev*, 2014,61:278-84.
204. Aktaş S, Pasinlioğlu T, Çalık KY. The effect of empathy training given to midwives on mothers' birth perceptions and their satisfaction with midwives. *Life Sciences*. 2016, 11: 1-10.
205. Carvalho B, Cohen SE. Measuring the labor pain experience: delivery still far off. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 2013,22:6-9.
206. Floris L, Irion O, Courvoisier D. Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. *Psychol Health Med*. 2017,22:969-977.
207. Kannan S, Jamison RN, Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med*, 2001,26:468-472.
208. Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the queen charlotte's 1000 mother survey). *The Lancet*, 1982,9:808-810.
209. Çalık KY, Özlem Karabulutlu Ö, Yavuz C. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018, 18:2-10.



- 210.** Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada C, Binfá L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Womens Health*, 2017,62:196–203.



## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<b>Adı Soyadı:</b> Gülüzar SADE <b>Doğum tarihi:</b> 01.01.1985 <b>Doğum Yeri:</b> Mersin <b>Medeni Hali:</b> Evli <b>Uyruğu:</b> T.C. <b>Adres:</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM <b>Tel:</b> 0442 231 27 48 <b>Faks:</b> 0449 231 15 81 <b>E-mail:</b> bukogen@hotmail.com
Eğitim
<b>Lise:</b> Mersin 19 Mayıs Lisesi (YDA) <b>Lisans:</b> Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik (2006-2010) <b>Yüksek lisans:</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı (2014-2016) <b>Doktora:</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı (2016-2020)
Yabancı Dil Bilgisi
<b>İngilizce:</b> Orta derecede <b>Almanca:</b> - <b>Rusça:</b> -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler
Kitap okumak, şiir yazmak,

## EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
Graduate School of Health Sciences

### ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Ebelik ana bilim dalında doktora tezi olarak *Doç. Dr. Hava ÖZKAN* danışmanlığında sunulan “Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Çıktılarına ve Anne Memnuniyetine Etkisi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	0	15
Genel Bilgiler	2	30
Materyal ve Metod	18	35
Bulgular	10	10
Tartışma	8	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 08/ 12/ 2020

  
Öğrenci Adı-Soyadı  
İmza  
Gülüzar SADE

  
Danışman Adı-Soyadı  
İmza  
Doç. Dr. Hava ÖZKAN

\* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

## EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



### ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



#### KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Hava ÖZKAN	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Çıktılarına ve Anne Memnuniyetine Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 07 Karar No: 40	Tarih: 29.11.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin TÜBİTAK tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.  Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR  
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL  
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI  
Üye

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK  
Üye

Doç.Dr.Aysenur AKSOY  
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR  
Üye

Dr.Öğr.Üy.Binali FIRINCI  
Üye

Dr.Öğr.Üy.Zahide KOŞAN  
Üye

Emrah MELETLİOĞLU  
Üye

**EK-4. NENEHATUN KADIN DOĞUM HASTANESİ BAŞHEKİMLİK  
ONAYI**

**T.C SAĞLIK BAKANLIĞI  
ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Açık adı “**Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Çıktılarına ve Anne Memnuniyetine Etkisi**” olan doktora tezi statüsündeki klinik araştırma, bilgim dahilinde Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi Doğumhanesi’nde Aralık 2018- Ocak 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilecektir.

Gereğini rica ederim. 14.12.2018

Dr. Öğr. Üyesi Berrin Göktuğ KADIOĞLU  
Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi Başhekimi

# EK-5. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI



T.C.  
ERZURUM VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM İSM  
AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ  
23/01/2019 11:36 - 44827528 - 604.02 - E.77



Sayı : 44827528-604.02  
Konu : Araştırma İzin Talebi

Sn.Gülüzar SADE  
Atatürk Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı  
Yakutiye / ERZURUM

İlgi: 18.12.2018 tarihli dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçenizde, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Doç. Dr. Hava ÖZKAN sorumluluğunda "Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Çıktılarına ve Anne Memnuniyetine Etkisi" başlıklı araştırmanın yapılabilmesi için izin talebinde bulunulduğu tarafımıza bildirilmiştir.

Yapılan değerlendirme neticesinde, çalışmanızın Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür. Çalışmanız esnasında etik kurallara uymanız, kurum ve kişi mahremiyetine uygun hareket etmeniz önem arz etmektedir.

Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan, toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim etmeniz ve uyarılarımıza hassasiyetle uymanız hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. İbrahim YILDIRIM  
Müdür a.  
Başkan

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No:

e-Posta: Emine.Sat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 23747b85-abec-4bac-b2c3-770905869240 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Emine ŞAT CANSAN

EBE

Telefon No: 0442-234 39 25- Dahili : 1131

## EK-6. ÇALIŞMA GRUPLARINA AİT RANDOMİZASYON LİSTESİ

0001: Gebe K.M.G.	0034: Gebe K.M.G.	0067: Kontro I G.	0100: Kontro I G.	0133: Kontro I G.	0166: Kontro I G.
0002: Gebe K.M.G.	0035: Ebe K.M.G.	0068: Kontro I G.	0101: Gebe K.M.G.	0134: Ebe K.M.G.	0167: Gebe K.M.G.
0003: Kontro I G.	0036: Ebe K.M.G.	0069: Kontro I G.	0102: Gebe K.M.G.	0135: Gebe K.M.G.	0168: Gebe K.M.G.
0004: Kontro I G.	0037: Gebe K.M.G.	0070: Gebe K.M.G.	0103: Gebe K.M.G.	0136: Kontro I G.	0169: Gebe K.M.G.
0005: Ebe K.M.G.	0038: Kontro I G.	0071: Gebe K.M.G.	0104: Gebe K.M.G.	0137: Kontro I G.	0170: Kontro I G.
0006: Ebe K.M.G.	0039: Gebe K.M.G.	0072: Kontro I G.	0105: Ebe K.M.G.	0138: Kontro I G.	0171: Ebe K.M.G.
0007: Ebe K.M.G.	0040: Gebe K.M.G.	0073: Ebe K.M.G.	0106: Ebe K.M.G.	0139: Gebe K.M.G.	0172: Kontro I G.
0008: Kontro I G.	0041: Ebe K.M.G.	0074: Kontro I G.	0107: Ebe K.M.G.	0140: Kontro I G.	0173: Gebe K.M.G.
0009: Ebe K.M.G.	0042: Ebe K.M.G.	0075: Ebe K.M.G.	0108: Ebe K.M.G.	0141: Kontro I G.	0174: Ebe K.M.G.
0010: Gebe K.M.G.	0043: Ebe K.M.G.	0076: Ebe K.M.G.	0109: Kontro I G.	0142: Gebe K.M.G.	0175: Gebe K.M.G.
0011: Gebe K.M.G.	0044: Kontro I G.	0077: Kontro I G.	0110: Gebe K.M.G.	0143: Kontro I G.	0176: Ebe K.M.G.
0012: Ebe K.M.G.	0045: Gebe K.M.G.	0078: Ebe K.M.G.	0111: Gebe K.M.G.	0144: Kontro I G.	0177: Kontro I G.
0013: Ebe K.M.G.	0046: Ebe K.M.G.	0079: Kontro I G.	0112: Gebe K.M.G.	0145: Gebe K.M.G.	0178: Ebe K.M.G.
0014: Kontro I G.	0047: Kontro I G.	0080: Kontro I G.	0113: Kontro I G.	0146: Ebe K.M.G.	0179: Ebe K.M.G.
0015: Ebe K.M.G.	0048: Gebe K.M.G.	0081: Ebe K.M.G.	0114: Ebe K.M.G.	0147: Gebe K.M.G.	0180: Gebe K.M.G.
0016: Kontro I G.	0049: Kontro I G.	0082: Gebe K.M.G.	0115: Gebe K.M.G.	0148: Kontro I G.	0181: Gebe K.M.G.
0017: Kontro I G.	0050: Kontro I G.	0083: Kontro I G.	0116: Kontro I G.	0149: Kontro I G.	0182: Gebe K.M.G.

0018: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0051: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0084: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0117: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0150: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0183: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>
0019: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0052: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0085: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0118: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0151: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0184: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>
0020: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0053: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0086: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0119: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0152: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0185: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>
0021: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0054: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0087: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0120: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0153: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0186: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>
0022: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0055: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0088: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0121: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0154: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0187: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>
0023: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0056: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0089: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0122: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0155: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0188: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>
0024: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0057: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0090: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0123: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0156: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0189: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>
0025: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0058: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0091: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0124: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0157: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0190: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>
0026: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0059: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0092: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0125: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0158: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0191: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>
0027: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0060: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0093: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0126: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0159: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0192: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>
0028: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0061: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0094: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0127: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0160: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0193: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>
0029: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0062: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0095: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0128: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0161: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0194: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>
0030: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0063: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0096: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0129: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0162: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0195: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>
0031: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0064: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0097: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0130: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0163: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0196: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>
0032: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0065: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0098: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0131: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0164: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0197: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>
0033: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0066: <b>Kontro</b> <b>I G.</b>	0099: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>	0132: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0165: <b>Ebe</b> <b>K.M.G.</b>	0198: <b>Gebe</b> <b>K.M.G.</b>



## EK-7. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**1. Yaşınız?**

- a)18-23                      b)24-29                      c)30-35

**2. Eğitim düzeyiniz?**

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

**3. Çalışma durumunuz?**

- a) Çalışmıyor                      b) Çalışıyor

**4. Eşinizin eğitim düzeyi?**

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

**5. Eşinizin çalışma durumu?**

- a) Çalışıyor                      b) Çalışmıyor

**6. Ailenizin gelir durumu?**

- a) Gelir giderden fazla                      b) Gelir gidere eşit                      c) Gelir giderden az

**7. Aile tipiniz?**

- a) Çekirdek aile                      b) Geniş aile

**8. Yaşadığınız yer?**

- a) İl                      b) İlçe                      c) Köy

**9. Doğum öncesi bakım aldınız mı?**

- a) Aldım                      b) Almadım

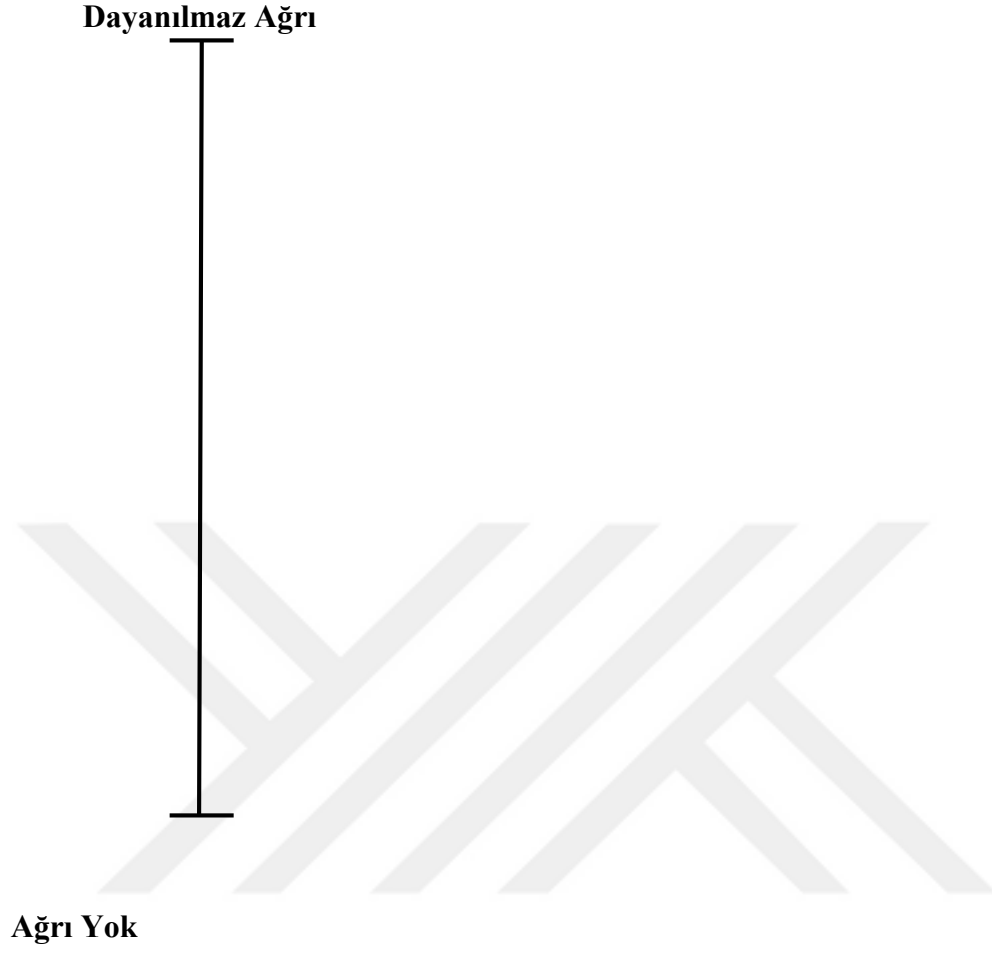
**10. Doğum hakkında eğitim aldınız mı?**

- a) Aldım                      b) Almadım

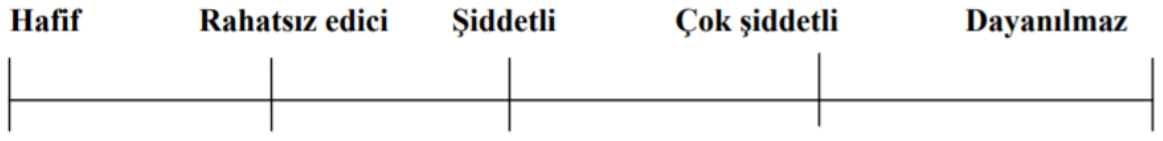
**11. Doğum ağrısı hakkında bilgi aldınız mı?**

- a) Aldım                      b) Almadım

## EK-8. GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ



## EK-9. SÖZEL KATEGORİ ÖLÇEĞİ



## EK-10. PARTOGRAF

PARTOGRAF			
Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Rüptürü: .....saat	

**Fetal Kalp Atım Hızı**

**Amniyon Sıvısı**

**Serviks Açıklığı**

**Baş Seviyesi**

**Kontraksiyon Süresi**

İzlem Yapanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Başlama Saati: \_\_\_\_\_  
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Başlama Saati: \_\_\_\_\_



## EK-12. NORMAL DOĞUMDA ANNE MEMNUNİYETİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Bu ankette annelerin doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyetlerini değerlendiren sorular bulunmaktadır. Lütfen, aşağıda verilen ifadelerle katılıp katılmadığınıza karar veriniz ve her sorunun yanındaki Katılmıyorum, Kısmen Katılıyorum, Kararsızım, Katılıyorum ve Kesinlikle katılıyorum seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Boş soru bırakmamaya özen gösteriniz. Kimliğiniz ve cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Ölçek Maddeleri	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastanede kaldığım sürece benimle ilgilenen doktor ve hemşirelerin sayısı yeterliydi.					
2.Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler bana iyi davrandılar.					
3. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler aileme iyi davrandılar.					
4. Doktorların doğumum sırasında gerekli olan tüm tıbbi müdahaleleri yaptığına inanıyorum.					
5. Sancılarla baş etmeme yardımcı olmak için hemşireler bana yeterince zaman ayırdı.					
6. Hemşireler doğumdaki ihtiyaçlarımı karşılamak için bana yeterince zaman ayırdı.					
7. Doğumda herkes bana sadece ne yapmam gerektiğini söylüyordu					
8. Doğum sancılarımı azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, masaj vb) yapılmasını isterdim.					
9. Doğumdaki stresimi azaltmak için benimle daha fazla ilgilenilmesini isterdim.					
10.Doğumda ailemin yaşadığı stresi azaltmak için onlarla daha fazla ilgilenilmesini isterdim.					
11.Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında bana bilgi verildi.					
12.Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında eşime / aileme bilgi verildi.					
13.Doğumda doktorlar ve ebe/hemşireler onlara söylediğim her şeyi dikkate aldılar.					
14.Doğumda hangi doktor ve ebe/hemşirenin benimle ilgileneceğini biliyordum.					
15.Doktorlar ve hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu bana açıkladılar.					
16.Doktorlar ve hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu aileme açıkladılar.					

17.Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde benim onayım alındı.					
18.Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde eşimin/ailemin onayı alındı.					
19.Doğumdan sonra bebeğimi daha erken kucağıma alabilmeyi isterdim.					
20.Doğumdan sonra ailemin bebeğimizi daha erken görebilmesini isterdim.					
21.Doğumdan sonra bebeğimi daha erken emzirmeyi isterdim.					
22.Doğumdan sonra yaşadığım ağrı ve rahatsızlıkları azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, soğuk uygulama vb) yapılabilirdi.					
23.Doğumdan sonraki dönemde hemşireler ihtiyaçlarımı yeterince karşıladı.					
24.Hemşireler bana loğusalıkta kendi bakımım konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.					
25.Hemşireler bana bebek bakımı konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.					
26.Hemşireler bebeği emzirmeme / beslememe yardım etmek için yeterli zaman ayırdı.					
27.Loğusalık ve bebek bakımı ile ilgili konularda farklı doktor/hemşirelerin verdikleri bilgiler tutarlıydı.					
28.Doğum sancuları sırasında kaldığım oda ihtiyaçlarımın karşılanması için uygun ve temiz bir yerdi.					
29.Doğum yaptığım oda doğum için uygun ve temiz bir yerdi.					
30.Doğumdan sonra kaldığım oda ihtiyaçlarıma uygun ve rahat bir yerdi.					
31.Doğumdan sonra kaldığım oda ailemin ve yakınlarımın ziyareti için uygun ve rahat bir yerdi.					
32.Ben doğumdayken ailemin hastanede rahatça bekleyebileceği uygun bir yer vardı.					
33.Hastanede ihtiyacımız olan her şeyi kolaylıkla bulabildik.					
34.Hastanede verilen yemek hizmeti iyiydi.					
35.Doğum sancularım sırasında gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.					
36.Doğumdan sonra gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.					
37.Sağlık personeli yaptıkları uygulamalarda mahremiyetime gerekli özeni gösterdi.					
38.Doğumda ve doğumdan sonra ailemle yaşadığım özel anlar sağlık personelinin ertelenebilir müdahaleleri ile engellendi.					
39. Hastanede aldığım bakım bundan daha iyi olamazdı.					
40.Doğum tamamen beklediğim gibi geçti.					
41.Doğumun süresi beklediğimden daha uzun sürdü.					
42.Doğumda hiç beklemediğim tıbbi müdahaleler yapıldı.					
43.Bu doğum benim için hayatımdaki en güzel deneyimlerden biri oldu.					

## EK-13. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı; (Deney Grubu)

Bu araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yapılan bir doktora tez çalışması olup, tezin adı “**Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Ağrısı ve Süresi ile Anne Memnuniyetine Etkisi**”dir. Bu çalışma, doğuma gelen primipar gebelere uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısına, doğum eyleminin süresine ve anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Bu çalışmada **otomatik masaj minderi** ile yapılacak, girişimler uygulamalı olarak anlatılacak ve sizle bir kez birlikte uygulanacaktır. Vajinal açıklığınız 4 cm olduğunda otomatik masaj minderini kumandasıyla kontrol ederek istediğiniz pozisyonda, istediğiniz bölgeye, istediğiniz sürede ve istediğiniz yoğunlukta kendiniz uygulayacaksınız. Eğer bu uygulamayı ebe yaparsa her saat başı 15 dakika sizin istediğiniz pozisyonda, istediğiniz bölgeye, istediğiniz sürede ve istediğiniz yoğunlukta uygulayacaktır. Uygulama sonrası dilediğiniz şekilde rahatlamanız sağlanacaktır. Kontrollü masaj uygulamanız vajinal açıklığınız 10 cm oluncaya kadar devam edecektir. Bu süreçte doğumhane de alınan bakım ve tedaviniz aksatılmayacaktır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesini kabul ediyorum. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:



Değerli Katılımcı; (Kontrol Grubu)

Bu araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yapılan bir doktora tez çalışması olup, tezin adı “**Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Ağrısı ve Süresi ile Anne Memnuniyetine Etkisi**” dir. Bu çalışma, doğuma gelen primipar gebelere uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısına, doğum eyleminin süresine ve anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Bu çalışmada doğumhane de alınan bakım ve tedaviniz aksatılmayacak ve almaya devam edeceksiniz. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sadece çalışmada kullanılan ölçeklerimize yanıt vermeniz istenmektedir.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesini kabul ediyorum. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

# EK-14. TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
Graduate School of Health Sciences

## TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	GÜLÜZAR SADE
Ana Bilim Dalı	Ebelik
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

### Ebelik Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı/İçeriği aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 29.12.2020

Doç. Dr. Hava ÖZKAN

İmza

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği <input checked="" type="checkbox"/>	Tez İçeriği Değişikliği <sup>1</sup> <input type="checkbox"/>
Tezin Eski Adı	Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Çıktılarına ve Anne Memnuniyetine Etkisi	
Tezin Yeni Adı	Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Ağrısı ve Süresi ile Anne Memnuniyetine Etkisi	
Tezin İngilizce Adı	The Effect of Controlled Massage Applied at Birth on Labor Pain and Duration and Maternal Satisfaction	
Değişikliğin Gerekçesi	Tez savunma sınavında tez bulgularına yönelik alınan kararla değiştirilmesi uygun bulunmuştur.	

Tez İzleme Komitesi Üyeleri			İmza
1	Doç. Dr. Hava ÖZKAN	Atatürk Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	
2	Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU	Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı	
3	Doç. Dr. Serap EJDER APAY	Atatürk Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	

<sup>1</sup> Lütfen yeni tez önerisini ekleyiniz. Tez konusu değişen doktora öğrencileri yeni tez konusu kabul edildikten sonra en az 3 kere Tez İzleme Komitesi Ara Raporu sunmak zorundadır.

# EK-15. TEZ SAVUNMA SINAVI SONUCU ORTAK RAPOR

## FORMU

Savunmanın Niteliği		Birinci savunma	<input checked="" type="checkbox"/>	İkinci savunma	<input type="checkbox"/>
<b>SINAV</b>	Tarihi: 29.12.2020		Yeri: Sağlık Bilimleri Fakültesi		Saati:14:00
<b>KARAR</b>	Kararın niteliği	Kabul	Ret	Düzeltilme	
	Oy Birliği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Oy Çokluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Düzeltilme verildi ise bir sonraki toplantı tarihi: Tarih girmek için burayı tıklayın.					
Jüri Üyeleri <sup>2</sup>					
	Unvanı, Adı ve Soyadı	Kurumu ve Ana Bilim Dalı	Görüşü <sup>3</sup>	İmzası	
Jüri Başkanı <sup>4</sup>	Prof. Dr. Saadet YAZICI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	Kabul		
Danışman	Doç. Dr. Hava ÖZKAN	Atatürk Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	Kabul		
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI	Lokman Hekim Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	Kabul		
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU	Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı	Kabul		
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Serap EJDER APAY	Atatürk Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	Kabul		

<sup>1</sup> Bu form bilgisayar ortamında doldurulmalı ve imzalandıktan sonra her bir jüri üyesi tarafından ayrı ayrı doldurulan "Lisansüstü Tez Değerlendirme Formu" ile birlikte ÜBYS aracılığıyla Ana Bilim Dalı Başkanlığı tarafından Enstitüye iletilmelidir.

<sup>2</sup> Yüksek lisans tez savunmalarında 3 üye, doktora tez savunmalarında 5 üye yer almalıdır.

<sup>3</sup> **Kabul, Ret** veya **Düzeltilme** seçeneklerinden biri bu haneye el yazısı ile yazılacaktır. Yüksek lisans tezleri için en fazla 3 ay, doktora tezleri için en fazla 6 ay düzeltme süresi verilebilir.

<sup>4</sup> Danışman dışında kıdemce en yüksek olan jüri üyeleri arasından jüri tarafından belirlenir.

OF13\_V4\_03.11.2019