



**TRAVAYDA GEBELERE UYGULANAN ÇÖMELME
POZİSYONUNUN DOĞUM EYLEMİNİN SÜRESİNE
VE AĞRIYI ALGILAMA DÜZEYİNE ETKİSİ**

Zehra Demet ÜST

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU**

Doktora Tezi-2016

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

**TRAVAYDA GEBELERE UYGULANAN ÇÖMELME
POZİSYONUNUN DOĞUM EYLEMİNİN SÜRESİNE VE AĞRIYI
ALGILAMA DÜZEYİNE ETKİSİ**

Zehra Demet ÜST

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU**

**ERZURUM
2016**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM
DALI

**TRAVAYDA GEBELERE UYGULANAN ÇÖMELME
POZİSYONUNUN DOĞUM EYLEMİNİN SÜRESİNE VE AĞRIYI
ALGILAMA DÜZEYİNE ETKİSİ**

Zehra Demet ÜST

Tez Savunma Tarihi : 21.04.2016

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR (Ankara Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Hava ÖZKAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU (Kafkas Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Ash SİS ÇELİK (Atatürk Üniversitesi)

ONAY

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM-2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR	VI
TABLOLAR DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Doğum Eylemi Süreci.....	5
2.1.1. Uterusun Histolojik ve Fizyolojik Özellikleri	6
2.1.1.1. Myometriyum	6
2.1.1.2. Serviks	7
2.1.1.3. Uterus.....	7
2.1.2. Uterus Kontraksiyonlarının Fizyolojik Temelleri.....	10
2.2. Doğum Eylemini Başlatan Etkenler	10
2.2.1. Doğum Eyleminin Başlangıç Belirtileri	11
2.2.2. Doğum Eyleminin Mekanizması	13
2.3. Doğum Eyleminin Seyri ve Süresi.....	13
2.3.1. Doğum Eyleminin Süresini Etkileyen Faktörler.....	16
2.4. Doğum Eyleminde Ağrı.....	16
2.4.1. Ağrı ve Fizyolojisi	16
2.4.2. Doğum Ağrısı	17
2.4.3. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi	18
2.5. Doğumda Ağrı Yönetimi	19
2.5.1. Ağrı Yönetiminde Kullanılan Yöntemler	19

2.6. Doğumda Pozisyon Kullanma	20
2.6.1. Çömelme Pozisyonu	21
2.7. Doğum Ağrısı Yönetiminde Ebe/Hemşirenin Rolü.....	22
3. MATERYAL ve METOT	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Verilerin Toplanması	23
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	27
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	40
KAYNAKLAR	41
EKLER	53
EK-I. ÖZGEÇMİŞ.....	53
EK-II. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	54
EK-III. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	55
EK-IV. PARTOGRAF.....	56
EK-V. GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ.....	57
EK-VI. ETİK KURUL ONAY FORMU.....	58
EK-VII. HASTANE İZİN YAZISI.....	59

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince engin tecrübelerinden faydalandığım, her zaman desteğini gördüğüm, beni sabır ve anlayışla karşılayan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na,

Lisans eğitimimden başlayarak özel ve akademik hayatta her zaman yanımda olan hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Hava ÖZKAN'a, kıymetli zamanını ayırarak tezime katkı sağlayan Yrd. Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK'e, her zaman desteğini gördüğüm Yrd. Doç. Dr. Ayla ÇAPIK'a, değerli vakitlerini benim için ayırarak tezimin şekillenmesinde emeği geçen jüri üyeleri Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR ve Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU'ya, her anımı benimle paylaşan dostlarıma, araştırmaya destek veren gebelere, bana kazandırdıkları özelliklerle her zaman gurur duyduğum, bugünlere gelmemdeki en büyük etken Sevgili Babam Talip ÜST ve tüm aile üyelerine, en içten saygı ve şükranlarımı sunarım.

Arş. Gör. Zehra Demet ÜST

ÖZET

Travayda Gebelere Uygulanan Çömelme Pozisyonunun Doğum Eyleminin Süresine ve Ağrıyı Algılama Düzeyine Etkisi

Amaç: Bu araştırma travaydaki gebelere uygulanan çömelme pozisyonunun doğum eyleminin süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Erzurum'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kadın doğum hastanesinde Temmuz 2014-Nisan 2016 tarihleri arasında son test kontrol gruplu deneysel tipte yapılmıştır. Araştırma kapsamına araştırma kriterlerini taşıyan gebeler dahil edilmiştir. Güç analizi ile belirlenen ve rastgele seçilen 40 gebe deney grubuna, 42 gebe kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırma verileri, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek üzere "Kişisel Bilgi Formu", doğum eyleminin süresinin belirlemek için "Partograf" ve gebelerin ağrıyı algılama düzeylerini belirlemek için "Görsel Kıyaslama Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Araştırma verileri doğum eyleminin 1. evresinin latent fazından itibaren toplanmaya başlanmış, 2. evrenin sonunda sona ermiştir. Her iki gruptaki gebelere latent fazdan itibaren her fazda 1 kez GKÖ doldurulmuştur. Deney grubundaki gebelere latent fazda kullanacakları pozisyon hakkında eğitim verilerek, aktif fazdan doğum eyleminin 2. evresine kadar kullanmaları sağlanmıştır. Kontrol grubundaki gebelere rutin bakım dışında herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Aktif fazdan itibaren partograf kullanılarak hem deney hem de kontrol grubundaki gebelerin doğum süreleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Doğum eyleminin 1. evresinin süresinin deney grubundaki gebelerde, kontrol grubundaki gebelere göre daha kısa sürdüğü fakat 2. evrenin süresinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır. Latent faz hariç aktif ve geçiş fazında deney grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre ağrıyı daha az algıladıkları saptanmıştır.

Sonuç: Çömelme pozisyonunun doğumun 1. evresinin süresini kısalttığı ve doğum ağrısını algılama düzeyini azalttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, gebelerin doğum eylemi sürecini rahat geçirmelerini sağlamak amacıyla çömelme pozisyonunu kullanabilecekleri söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Doğum ağrısı, doğum eylemi süresi, çömelme pozisyonu.

ABSTRACT

Effect of the Squatting Position in Labor on the Duration of Labor and Level of Pain Perception

Aim: This study aims to determine the effect of the squatting position in labor on the duration of labor and level of pain perception in pregnant women.

Material and Method: This experimental study was conducted using post-tests and a control group in a maternity hospital subsidiary of the Ministry of Health in the Province of Erzurum between July 2014 and April 2016. The non-probability random sampling method was used to select 40 and 42 pregnant women, who met the inclusion criteria, in the experimental and control groups respectively.

The research data were collected using "Personal Information Form" to determine the socio-demographic and obstetric characteristics of the pregnant women, "Partograph" to determine the duration of labor, and "Visual Analog Scale (VAS)" to determine the level of pain perception of the pregnant women.

Research data were collected starting from the latent phase of the 1st stage of labor, and ended at the end of the 2nd phase. Starting from the latent phase, pregnant women in both groups filled VAS in each phase. A training was provided to the pregnant women in the experimental group on the position to be used in the latent phase; and, it was ensured that the position was used starting from the active phase to the 2nd phase of labor. No intervention was applied to the pregnant women in the control group, other than the routine care. The duration of labor in both the experimental and control group of pregnant women was calculated using partograph starting from the active phase.

Results: It was found that the duration in the 1st phase of labor was shorter in the pregnant women in the experimental group compared to the control group, however, the difference between the groups was not statistically significant in the 2nd phase. Except for the latent phase, the pregnant women in the experimental group were determined to perceive less pain in the active phase and transition phase, compared to the pregnant women in the control group.

Conclusion: It was determined that the squatting position shortens the duration of the 1st phase of labor as well as reducing the level of pain perceived. According to these results, it can be said that the squatting position can be used by pregnant women to ease the labor process.

Keywords: Duration of labor, labor pain, squatting position.

SİMGELER VE KISALTMALAR

FKA	: Fetal Kalp Atımı
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
NST	: Nonstres Test
SPSS	: Statistical Pachage for Social Science



TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	29
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması	30
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun 1. ve 2. Evre Sürelerinin Karşılaştırılması	31
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Ağrıyı Algılama Düzeylerinin Karşılaştırılması	32

1. GİRİŞ

En şiddetli ağrı türlerinden biri olan doğum ağrısı akut bir ağrıdır. Fakat bu ağrının kısa bir zaman diliminde yaşanması ve annenin bebeğini istediği için bu ağrılara dayanması nedeniyle diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır.¹ Doğum esnasındaki ağrı uterus kontraksiyonları ile ilgilidir. Ağrı kontraksiyonlarla başlar, kontraksiyon pik noktasına ulaştıkça şiddeti artar ve uterusun relaksasyonu ile kaybolur. Ağrı her bir gebede ve aynı gebenin farklı doğumlarında değişik derecelerde olabilir. Gebeler genellikle doğum esnasında alt abdomen, sırt, bel ve uterus ağrı hissederler.²⁻⁴

Düzenli uterus kontraksiyonlarının başlamasıyla servikal silinme ve dilatasyonun gerçekleştiği evre doğumun eyleminin 1. evresidir. Bu evre doğum eyleminin en uzun evresi olup, nullipar kadınlarda ortalama 12 saat, multiparlarda ise 6-8 saat sürmektedir. Bu evre latent, aktif ve geçiş olmak üzere 3 fazdan oluşmaktadır. Her bir faz fizyolojik ve psikolojik olarak meydana gelen değişiklikler sonucu oluşur.⁵⁻⁸

Doğum ağrısı latent fazda başlar. Bu dönemde kontraksiyonlar düzensiz olup, aralıkları uzun ve yoğunluğu azdır.⁹ Latent fazda kontraksiyonların şiddet, süre ve sıklıkları artar. Servikal dilatasyon 0-3 cm olup, ortalama 6 saat sürmektedir. Aktif fazda servikal açıklık 4-7 cm'ye ulaşır. Kontraksiyonlar sık, uzun süreli ve şiddeti orta düzeydedir. Nulliparlarda bu faz 3 saat kadar sürer. Geçiş fazında ise açıklık 8-10 cm'ye ulaşmıştır. Nulliparlarda bu fazın 3 saatten daha fazla sürmemesi gerekir.¹⁰

Doğum eyleminde ağrıya neden olan birçok faktör vardır. Myometrial kontraktilete, servikal silinme ve dilatasyon, uterusu destekleyen bağlarda gerilme, uterus kaslarının hipoksisi, fetüsün perineye basısı bu faktörler arasındadır.^{4,10} doğum eylemi esnasında bazen dayanılabilecek düzeyde ağrı duyulurken, bazen de dayanılması mümkün olmayan, kontrol altında tutmak için çeşitli ağrı hafifletme yöntemlerine ihtiyaç duyulur.¹¹ Gebenin yaşı, fiziksel ve ruhsal durumu, doğum sayısı, fetüsün kilosu

ve pozisyonu, kültür, anksiyete, daha önce yaşadığı deneyimler, doğuma hazırlık ve sosyal destek gibi çeşitli faktörler doğum ağrısını algılamada etkili olabilmektedir.¹²⁻²¹ Bu nedenle gebenin ne şiddette ağrı hissedeceğini doğum gerçekleşmeden tahmin etmek oldukça zordur. Gebeler doğum eyleminde daha az düzeyde ağrı hissetmek istemektedirler. Bu durum ebe/hemşire tarafından dikkate alınmalıdır. Çünkü ağrı kişinin yaşam kalitesini bozan önemli bir faktördür.

Gebelerden özellikle son zamanlarda doğuma aktif katılım beklenmektedir.²² Doğum esnasında gebelerin kullanabilecekleri ağrı hafifletici uygulamalar vardır.²³ Rahatlama ve gevşeme teknikleri, ılık duş alma, masaj, destekleyici ebelik bakımı, pozisyon değişiklikleri (ayakta durmak, oturmak, yürümek, sallanmak), doğum topu kullanmak gibi alternatif yöntemler doğum ağrısını azaltmak için kullanılan yardımcı yöntemlerdendir.^{17,18,24-26} Ağrıyı hafifletmek için gebelerin en sık kullandığı yöntem pozisyon değiştirmektir.¹⁵ Gebeleri doğum eylemi boyunca tek bir pozisyonda tutmamak gerekir. Gebe pozisyon değiştirdikçe, yer çekiminin etkisiyle bebeğin baş pozisyonu, uterus kasılmaları ve baş-pelvis arasındaki ilişki de değişir.³

Doğum ağrısını hafifletmede kullanılabilecek başlıca pozisyonlar; çömelme, dans pozisyonu, yarı oturur pozisyon, sandalye üzerinde sallanma, sandalye üzerine ters oturuş, asimetric oturuş, esneme hareketi, dizüstü oturuş, el diz pozisyonu ve yan yatıştır.^{24,27,28} Gebelerin doğum eylemi süresince en sık kullandığı pozisyonlar; sırtüstü, çömelme, diz üstü durma, oturma, ayakta durma ve bütün bunların karışık olarak kullanıldığı pozisyonlardır. Doğum eyleminde hangi pozisyonların kullanılacağına karar vermede gebenin doğurma potansiyeli (fiziksel ve ruhsal yönden doğuma uygun olması), desteklerinin olması (doğum koçu vb.), yırtık ve yaralanmaların meydana gelmemesi gibi faktörler önemlidir.^{18,29}

Doğum süreci başladığında gebenin vücut pozisyonu, yürümesi, hareket etmesi, pozisyon değiştirmesi, bebeğin doğumuna yardımcı olmasının yanı sıra ağrı algısını azaltması için de oldukça faydalıdır.³⁰ Doğum ağrısını yönetmek için uygun olan bakımın amacı, doğum yapan kadınlarda ağrının şiddetini azaltmak ve kadınların memnuniyetini arttırmak olmalıdır.³¹

Doğum eylemi kadınların yaşamında çok önemli bir deneyim olarak görülmektedir. Olumsuz bir doğum deneyimi; postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, daha sonraki zamanda gebeliklerin istenmemesi ve kürtaja eğilim, sonraki doğumlarında sezaryen doğumu tercih etme, cinsel disfonksiyon, anne ve bebek arasındaki etkileşimde yetersizlik, emzirme problemleri ve bebeği ihmal etme gibi durumlara sebep olmaktadır. Bu nedenle doğum sürecindeki gebeye verilen bakım, anne ve bebek açısından güvenli bir doğumun gerçekleşmesini sağlamanın yanı sıra gebenin korkularından arınmış ve özgüven içinde bir doğum tecrübesi yaşamasını sağlamalıdır.³²⁻³⁶

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, gebelere travay esnasında uygulanan çömelme pozisyonunun doğum süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Travayda çömelme pozisyonu uygulanmasının doğum eyleminin süresine etkisi yoktur.

H₂: Travayda çömelme pozisyonu uygulanmasının doğum eyleminde ağrıyı algılama düzeyine etkisi yoktur.

H₃: Travayda çömelme pozisyonu uygulanması doğum eyleminin süresini kısaltır.

H₄: Travayda çömelme pozisyonu uygulanması doğum eyleminde ağrıyı algılama düzeyini düşürür.

H₅: Travayda çömelme pozisyonu uygulanması doğum eyleminin süresini uzatır.

H₆: Travayda çömelme pozisyonu uygulanması doğum eyleminde ağrıyı algılama düzeyini artırır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi Süreci

Gebeliğin 37-42. haftaya ulaşması ile doğum eyleminin başlaması gerekir. Bunun için öncelikle uterus kontraksiyonlarının başlaması gerekir. Gebeliğin erken dönemlerinde sessiz olan uterus kontraksiyonları eylemin başlangıcında aktif ve düzenli bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Eylemin aktif bir şekilde ilerleyebilmesi için uterus kontraksiyonlarıyla beraber serviksteki düz kas ve bağ dokusunda gevşeme olmalı ve fetüsün içinden geçebilmesine imkan vermelidir.^{5,10,37}

Doğumun başlangıç mekanizması tam olarak bilinmemesine rağmen bunun hormon düzeyindeki değişikliklerden (progesteronun azalması, östrojen ve oksitosine duyarlılığın artması), prostaglandin ve gap junction oluşumdaki artıştan kaynaklandığı fikri üzerinde durulmaktadır.³⁷ Travayın fizyolojisi 2 açıdan değerlendirilir:³⁸

1. Parturisyon
2. Doğum eylemi

Partürisyon, dünyaya bebek getirme anlamına gelir ve fertilizasyondan annenin involüsyon sürecine kadar olan tüm değişimleri kapsar.³⁸ Fetüsün uterus dışında yaşama yeteneği kazandıktan sonra uterusun ritmik kasılmaları sayesinde fetüs ve eklerinin uterus dışına atılmasını sağlayan mekanizmaya ise doğum eylemi denir.^{5,10,38}

Normal bir doğum için; fertilize ovumun tubadan endometriyuma göçü, uterus adalesinin travay sırasında görev yapabilmesi için hipertrofisi, serviksin ve uterusun adaptasyonu, fetüsün uygun pozisyon ve prezantasyonu gibi birçok faktör göz önünde bulundurulur. Serviks gebelikte sert ve kapalı iken uterus yumuşak bir yapıya sahiptir. Eylem başladığında bu durum tersine dönmektedir. Gebeliğin başlangıcından sonuna kadar uterus dışarıdan gelen uyarılara karşı duyarsız ve fetüse olan perfüzyonu sağlamak amacıyla da yumuşak bir yapıya sahiptir. Bu mekanizmadaki amaç, fetüsün

dış ortamda yaşayabileceği olgunluğa erişmesini sağlamaktır. Bu durumun nasıl gerçekleştiği henüz tam olarak açıklanamamıştır.³⁸

Travayın ne zaman başladığına dair objektif bilgi bulunmamaktadır. Çünkü bu durum anlık değil kademeli olarak gerçekleşmektedir. Önce düzensiz ve ağrısız kasılmalar başlar ardından ise ağırlı ritmik kasılmalarla eylem devam eder. Durum tespiti çoğunlukla gebenin ifadesiyle başlar.^{37,38}

Doğum eyleminin başlayabilmesi için öncelikle uterusun uyarılara cevap vermesi gerekir. Sitoplazmik Ca^{++} konsantrasyonunu düzenleme yeteneği kazanan myometriyum hücreleri kalsiyuma cevap vererek ve hücreler arası iletişimi sağlayarak duyarlı hale gelir (Faz 0). Bu hazırlık döneminden sonra travay başlar. 35. haftaya kadar uyarılara karşı duyarsız olan uterus, bu dönemden sonra olgunlaşır, kontraksiyonlarla birlikte servikte açılmaya neden olur ve fetüs doğum kanalından aşağı doğru inmeye başlar (Faz 1).^{37,38} Travayın başlangıcı genellikle Faz 0'dan Faz 1'e geçiş olarak kabul edilir. Yalnız kontraksiyonlar başlamadan ve serviks açılmadan önce eylemin hangi aşamada olduğunu bilmek zordur.^{37,38}

2.1.1. Uterusun Histolojik ve Fizyolojik Özellikleri

2.1.1.1. Myometriyum

Myometriyum, kollagen ve glikozaminoglikanlardan meydana gelen bağ dokusu içine gömülü düz kas hücrelerinden oluşmuş bir yapıdır. Kas hücreleri zincir şeklinde olup demetler halinde dizilmiştir. Uterus iki farklı müller kanalın füzyonu ile oluşmuştur. Kas hücreleri birbirlerine aç yaptıkları için bu yapılanma uterusu kuvvet kaybettirmeden genişleyebilme özelliği kazandırır. Diğer kas hücreleri gibi myometriyum da aktin, myozin ve desminden oluşmuştur. Düz kas hücrelerinde oblik çaprazlaşma mevcuttur. Bu yapı düz kas hücrelerine iskelet kası hücrelerine göre daha fazla kasılma özelliği katmaktadır.³⁷

Myometrial hücreler arasında konneksin-43 proteininden oluşan gap junctionlar bulunur. Bunlar uterus kontraksiyonları esnasında komşu hücreler arasında Ca^{++} geçişini sağlayarak kasılmanın uterusun her tarafına yayılmasını sağlar.³⁷

2.1.1.2. Serviks

Serviks %85-90 oranında bağ dokusundan, %10-15 oranında ise düz kas dokusundan oluşmuştur. Düz kas dokusu serviksin üst kısmında daha fazla olmakla birlikte aşağı doğru indikçe yoğunluğu azalmaktadır.³⁷

Kollagen, elastin ve glikozaminoglikanlar ise serviksin bağ dokusunu oluşturan en önemli yapılardır. Kollagenin yapısı intertisyel kollajenazlar (MMP-1 ve MMP-8) tarafından parçalanır.^{37,38} Elastin, kollagen liflerine paralel olarak yerleşmiş elastik bir lifdir. Bu lif gebelik sırasında serviksin kapalı durarak fetüsün uterus içinde kalmasına olanak sağlar. Doğum sırasında mekanik strese bağlı olarak elastin lifleri boylarının yaklaşık 2 katı kadar esneme yapar ve servikte açılmaya neden olur.^{37,38}

Servikte bulunan glikozaminoglikanların %70'i dermatan sülfat (dekorin), %15'i heparin sülfat, %15'i ise hyaluronik asittir. Dekorin kollagene göre fazla olursa kollagen yapısında gevşemeye neden olur.³⁷

2.1.1.3. Uterus

Gebelik ve doğumda uterustaki değişiklikler Faz 0, Faz 1, Faz 2, Faz 3 olmak üzere 4 fazda incelenir.³⁷

Faz 0

Gebelik süresinin %95'ini oluşturur. Uterus yumuşak ve duyarsız, serviks serttir. Kontraksiyon ya hiç yoktur ya da 20 mmHg basınç altındadır. Bu durumda servikte yumuşama ve kısalma olmaz. Bu durum implantasyondan önce başlar, gebeliğin sonuna kadar devam eder.^{37,38}

Faz 1

Gebeliğin 36. haftasından aktif doğum eyleminin başlamasına kadar geçen süredir. Uyanış dönemi olarak da bilinir. Myometriyum ve servikte hazırlık olur. Uterusta myometrial oksitosin reseptör sayısı ve gap junctionlar artar. Ağrısız kontraksiyonlar görülebilir. Fetüsün prezante olan kısmı pelvis girimine kadar iner. Serviksin kollagen içeriğinde parçalanma olur. Dekorin ve diğer glikozaminoglikanların miktarı artar, su tutulumu olur ve serviks yumuşar.^{37,39}

Uterus kontraksiyonları Faz 0'ın sonuna doğru görülmeye başlar. Bu dönemde kontraksiyonlar düzensiz ve düşük basınçlı olarak meydana gelir. Bunlara Braxton Hicks kontraksiyonları denir. Gebeliğin 30. haftasından sonra ve Faz 1 süresince Braxton Hicks kontraksiyonlarının sıklığında artma olur.^{37,38}

Faz 1 de kontraksiyonları değerlendirmek için 10 dakika içinde ortaya çıkan kontraksiyonların amplitüdlerinin toplamını veren montevideo ünitesi kavramı kullanılmaktadır. Uterus aktivitesinin 80-120 montevideo ünitesine ulaşmasından sonra Faz 2'nin başladığı bilinmektedir.^{37,39}

Faz 2

Aktif doğum eyleminin başlangıcından fetüs ve plasentanın doğumuna kadar geçen süredir. Uterus kontraksiyonlarının sıklığı ve şiddeti artar, serviksin silinme ve dilatasyonu tamamlanır, fetüs doğum kanalında ilerler ve doğum eylemi gerçekleşir. Bu faz kendi içinde 4 evreye ayrılır.^{37,38,39}

Evre 1

Servikal silinme ve dilatasyonun tamamlandığı evredir. Uterus kontraksiyonları 10 dakikalık süre içerisinde 3-5 kez ortaya çıkar. Bu durum uterusu 2'ye ayırır: Uterusun üst kısmı aktif bölüm, alt kısmı pasif bölüm olarak nitelendirilir. Bu iki bölüm arasında

"Fizyolojik Retraksiyon Halkası" oluşur. Eğer doğum kanalında fetüsün ilerlemesini engelleyen bir durum varsa bu halka "Bandl's/Patolojik Uterus Halkası" adını alır.³⁷

Uterustaki hidrostatik basınç ve fetüsün prezante olan kısmı silinme ve dilatasyonu sağlar. Serviksin silinmesi primigravida ve multigravidalarda farklı olur. Primigravdalarda önce serviks silinir ardından dilatasyon olurken, multigravidalarda silinme ve dilatasyon eş zamanlı gerçekleşir.³⁷

Evre 2

Servikal açıklığın tam olmasından fetüsün doğmasına kadar geçen süredir. 10 dakikalık sürede yaklaşık 60-80 saniye süren 80-100 mmHg basınçlı 5-6 kontraksiyon meydana gelir.³⁷

Evre 3

Fetüsün doğumundan plasenta ve membranların atılmasına kadar geçen süredir.^{10,37}

Evre 4

Plasentanın ayrılmasından sonraki ilk 4 saati kapsayan süredir. Bu dönem anne-bebek etkileşimi, emzirme ve postpartum kanamaların takibi açısından oldukça önemlidir.^{5,8,10,40,41}

Faz 3

Lohusalık dönemine karşılık gelir. Uterusun gebelik öncesi duruma gelene kadar geçirdiği değişikliklerin olduğu dönemdir. Emzirme süresiyle ilişkili olarak Faz 3 uzayabilir. İnvolüsyon, ovulasyon ve fertilitenin tekrar kazanılması bu dönemde olur.³⁷ Bu dönemde uterotonin, oksitosin, endotelin 1'in önemi büyüktür. Yaklaşık 4-6 hafta sürer.⁴²

2.1.2. Uterus Kontraksiyonlarının Fizyolojik Temelleri

Myometriyum kontraksiyonunu sağlayan temel mekanizma hücre içine Ca^{++} girişidir. Hücre içine Ca^{++} kalmodulin (Ca bağlayıcı protein) ile bağlanır ve myozin hafif zincir kinazı (MHZK) aktive eder. MHZK myozinin regülasyonunda rol oynayan hafif zincir kısmına fosfor ekler. Fosforilasyon sonucunda miyozin-F-aktin etkileşmesi olur ve kasılma başlar.³⁷

2.2. Doğum Eylemini Başlatan Etkenler

Hipokrat'a ait olan fetüsün kendi doğum zamanını kendisinin belirlediği fikri hayvanlar için doğru olmakla beraber insanlarda tam bir kesinliği bulunmamaktadır. İnsanlarda doğum süresinin farklılık göstermesine rağmen yine de plasenta ve fetal membranların doğum eyleminde major rolü oynadığı bilinmektedir. Doğum eyleminin gerçek nedeni ve mekanizması tam olarak bilinmese de hormonal bir temelin olabileceği düşünülmektedir.^{10,37,42,43}

Östrojen

Gebelikte östrojen biyosentezinin ana kaynağı plasentadır. Östrojen, myometrial kontraksiyonlardan sorumlu gap junctionların ve kalsiyum kanal ile oksitosin reseptörlerini artırır.^{37,42,43}

Progesteron

Primatlarda progesteronun rolü açık değildir. Günümüzde preterm eylem için risk altında olan kadınlara ek olarak progesteron verilmesi, progesteronun preterm doğumu azaltacağını düşündürmektedir.^{37,42,43}

Termde progesteron reseptör antagonistleri uygulamanın doğum eylemini indüklediği ve doğum eyleminin spontan başladığı zamanlarda progesteron düzeyinin tüm kadınlarda azalmadığı görülmüştür.^{37,42,43}

Oksitosin

Maternal serumda oksitosin düzeyi doğum eylemi başlangıcında artma göstermediği için oksitosinin eylemin başlamasında tetikleyici olması beklenmemektedir. Geç gebelik döneminde myometriyumdaki oksitosin reseptörlerinin artmasıyla myometriyumun oksitosine olan duyarlılığı artar. Eylemin ilerlemesiyle ve pulsatil salınımındaki artışla beraber oksitosin daha güçlü uterin kontraksiyonlara yol açar.^{37,42,43}

Prostaglandin

Doğumda prostaglandinlerin de etkisi olduğuna ait 3 kanıt bildirilmiştir. Bunlar:^{37,42,43}

- ✓ Termde prostaglandin artışının olması,
- ✓ Myometrial kontraktile ve preterm eylemin prostaglandin sentez inhibitörleri ile baskılanabilmesi,
- ✓ Eksojen prostaglandinlerin primat uterusunu kasılma için uyandırabilmesidir.

Tüm bu kanıtlara rağmen prostaglandinlerin primer etkisinin nasıl oluştuğu henüz bilinmemektedir.

2.2.1. Doğum Eyleminin Başlangıç Belirtileri

Doğum eyleminin başlayacağını gösteren bir takım belirtiler vardır. Bunlar,^{5,7,10}

- ✓ Hafifleme
- ✓ Özellikle primigravidalarda 2-3 hafta önceden angajmanın olması
- ✓ Kilo kaybı
- ✓ Nişan atılması
- ✓ Serviksin yumuşayıp incelmesi
- ✓ Sürekli sırt ağrıları
- ✓ Braxton Hicks kontraksiyonlarının düzenli hale geçmesi

Uterin kontraksiyonlar, spontan bir şekilde her bireyin ve gebeliğin farklı evrelerinde değişik özelliklerde ortaya çıkarlar. Kontraksiyonların frekansı, süresi ve gücü manuel olarak ya da elektronik yöntemlerle tahmin edilebilir. Fakat değerlendirmede en doğru ve güvenilir yöntem serviksten uterin kaviteye doğru yerleştirilen açık uçlu, sıvı dolu katater kullanılan internal metoddur.

Normal uterin kontraksiyonların kaydedilmiş hali çan şeklindedir. Kavisin zirvesindeki dik eğrilik kontraksiyonun gerçek gücünü temsil eder. Normal bir doğum eyleminin gerçekleşebilmesi için kontraksiyonun tüm bölümleri düzgün bir performans göstermelidir. Normal kontraksiyonlar düzenli ve aralıklıdır. Kontraksiyon (sistol) ve relaksasyon (diyastol) mevcuttur. En etkili uterus orta derecede düşük tonüs ve güçlü kontraksiyonlar gösterendir.^{5,7,10,38}

Pacemakerler

İki adet olan pacemakerlerin her biri fallop tüplerinin uterin ucuna yerleşmiş olarak bulunur. Pacemakerler kontraksiyonları başlattığı için aktiviteleri koordineli olmalıdır.

Kontraksiyon dalgası pacemakerlerde başlar ve aşağı doğru uterus boyunca yayılır. Küçük bir dalga yukarı fundusa doğru yayılır. Dalga bazı kısımlarda daha erken başlamasına rağmen kontraksiyon maksimum seviyeye uterusun değişik kısımlarında aynı anda ulaşır. Relaksasyon da uterusun tüm bölümlerinde aynı anda başlar. Kontraksiyonlar esnasında prezante olan kısmın basısı ve kontraksiyonlar sonunda uterusun serviksi uzunlamasına çekmesi sunucunda servikal dilatasyon gerçekleşir.^{37,42}

Kontraksiyon esnasında uterusla beraber raund ligament de kasılmaya başlar. Bu şekilde kontraksiyon esnasında uterus yerinde sabit kalır ve prezante olan kısmın aşağı itilmesini sağlar.^{37,42}

2.2.2. Doğum Eyleminin Mekanizması

Doğumun gerçekleşmesini sağlayan mekanizma tam olarak bilinmemektedir. Doğum eylemi esnasında myometriyumda pacemaker aktivitesi gösteren hücreler tanımlanamamıştır. Doğumun başlamasında eş zamanlı oluşan ve gerektiğinde birbirlerini tamamlayan endokrin, parakrin ve otokrin değişimler etkilidir. Bunlar, progesterondan östrojen etkililiğine geçiş, oksitosin duyarlılığında artış, gap junction oluşumu ve prostaglandin aktivitesindeki artıştır.^{37,44}

Progesteron azalması, prostaglandin ve relaksin etkisinin artışı, doku metalloproteinaz inhibitörlerinin etkisini azaltır, kollejenoliz artar servikte yumuşama ve dilatasyon olur.³⁷

2.3. Doğum Eyleminin Seyri ve Süresi

Bireyden bireye ve eylemden eyleme değişiklik gösterebildiğinden dolayı doğum eyleminin kesin bir süresi yoktur. Bununla birlikte kontraksiyon sıklık, süre ve şiddeti ile servikal silinme ve dilatasyonu temel alan doğumun evrelerinde ortalama bir süre belirtmek olağandır. Bu süre primipar ve multiparlarda farklıdır.^{43,45}

1.Evre

Gerçek doğum eyleminin başlamasından serviksin tam dilatasyonuna kadar olan dönemdir. Nullipar kadınlarda 6-18 saat, multipar kadınlarda 2-10 saat arasında sürer.⁴³

Doğum eylemi hakkında bilgi sahibi olmak için hem abdominal hem de vajinal muayene yapılmaktadır. Vajinal muayenede serviksin dilatasyonu, gelen kısmın seviyesi, pozisyonu, amniyon kesesinin durumu incelenir. Amniyon kesesi kapalı ise baş pelvis uygunsuzluğu yoksa travay süresinde gebenin dolaşmasına izin verilir. Travay esnasında anne pozisyonu; kültürel faktörlere, doğum pratiği, teknoloji ve tercihlere göre değişiklik gösterebilir.^{10,37}

Kontraksiyon olsun veya olmasın kese açıldığı andan itibaren kordon sarkması göz önüne alınarak anne yatağa yatırılıp bu şekilde takip edilmelidir. Yatağa yatırılan gebeler lateral rekümbent pozisyonda tutulmalıdır. Sırt üstü yatan gebelerde uterus vena kava inferiora baskı yaptığı için kalbe olan venöz dönüş azalır. Bunun sonucunda kalp debisi düşer, gebede hipotansif sendrom (vena kava inferior sendromu) görülür. Doğum esnasında kardiotokogram ile devamlı olarak kalp atımları ve kontraksiyonların takibi yapılmalıdır. Eğer sürekli takip edilemiyorsa 1. dönemde 15 dakikada bir, 2. dönemde 5 dakikada bir fetal kalp atımı (FKA) bakılıp kaydedilmelidir.³⁷

Kontraksiyonlar düzenli olarak geliyorsa asepti ve antisepsi kurallarına uygun olarak gebe saatte bir muayene edilip, serviksin silinme ve dilatasyonu kayıt edilmelidir.

Aktif travay ve doğum esnasında oral alım durdurulur. Travay uzun sürecek ise ya da analjezi veriliyor ise gebeye 60-100 ml/saat hızında glukoz, sodyum ve su içeren sıvılar intravenöz olarak verilmelidir.^{10,37}

Latent faz

Gebenin ilk defa güçlü ve düzenli kontraksiyonları fark ettiği zamandır. Başlangıcını tanımlamak biraz zordur. Latent fazda servikal değişikliklerin hızı yavaş ve kademelidir. İlk gebeliklerde genellikle 20 saati, sonraki gebeliklerde ise 14 saati geçmemelidir. Latent fazın süresi serviksin olgunlaşmasıyla ters orantılıdır.⁴³

Aktif faz

Bu dönem, primiparlarda dilatasyon 3-4 cm, multiparlarda 4-5 cm olduğunda başlar doğum gerçekleşene kadar devam eder. Ortalama 6-12 saat arasında değişiklik gösterir. Hem fetüsün seviyesi hem servikal değişiklikleri değerlendirmeyi gerektirir.⁴³

2. Evre

Serviksin tam dilatasyonundan bebeğin doğumuna kadar olan dönemdir. Nullipar kadınlarda 30 dakika-3 saat, multipar kadınlarda 5-30 dakika arasında sürer.⁴³ Bu

dönemde ağrı kontrolü sağlanmalıdır. Serviksin tam açılması, amniyon kesesinin açılması, başın pelvis tabanına inmiş olması durumunda gebe ıkındırılmaya başlar. Erken ıkındırma halinde başın iç rotasyonu engellenir ve bu da derinde transvers duruşa neden olur. Aynı zamanda servikte yırtıklar oluşabilir.³⁷

Gebenin genellikle ağrı başlangıcında derin bir nefes alması ve ağrının en şiddetli anında nefesini tutarak ıkınması sağlanır. Valsalva manevrası olarak bilinen bu ıkınma tekniğinin 5-6 saniyeden uzun sürmemesi gerekir. Bu sürenin uzaması sonucunda maternal kan basıncında düşme olur ve plasental kan akımı azalır. Fetal pH düşer, PO₂ azalır, PCO₂ artar ve FKA'da değişiklik olur.³⁷

Silinme ve dilatasyon tam olmadan ıkınma kafa derisi venlerinde bası oluşturur. Venöz staz ve hiperemi sonucunda deri altına serum infiltrasyonu (caput succanedum= bosse) olur.

Doğum eyleminde başın çıkışı esnasında perinenin korunması önemlidir. Buradaki amaç başın hızlı doğumunun engellenmesi ve perinenin yırtılmasının önlenmesidir. Bu durumda bir el önde gelen kısmın üzerine diğer el perinede çenenin yukarı itilmesini sağlar (Ritgen Manevrası). Doğum esnasında bazen kristaller manevrası da uygulanabilmektedir.³⁷

3.Evre

Bebeğin doğumdan plasentanın doğumuna kadar olan dönemdir. 5-30 dakika arasında sürer. Sürenin uzaması plasenta ile ilgili bir sorunun olduğunu düşündürür.⁴³ Doğum sonu dönemde uterusun kasılması sonucunda plasenta tutunma yeri küçülür. Plasenta bu duruma direnemeyerek uteroplental damarlarda yırtılma olur. Retroplasental hematomla sonuçlanan bu durum plasentayı uterus duvarından ayırır.³⁷

4. Evre

Plasentanın doğumundan postpartum 4. saate kadar olan süredir. Doğum eyleminin sonunda yorgun olan annede titremeler görülebilir. Annenin yaşam bulguları 15 dakikada bir takip edilir. Bu evrede anne kanama açısından da dikkatle izlenmelidir. Kanama takibinde ped kontrolü yapılmalı, fundusun yeri ve kıvamına bakılmalıdır. Emzirme başlatılmalı ve anne- bebek etkileşimi sağlanmalıdır.^{10,43}

2.3.1. Doğum Eyleminin Süresini Etkileyen Faktörler

Doğum eyleminin süresi çeşitli faktörlere göre değişebilir. Bunlar;^{5,10,38,45}

- ✓ Kontraksiyon şiddetinin düşük olması,
- ✓ Hipertonik uterus,
- ✓ Yumuşak dokuların rijiditesi,
- ✓ Pelvis uygunsuzlukları,
- ✓ Prezantasyon anomalileri,
- ✓ Doğum objesinin büyüklüğü,
- ✓ Anne yaşı,
- ✓ Gebelik ve doğum sürecindeki fiziksel ve ruhsal durum,
- ✓ Doğum sayısı,
- ✓ Beslenme durumu vs.dir.

Normal süre dışında olan doğumlarda anne ve bebek açısından ortaya çıkabilecek komplikasyonlar arttığından dolayı doğum süresinin iyi takip edilmesi ve olağan sapmalarda uygun girişimlerde bulunulması gerekir.

2.4. Doğum Eyleminde Ağrı

2.4.1. Ağrı ve Fizyolojisi

Çok çeşitli tanımları bulunan ağrı, insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır.

Melzack'a göre;⁴⁶

Ağrı, çok boyutlu, hoş olmayan bir duygu ve emosyonel bir deneyim,

Uluslararası Ağrı alışmaları Derneği'ne göre;⁴⁷

Ağrı, doku, potansiyel doku hasarı ile birlikte olan ya da böyle bir hasar süresince tanımlanan duyusal ve emosyonel bir deneyim,

Türk Dil Kurumu'na göre;⁴⁸

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı olarak tanımlanmıştır.

Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal bir durumdur. Bir bakıma vücudun savunma mekanizmasıdır. Ağrı bir uyarıcı ile tetiklenir. Bir doku hasarı mevcuttur ya da olmak zerebilir. İki gesi vardır:²⁻⁴

1. Fizyolojik ge: Duyusal sınırlar tarafından hissedilip beyne aktarılması.
2. Psikolojik ge: Acı hissini fark etme, ağrı olarak yorumlama ve ağrıya cevap verme.

2.4.2. Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı, subjektif olmakla beraber diğer ağrı türlerinden farklıdır. Bunu kanıtlayan birkaç neden vardır. Bunlar;²⁻⁴

- ✓ Eylemde ağrı normal sürecin bir parçasıdır. Çünkü ağrıyla birlikte kadın farklı pozisyonlara girer. Bu durum fetüsün doğum kanalından ilerlemesini kolaylaştırır.
- ✓ Doğum ağrısı aniden ortaya çıkmaz. Belli bir hazırlık süresi vardır.
- ✓ şiddetli olmasına rağmen belli süre sonra sona erer. Bebeğin doğmasıyla birlikte ağrı sonlanır.
- ✓ Kontraksiyonlar sürekli değil aralıklıdır. Bu da anneye toparlanma fırsatı tanır.

Doğum esnasındaki ağrı uterus kontraksiyonları ile ilgilidir. Normal bir eylemde ağrı aralıklı olarak gelir. Ağrı kontraksiyonlarla başlar, kontraksiyon pik noktasına ulaştıkça şiddeti artar ve uterusun relaksasyonu ile kaybolur. Ağrı her bir hastada ve aynı hastanın farklı doğumlarında değişik derecelerde olabilir. Gebeler genellikle alt abdomen, sırt ve uterus ağrı hissederler.²⁻⁴

Ağrıya neden olan faktörler;

- ✓ Uterusun alt polünün gerilmesi,
- ✓ Uterusa komşu ligamentlerinin gerilmesi,
- ✓ Uterus etrafındaki sinir ganglionlarının üzerindeki basınç ve gerilme,
- ✓ Kastaki iskemi.

Doğum eylemi kadınlar açısından ürkütücü bir olay olarak görüldüğünden travayda meydana gelen fizyolojik yanıtlar annenin tükenmesine, doğum sonu dönemde ölümcül olabilecek komplikasyonlara yol açabileceği bildirilmektedir.^{46,47}

Doğum ağrısı → solunum hızı ↑ → PaCO₂ ↓ pH ↑ → Fetüs (PaCO₂ ↓)

Asit- baz dengesizliği

Kontraksiyon → ağrı, endişe, korku → kardiyak out-put ↑ → katekolamin ↑

Uterin aktivite ↓

2.4.3. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğum eylemi her ne kadar mutluluk verici olsa da ağrısından dolayı güç ve dayanılmaz bir olay olarak değerlendirilir. Doğum ağrısını objektif ve subjektif olarak değerlendirmek mümkündür. Her ne kadar subjektif bir durum olsa da ağrı değerlendirmesinde en güvenilir yöntemin kişinin kendi ifadesi olduğu kabul edilir. Bu

durumu objektifleştirmek amacıyla ölçeklerden yararlanır. Kullanılan ölçeklerden tek boyutlu olanlar sadece ağrının şiddetini ölçerken; çok boyutlu olanlar ağrının yeri, niteliği, şiddeti, etkileyen faktörleri değerlendirir.²⁻⁴

2.5. Doğumda Ağrı Yönetimi

Doğum ağrısı eşsiz bir deneyimdir ve diğer ağrılardan farklıdır. Eylemde ağrı normal sürecin bir parçası olmasına rağmen bu özel dönemin rahat bir şekilde geçirilmesi için ağrıyı algılama düzeyini kontrol etmek önem arz etmektedir. Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında doğum ağrısı ve yönetimi ile ilgili olarak birçok araştırma yapılmıştır.^{11,18,51-59} Konuyla ilgili olarak kadınlara verilen danışmanlık hizmetlerinin de acı çekmeye, fizyolojik yanıtlara ve ağrıyı algılama düzeyine pozitif yönde etki ettiği bilinmektedir.²⁻⁴

2.5.1. Ağrı Yönetiminde Kullanılan Yöntemler

Doğum ağrısı en şiddetli ağrı türlerinden olduğu için ağrıyı hafifletmek hem insani yardım hem de tıbbi nedenlerle gereklidir. Ağrıyı hafifletmek ya da gidermek amacıyla kullanılan yöntemler farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler olarak 2'ye ayrılır.^{2,3,4}

Farmakolojik Yöntemler

Bu yöntemlerin kullanılmasında önemli olan fetal riski artırmadan ve travayın ilerlemesini etkilemeden ağrıya etki etmektir. Anestezikler, trankilizanlar, sedatifler ve opioidler bu amaçla kullanılan ilaçlardır. Ayrıca bölgesel anestezi (epidural blok, spinal blok, kaudal blok vs.) de farmakolojik yöntemlerden birisidir.^{49,51,60-62}

Farmakolojik Olmayan Yöntemler (Non-Farmakolojik)

Her kadın doğum eyleminde az ya da çok ağrı yaşar. Bu durumda önemli olan kadının ağrıyı algılaması ve ona verdiği cevaptır. Non-farmakolojik yöntemlerin etkisi

kapı kontrol ve endorfin teorilerine dayanır. Sayıca oldukça fazla olmasına rağmen non-farmakolojik yöntemleri 3 grupta toplamak mümkündür.²⁻⁴

İlk grupta olan yöntemlerde büyük ve küçük duyuşal sinir lifleri kullanılarak ağrıyı hafifletmek amaçlanır. Derisel uyarım ile ağrı sinyalleri bloke edilebilir. Masaj, dokunma, sırt okşama, ters basınç, hareket ve pozisyon, sıcak-soğuk uygulama, hidroterapi, efloraj bu grupta yer alır.²⁻⁴

İkinci grup odaklanmayı içerir. Serebral korteksin işitsel ve görsel uyarılara odaklanarak ağrılı uyarıların algısını azaltmak planlanır. Odak noktası, solunum teknikleri, dikkate odaklanma, dikkati dağıtma, hipnoz, müzik bunlardan bazılarıdır.

Üçüncü grup ise ağrının hafıza ve bilişsel süreçlerinden yola çıkar. Sürecin anlaşılması, geçmiş deneyimler, anksiyete düzeyi ağrı algılamada önemlidir. Doğum öncesi eğitim, rahatlama, destek, hayal kurma bu grup içerisinde yer alan yöntemlerdendir.²⁻⁴

2.6. Doğumda Pozisyon Kullanma

Doğum eylemi esnasında ağrıyı hafifletmek amacıyla kullanılan çeşitli yöntemler mevcuttur. Bu yöntemlerden sık kullanılanlardan biri de ağrı süresince kadına herhangi bir pozisyonu yatakta ya da yatak dışında uygulama serbestliğinin verilmesidir.

Pozisyon değişikliği anne rahatını sağlamakla birlikte fetal rotasyon ve inişini kolaylaştırdığı için de tercih edilmektedir. Ancak obstetrik yönetimden dolayı kısıtlama yapılmaktadır. Kullanılmakta olan pozisyonlar; litotomi, lateral, yarı oturma, dorsal, diz üstünde oturma vb.dir.²⁻⁴ Travayın ilk döneminde oturma, ayakta durma, çömelme, diz çökme gibi pozisyonu kullanma karın ön duvarını gevşetir. Fundusun öne doğru gelmesini kolaylaştırır. Bu da fetüsün pelvis girimine yönelmesine sebep olur.

Eylem de anne pozisyonu;²⁻⁴

- ✓ Uterin kontraksiyonların süre ve şiddetine,
- ✓ Doğum süresine,
- ✓ Fetal inişe,
- ✓ Perineal çıktılara,
- ✓ Anatomik fizyolojik adaptasyona,
- ✓ Güçsüzlüğün azalmasına,
- ✓ Dolaşımın düzenlenmesine,
- ✓ Anne memnuniyetine etki ettiği bilinmektedir.

Doğum eyleminde kadınlara pozisyon değişimi ile ilgili eğitim antenatal dönemde başlamalıdır.²

2.6.1. Çömelme Pozisyonu

Eski zamanlardan beri farklı medeniyetlerde kadınlar doğum ağrısını azaltmak amacıyla değişik pozisyonlar kullanmışlardır. Özellikle Mezopotamya, Hitit, Yunan ve Uzak Doğu medeniyetlerinde dikey olan pozisyonlar tercih edilmiştir. Kullanılan pozisyonun seçiminde kültürel özellikler etkili olmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğum eyleminin I. evresinin erken dönemlerinde gebelerin genellikle dikey pozisyonları kullanmayı, sonrasında ise yatay pozisyonda kalmayı istedikleri bildirilmiştir.^{11,59,63,64}

Alternatif doğum pozisyonları, yan ya da sims pozisyonu, dorsal rekümbent, yarı oturur ve çömelme pozisyonlarını içerir. Doğum eylemi açısından çömelme pozisyonunun bir takım avantajları bulunmaktadır. Bunlar;^{2,4}

- ✓ Sırt ağrısını azaltma,
- ✓ Yer çekiminden yararlanarak fetal inişi kolaylaştırma,
- ✓ Abdominal basıncı artırarak ikinci evrede ıkmaya yardımcı olma,
- ✓ Doğumun ikinci evresinin süresini kısaltma,

- ✓ Pelvis çıkımını genişletmedir.

2.7. Doğum Sürecinde Ebe/Hemşirenin Rolü

İnsanlığın varoluşundan beri kadınlar özellikle doğum esnasında hemcinslerine yardımcı olmuşlardır. Günümüzde bakım ve destek olarak değerlendirilen bu durum büyük oranda ebe/hemşirelere geçmiştir. Buradaki amaç; eylemin anne ve bebek tarafından en sağlıklı ve güvenli biçimde geçirilmesine olanak sağlayıp, gereken tüm fizyolojik ve duygusal ihtiyaçları karşılamada kadına yardımcı olmaktır.⁶²⁻⁶⁴

Doğum eylemi kadınların hayatlarındaki en özel, bununla birlikte yoğun ağrı yaşama nedeniyle korku ve stres yaratan bir süreçtir. Bu dönemde ebe/hemşireler tarafından gebeye verilen bakım ve destekle doğum ağrısını algılama düzeyinde bir azalma olduğu ve hem anne hem de bebek açısından sürecin rahat bir şekilde geçirilmesine pozitif katkı sağlandığı bildirilmiştir.⁶⁸⁻⁷⁰

Ebe/hemşireler öncelikle gebeyi değerlendirmeli ve ağrı düzeyini saptamalıdır. Bunun için gebenin yaşı, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel durumu, obstetrik öyküsü, daha önceki ağrı deneyimleri, gebeliği isteyip istemediği gibi konularda bilgi sahibi olunmalıdır. Ağrı düzeyi ve kadının ağrıya verdiği cevap belirlendikten sonra kullanılacak ağrı hafifletici yöntem (farmakolojik ve non-farmakolojik) hakkında kişiye görsel ve işitsel olarak bilgi verilmeli ve anlaşıldığından emin olunmalıdır. Doğumun her aşamasında varsa gebenin endişeleri giderilmeli, gebeye hem kendi durumu hem de fetüsün durumuyla ilgili basit açıklamalar yapılmalıdır.⁷¹⁻⁷³

3. MATERYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, son test kontrol gruplu deneysel tipte planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kadın doğum hastanesinin doğum salonunda 30 Temmuz 2014- 21 Nisan 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane 115'i Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine, 35'i ise Yenidoğan Servisine ait olmak üzere toplam 150 yatak kapasitesine sahiptir.⁷⁵ Hastanede toplam 12 kadın doğum hekimi, doğum salonunda ise 25 ebe görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini yukarıdaki tarihler arasında hastaneye doğum yapmak için başvuran; 18-35 yaş arasında, en az ilkokul mezunu, iletişim sorunu ve riskli gebeliği bulunmayan, vajinal doğum yapacak olan, miadında (38-42 hafta), latent fazda, amniyotik membranları açılmamış olan, antenatal eğitime katılmamış ve gebelikte herhangi bir egzersiz yapmamış olan primipar gebeler oluşturmuştur. Araştırma için örneklem büyüklüğü; %95 test gücü ve 0.05 hata düzeyi ile yapılan güç analizi sonucu toplam 72 gebe olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini, evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırma kriterlerini taşıyan primiparlar oluşturmuştur. Araştırma, 1 deney ve 1 kontrol gruplu olup, toplam 82 gebe ile yürütülmüştür. Araştırma esnasında deney grubuna alınan 5, kontrol grubuna alınan 3 gebe fetal distres ve ilerlemeyen eylem tanılarıyla sezaryen doğuma alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 15 Ekim 2015- 1 Mart 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek için "Kişisel Bilgi Formu", eylemin ilerlemesini değerlendirmek için

"Partograf", ağrı algılama düzeyini belirlemek için de "Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)" kullanılmıştır. Veri toplama esnasında grupların birbirlerinden etkilenmelerini önlemek amacıyla kontrol ve deney grubuna alınan gebeler ayrı günlerde ve her gün yalnızca bir gebe olacak şekilde araştırmaya dahil edilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 9 soru içermektedir (EK-III).

Partograf

Eylemin ilerlemesini değerlendirmek ve yorumlamak için kullanılan bir araçtır. Grafik kağıdına 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. Partograf; doğumun ilerlemesi, bebeğin sağlık durumu ve annenin sağlık durumunu gösteren üç parametre izlenir. Doğumun ilerlemesini belirlemek için; servikal açıklık, bebek başının seviyesi, uterus kontraksiyonlarının 10 dakikadaki sıklığı ve süresi izlenip kaydedilir. Bebeğin sağlık durumunu değerlendirmek için; fetal kalp atım hızı (15 dakikada bir), amniyon zarının varlığı ve sıvının rengi, bebek başında molding varlığı değerlendirilip kaydedilir. Annenin sağlık durumunu değerlendirmek için ise; yaşam bulguları ve laboratuvar testleri değerlendirilip kaydedilir (EK-IV).⁷⁶

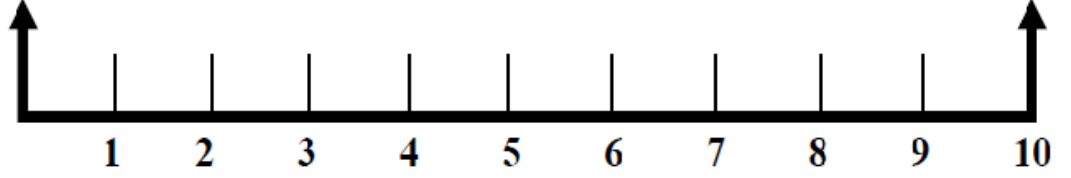
Görsel Kıyaslama Ölçeği

Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ), ilk kez 1966 yılında Bond ve Pilowsky tarafından geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Ölçeğin duyarlılık ve seçiciliği Arslan tarafından 1998 yılında çalışılmış ve kullanıma uygun olduğu saptanmıştır (EK-V).⁷⁷

GKÖ, bir ucunda ağrısızlık diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrıyı gösteren 10 cm'lik bir cetveldir. Cetvel üzerinde hasta/birey kendi ağrısını işaretlemektedir.

İşaretlenen bu çizgi ağrı algısı düzeyini belirlemede sayısal veri olarak kullanılmaktadır. Cetvel yatay ya da dikey olarak kullanılabilir.

Görsel kıyaslama ölçeğinde değerlendirme şu şekilde olmaktadır: 0=Ağrı yok, 0.5-3cm=Hafif ağrı, 3.5-6.5 cm=Orta ağrı, 7.0-10.0 cm=Şiddetli ağrı



Girişimler

Araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan her gebeye araştırma hakkında bilgi verilip, sözlü ve yazılı onayı alındıktan sonra kişisel bilgi formu doldurulmuştur.

Deney Grubu

Latent fazda; gebelere öncelikle kullanacakları çömelme pozisyonunun avantajları ile beraber doğum sürecine etkisini belirten yaklaşık 20 dakikalık bir eğitim verilmiş ve eğitim sonunda çömelme pozisyonu demonstrasyonla gösterilmiştir. Gebeye aktif fazdan itibaren doğum eylemi gerçekleşene kadar her kontraksiyon esnasında bu pozisyonu kullanması gerektiği fakat relaksasyon sırasında rahat edebileceği herhangi bir pozisyona (ayak yürüme, yatakta uzanma, oturma vs.) geçebileceği söylenmiştir. Bu fazda fetüsün durumu ile kontraksiyonları değerlendirmek amacıyla yaklaşık 20 dakika süren nonstres test (NST) çekilmiştir. Latent fazın sonunda her gebeden ağrı durumunu değerlendirmesi istenip 1 kez GKÖ doldurulmuştur.

Aktif fazda; gebeler rutin uygulamalara ilave olarak çömelme pozisyonunu uygulamaya devam etmiştir. Doğum aktif faza geçtiğinde gebelerde saatte 1 cm servikal dilatasyon olacağı göz önünde bulundurularak, saatte bir bimanuel muayene yapılmış ve partografa kaydedilmiştir. Aktif fazın sonunda gebeden tekrar ağrısını değerlendirmesi istenip, 1 kez GKÖ doldurulmuştur.

Geçiş fazı; bu dönemde gebeler doğum masasına geçene kadar çömelme pozisyonunu kullanmaya devam etmişlerdir. Eylemin ilerlemesini değerlendirmek için saatte bir bimanuel muayene yapılmış ve partografa kaydedilmiştir. Dilatasyon tam olduğunda gebeye tekrar ağrı değerlendirmesi yaptırılıp, son kez GKÖ doldurulmuş ve fetal baş perineye dayandığı anda gebe doğum yapması için masaya alınmıştır.

Kontrol Grubu

Latent fazda; gebeye herhangi bir müdahalede bulunulmadan dilatasyon, kontraksiyon ve fetal kalp atımını içeren rutin izlem yapılmıştır. Fazın sonunda gebeden ağrısını değerlendirmesi istenip 1 kez GKÖ doldurulmuştur.

Aktif fazda; rutin izleme devam edilmiş, deney grubunda olduğu gibi saatte 1 cm servikal dilatasyon olacağı göz önünde bulundurularak, saatte bir bimanuel muayene yapılmış ve partografa kaydedilmiştir. Aktif fazın sonunda gebeden tekrar ağrısını değerlendirmesi istenip, 1 kez GKÖ doldurulmuştur.

Geçiş fazında; kontraksiyonların sıklık, süre ve şiddetinde artma olduğu için gebelerden ayağa kalkmak isteyenler olmuştur. Sadece bu fazda gebeyi takip eden ebe tarafından herhangi bir sorun olmayan gebelerin ayağa kalkmasına izin verilmiştir. Bununla birlikte tüm gebelerde rutin izlem devam etmiştir. Fazın sonunda gebelerden tekrar ağrılarını değerlendirmeleri istenmiş, son kez GKÖ doldurulup, fetal baş perineye dayandığında gebe masaya alınmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Doğum eyleminin süresi, ağrı algılama düzeyi.

Bağımsız değişkenler: Çömelme pozisyonu

Kontrol Değişkenleri: Yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi algısı, aile tipi.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında Statistical Package For Social Science (SPSS) 20 paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler dağılım, ortalama, Ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'dan onay (EK-VI) ve araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin (EK-VII) alınmıştır.

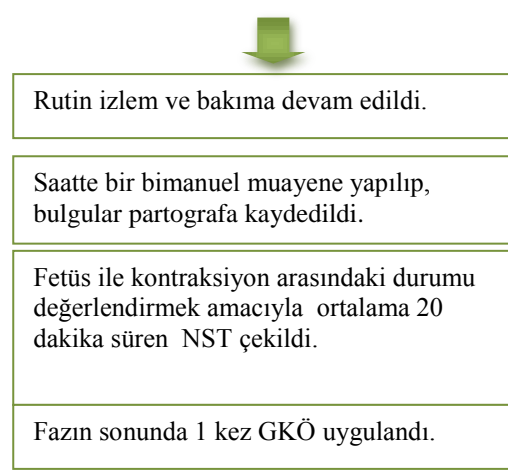
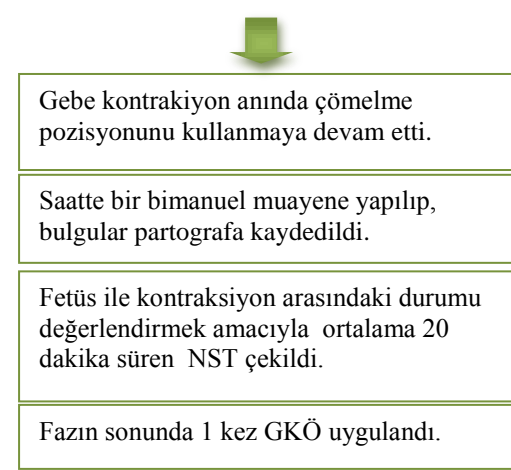
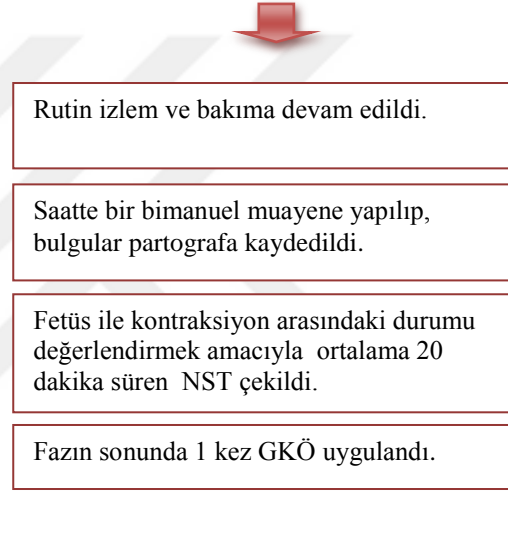
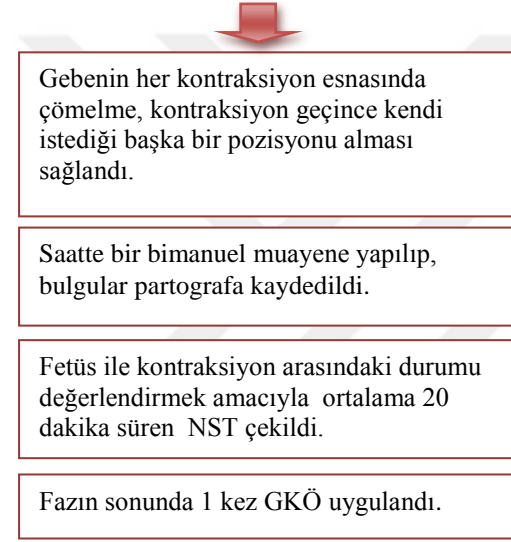
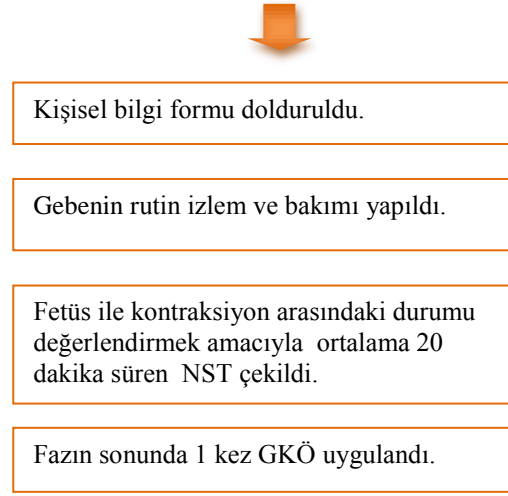
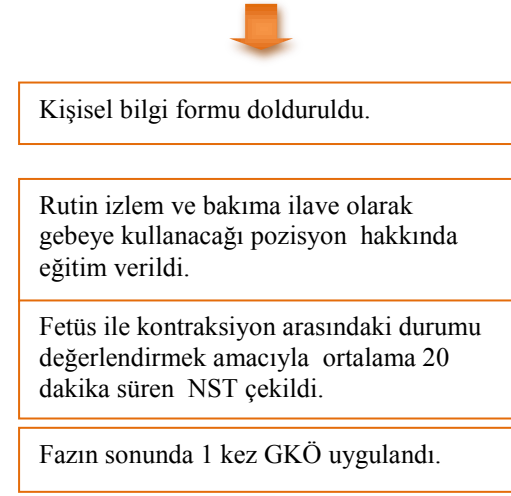
Araştırma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya destek vermek isteyen gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir. Sonuç olarak, araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın yapılacağı hastanede rutin lavman, oksitosin ve fetal monitarizasyon uygulanması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırmanın tek merkezli olması nedeniyle sonuçlar sadece bu bölgedeki gebeler için genellenebilir.

DENEY GRUBU

KONTROL GRUBU



Fetal baş perineye dayanınca masaya alındı.

L
A
T
E
N
T
F
A
Z

A
K
T
İ
F
F
A
Z

G
E
Ç
İ
Ş
F
A
Z
I

4. BULGULAR

Bu bölümde travayda gebelere uygulanan çömelme pozisyonunun doğum eyleminin süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=42)		Test ve Önemlilik
	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş (ortalama)	19-35	23.22±3.46	19-35	22.90±3.22	
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş (grup)					
19-26	34	85.0	36	85.7	X ² =0.008
27-35	6	15.0	6	14.3	p=0.927
Eğitim Düzeyi					
İlköğretim	9	22.5	12	28.6	X ² =0.540
Ortaöğretim	25	62.5	23	54.8	p=0.763
Yükseköğretim	6	15.0	7	16.6	
Çalışma Durumu					
Çalışmayan	34	85.0	42	100.0	-
Çalışan	6	15.0	-	-	-
Eş Eğitim Düzeyi					
İlköğretim	10	25.0	12	28.6	X ² =0.420
Ortaöğretim	18	45.0	20	47.6	p=0.810
Yükseköğretim	12	30.0	10	23.8	
Eş Mesleği					
Memur	8	20.0	5	11.9	X ² =1.226
İşçi	13	32.5	13	31.0	p=0.542
Serbest	19	47.5	24	57.1	
Gelir Düzeyi Algısı*					
Kötü	6	15.0	7	16.7	X ² =0.159
Orta	21	52.5	23	54.8	p=0.924
İyi	13	32.5	12	28.5	
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	26	65.0	25	59.5	X ² =0.261
Geniş Aile	14	35.0	17	40.5	p=0.609

*Araştırmacının

Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1’de verilmiştir. Buna göre; gebelerin yaş ortalamasının deney grubunda 23.22±3.46, kontrol grubunda ise 22.90±3.22 olduğu, deney grubundaki gebelerin %85’inin, kontrol grubundaki gebelerin

ise %85.7'sinin 19-26 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Gebelerin eğitim durumu incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %62.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %54.8'inin ortaöğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki gebelerin %85'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %100'ünün çalışmadığı belirlenmiştir.

Eş eğitim durumuna bakıldığında; deney grubundaki gebelerin %45'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %47.6'sının ortaöğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Her iki grupta eş meslek durumu incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin eşlerinin %47.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin ise %57.1'inin serbest çalıştığı bulunmuştur. Araştırmacıya göre gelir düzeyi incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %52.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %54.8'inin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Aile tipine bakıldığında; deney grubundaki gebelerin %65'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %59.5'inin çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Tablo 4.1 genel olarak incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ve grupların tanıtıcı özellikler bakımından homojen olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve Önemlilik
	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	
Gebelik Haftası	38-41	38.82±0.81	38-41	38.83±0.72	t=- 0.049 p= 0.961
Bimanuel Muayene Bulguları					
Dilatasyon (cm)	1-3	2.10±0.81	1-3	2.21±0.78	t= -0.650 p= 0.518
Efasman (%)	30-70	50.75±13.84	30-70	49.28±13.50	t= 0.485 p= 0.629
Başın seviyesi	-3-0	-1.55±0.90	-3-0	-1.80±0.91	t= 1.290 p= 0.201

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.2’de verilmiştir. Buna göre; gebelerin gebelik haftası 38-41 arasında değişmekle beraber deney grubundaki gebelerde 38.82 ± 0.81 , kontrol grubundaki gebelerde ise 38.83 ± 0.72 olduğu bulunmuştur. Gebelere uygulanan bimanuel muayenede serviksin dilatasyonu, efasmanı ve fetal başın seviyesi değerlendirilmiştir. Buna göre; gebelerde dilatasyon 1-3 cm arasında değişmekte olup, deney grubundaki gebelerde 2.10 ± 0.81 cm, kontrol grubundaki gebelerde ise 2.21 ± 0.78 cm olduğu saptanmıştır. Efasman durumu incelendiğinde; her iki grupta da efasmanın %30-70 arasında değiştiği, deney grubundaki gebelerde 50.75 ± 13.84 (%), kontrol grubundaki gebelerde ise 49.28 ± 13.50 (%) olduğu belirlenmiştir. Başın seviyesi de her iki grupta -3 ila 0 arasında değişmekte olup, deney grubundaki gebelerde -1.55 ± 0.90 , kontrol grubundaki gebelerde ise -1.80 ± 0.91 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda deney ve kontrol gruplarının obstetrik özellikleri arasındaki farkın önemli olmadığı ve grupların obstetrik özellikler bakımından homojen olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun 1. ve 2. Evre Sürelerinin Karşılaştırılması

Doğum Eyleminin Evreleri	Doğum Eyleminin Süresi (Dakika)				Test ve Önemlilik
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		
	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	
1. Evre					
Aktif Faz	30-260	128.75 ± 62.43	60-290	178.33 ± 57.86	t= -3.732 p= 0.000
Geçiş Fazı	15-240	82.25 ± 56.57	45-250	116.90 ± 43.72	t= -3.112 p= 0.003
Toplam Süre	45-420	211.00 ± 108.24	120-520	295.23 ± 95.47	t= -3.742 p= 0.000
2. Evre					
	3-15	6.77 ± 3.23	5-10	6.28 ± 1.78	t= 0.843 p= 0.402

Doğumun 1. ve 2. evresine göre deney ve kontrol grupları arasındaki eylem süresinin karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir. Eylemin 1. ve 2. evresi için verilen süreler dakika cinsinden verilmiş olup, partograf üzerinde hesap edilmiştir. Doğumun 1. evresinin aktif fazının süresinin, deney grubundaki gebelerde ortalama 128.75 ± 62.43 dakika olduğu, kontrol grubundaki gebelerde ise ortalama 178.33 ± 57.86 dakika olduğu saptanmıştır. Geçiş fazının süresinin deney grubundaki gebelerde ortalama 82.25 ± 56.57 dakika olduğu, kontrol grubundaki gebelerde ise ortalama 116.90 ± 43.72 dakika olduğu bulunmuştur. Doğumun 1. evresi için toplam sürenin deney grubundaki gebelerde ortalama 211.00 ± 108.24 dakika olduğu, kontrol grubundaki gebelerde ise ortalama 295.23 ± 95.47 dakika olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizlere göre deney ve kontrol grupları arasında doğum eyleminin 1. evresinin süresinde hem fazlara göre hem de toplam süre için gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p= 0.000$, $p=0.003$, $p= 0.000$).

Doğumun 2. evresinin süresi değerlendirildiğinde; deney grubundaki gebelerde sürenin ortalama 6.77 ± 3.23 dakika olduğu, kontrol grubundaki gebelerde ortalama 6.28 ± 1.78 dakika olduğu saptanmıştır. Doğum eyleminin 2. evresinin süresi açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p= 0.402$).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Ağrıyı Algılama Düzeylerinin Karşılaştırılması

GKÖ Uygulama Zamanı	Ağrıyı Algılama Düzeyi				Test ve Önemlilik
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		
	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	
1.Uygulama (Latent faz)	1-6	3.20 ± 1.39	1-6	3.59 ± 1.32	t= -1.313 p= 0.193
2.Uygulama (Aktif faz)	4-10	6.35 ± 1.64	5-10	7.50 ± 1.50	t= -3.312 p= 0.001
3.Uygulama (Geçiş fazı)	6-10	8.70 ± 1.30	7-10	9.42 ± 0.85	t= -3.000 p= 0.004

Latent fazda ağrıyı algılama puan ortalamasının deney grubundaki gebelerde 3.20 ± 1.39 , kontrol grubundaki gebelerde ise 3.59 ± 1.32 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p= 0.193$). Aktif fazda ağrıyı algılama düzeyi puan ortalamasının deney grubundaki gebelerde ortalama 6.35 ± 1.64 , kontrol grubundaki gebelerde ise ortalama 7.50 ± 1.50 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (**$p= 0.001$**). Geçiş fazında ağrıyı algılama düzeyi puan ortalamaları deney grubundaki gebelerde 8.70 ± 1.30 , kontrol grubundaki gebelerde ise 9.42 ± 0.85 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (**$p= 0.004$**).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, travayda gebelere uygulanan çömelme pozisyonunun doğum eyleminin süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Tarih boyunca kadınlar doğum eylemi esnasında birbirlerine destek olmuşlardır. Doğum eyleminde kadına verilen her türlü bakım doğum desteği olarak nitelendirilmiştir. Doğum desteği, doğum eylemindeki bakımın önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Doğum desteği fiziksel ya da duygusal olarak sağlanabilir. Alternatif ıkınma ve pozisyon değişikliğini de içeren ağrıyı azaltma tekniklerinin kullanımının sağlanması, doğum eylemindeki fiziksel destekleyici bakım girişimleri arasındadır. Tüm bu girişimler doğum eylemi esnasında, kadının kontrol duygusunu geliştirir ve ağrı ile baş edebilmesine yardımcı olur.^{71,78,79}

Travay sırasında annenin pozisyonu, uterus kasılmalarının etkinliğini, fetüsün durumunu, annenin rahatını ve travayın seyrini etkileyebilmektedir. Geçmişten bu yana kullanılan çeşitli pozisyonlar olmakla beraber, annenin pozisyon kullanımı; kültürel faktörlere, geçmiş deneyimlere, teknoloji ve tercihlere göre değişiklik gösterir.⁷⁷⁻⁸⁴ Travayın ilk döneminde genel olarak dikey pozisyonlar (ayakta durma, çömelme, oturma, diz çökme vs.) önerilmektedir. Bu pozisyonda iken karın ön duvarında gevşeme olmakta ve fetüs başı pelvis girimine yönelmektedir. En sık tercih edilen yöntemlerden biri olan çömelme pozisyonunda; simfisisin üst kısmı komprese olur ve alt kısmı hafif yukarıya doğru yer değiştirir. Sakrum arkaya doğru kayar, pelvis çıkımının transvers ve ön-arka çapında 0.5-2 cm kadar artış olur. Uylukların abdomene destek olması da fetal inişi hızlandırır. Bu bilgiler dahilinde çömelme pozisyonunun eylem süresini kısalttığı düşünülmüş ve bu araştırma yapılmıştır.⁸⁰

Araştırma sonucunda; deney ve kontrol grubundaki gebelerin 1. evre eylem

süreleri karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Buna göre eylemin aktif fazından itibaren çömelme pozisyonunu uygulayan deney grubundaki gebelerin 1. evre sürelerinin daha kısa olduğu fakat 2. evre süreleri arasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur. Doğum eyleminin 2. evre sürelerine bakıldığında aradaki farkın önemsiz olmasıyla beraber sürenin kontrol grubundaki gebelerde daha kısa olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin ise doğumu yaptıran ebeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü doğumlar ebeler tarafından sırayla yaptırılmaktadır. Ebenin deneyimli olması ve pratik hareket etmesinin doğum eyleminin ikinci evre süresini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte araştırma bulgusunu destekler nitelikte Lawrence ve ark. nın⁸⁸ yaptıkları sistematik bir derlemede de dikey ve yatay pozisyonların karşılaştırıldığı 21 çalışma değerlendirilmiş, dikey pozisyon kullananlarda eylemin 1. evre süresinin önemli derecede daha kısa olduğu fakat 2. evre süresinde gruplar arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir. Ragnar ve ark. çalışmasında da 271 primipar gebeye iki dikey pozisyon (oturma ve diz üstü) uygulatılıp, ikinci evre süreleri değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur.⁸⁹

Doğum eylemi, günümüzde bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Doğumun birinci evresindeki ağrı uterus kontraksiyonlarına ve serviksin dilatasyonuna bağlı olarak gelişir. 1. evrenin sonu ve 2. evrenin başında ise ağrı genellikle perinenin gerilmesinden kaynaklanır. Doğum ağrısı anneyi aşırı şekilde yoran, stres ve anksiyeteye neden olan bir durumdur. Eylem esnasında anneler dikkatlerinin büyük bir kısmını ağrıya odakladıkları için, doğum eylemini acı verici ve korku uyandırıcı bir durum olarak algılamaktadırlar. Korkunun gerilime ve gerilimin de ağrıya neden olması nedeniyle doğum eyleminde ağrıyı hafifletme yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır.^{90,91}

Yapılan çalışmalarda özellikle non-farmakolojik yöntemler kullanılarak gruplar arasında ağrı algılama düzeyi karşılaştırılmış ve sonuçların deney grubu lehine olduğu görülmüştür.^{12,18,55,57,91-106} Çömelme pozisyonunun doğum eyleminin süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma da doğum eylemi süresinin ve ağrı algılama düzeyinin (latent faz hariç) deney grubundaki gebelerde daha düşük olduğu bulunmuştur. Böylece H₁, H₂, H₅ ve H₆ hipotezleri reddedilmiş olup, **"Travayda çömelme pozisyonu uygulanması doğum eyleminin süresini kısaltır (H₃)"** ve **"Travayda çömelme pozisyonu uygulanması doğum eyleminde ağrıyı algılama düzeyini düşürür (H₄)"** hipotezleri doğrulanmıştır (Tablo 4.4). Deney ve kontrol grubundaki gebelerin latent fazda henüz uygulamaya başlanmaması nedeniyle ağrıyı algılama düzeylerinde önemli bir fark olmadığı düşünülmektedir.

Doğum ağrısı geçmişten günümüze kadınlar arasında hala ürkütücü ve rahatlatılması gereken bir durum olarak algılanmaktadır. Bu durum sezaryen doğum oranlarında ve analjezi kullanımında artışa neden olmaktadır. Fizyolojik olarak değerlendirilen doğum eyleminin doğala döndürülmesi için ağrıyla baş etme yöntemleri üzerine çalışmalar yapılmış ve yapılmaya devam etmektedir. Anne-bebek sağlığı üzerine etkileri kıyaslanarak non-farmakolojik yöntemlerin daha avantajlı olduğu düşünülmüş ve hem yurtiçi hem de yurtdışı çalışmalar bu yönde artmıştır. Yapılan çalışmaların ortak özelliği doğum eyleminin süresini kısaltmak, ağrıyı algılama düzeyini azaltmak, annenin doğum eylemindeki konforunu artırarak eylemin travmatik etkisini en aza indirmek ve anne memnuniyetini artırmaktır.^{12,18,55,57,91-106} Konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde; doğum eyleminde pozisyon kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu araştırma ile benzer olarak Berkiten'in¹² doğumun I. ve II. evresinde gebeye uygulatılan pozisyonların doğum sürecine etkisini araştırmak amacıyla yaptığı çalışmada uygulatılan pozisyondan memnun olma, ağrı

puanlan ile pozisyon memnuniyeti, doğumun I. evresindeki sırt ağrısı ve GKÖ puanlan ortalamaları, doğumdaki bazı davranışsal belirtiler, anne sütü ile beslemeye başlama süresi, doğum ve doğum sonu memnuniyet durumları arasında gruplar arasındaki farkın önemli olduğunu belirtilmiştir.

Çalık ve Kömürçü⁹²'nin SP6 noktasına akupunktur uygulayıp, doğum ağrısı ve süresi üzerine yaptıkları çalışmada, akupunkturun ağrıyı azaltma ve eylem süresini kısaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır.

Mucuk ve ark.⁹³'nin non-invazif elektroakupunkturun doğum ağrısı, adrenokortikotropik hormon ve kortizol üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada akupunktur grubundaki ağrı düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu fakat aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur.

Yıldırım ve Şahin⁹⁴'in, solunum ve deri uyarımının doğum ağrısı algısına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yöntemin ağrıyı algılama düzeyinde etkili olduğu bulunmuştur.

Simavli ve ark.⁹⁵'nin müziğin doğum ağrısı, anksiyete ve postpartum analjezi ihtiyacı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, müzik terapinin doğumun bütün evrelerinde ağrı ve anksiyete düzeyini azalttığı saptanmıştır.

Sever'in⁹⁶ doğum ağrısının azaltılmasında transkutanöz elektriksel sinir uyarımı uygulamasının etkinliğini değerlendirdiği çalışmada deney grubundaki gebelerin ağrıyı algılama düzeyinin ve doğum eylemi süresinin daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Karabulut'un⁹⁷ doğum eyleminde aromaterapinin etkilerini değerlendirdiği çalışmada, aromaterapinin kadının doğum ağrısını algılama, kaygı, anksiyete düzeyini ve doğum eyleminin süresini azalttığı bulunmuştur.

Hamlacı⁹⁸, LI4 noktasına uygulanan aküpresürün doğum eyleminde algılanan

ağrıya etkisini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada yöntemin ağrı algılama düzeyini azaltmada etkili olduğunu ve travay süresini kısalttığını saptamıştır.

İpek⁹⁹'in, doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada, yöntemin doğumun aktif faz süresini kısalttığı, doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki ağrı algısını azalttığı bulunmuştur.

Mucuk'un¹⁰⁰, LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, kullanılan yöntemin doğum ağrısı ve süresi üzerine olumlu etkisinin olduğu fakat istatistiksel olarak farkın önemli olmadığını saptamıştır.

Erenoğlu'nun¹⁰¹, ekspresif dokunmanın doğum ağrısı ve anne memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, ekspresif dokunmanın ağrı duyusu üzerinde olumlu etkileri olduğu, doğum ağrısını azalttığı ve anne memnuniyet düzeyini artırdığı bulunmuştur.

Yıldırım'ın⁵⁷ annelerin doğum eylemindeki bakım ve desteğe olan gereksinimleri ve çalışanların bu konudaki rolüne dikkati çekmek üzere doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısı algılamasına etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, latent fazda doğum eylemi ve non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında verilen eğitim ve desteğin, gebelerin doğum ağrısını daha az algıladıkları, doğuma daha iyi adapte oldukları ve daha doyurucu bir doğum deneyimi yaşadıklarını belirtmiştir.

Avcıbay'ın¹⁸, gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, deney grubundaki gebelere doğum eylemi, gevşeme ve solunum teknikleri hakkında eğitim verilmiştir. Sonuçta gebelerin kayđı düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür.

Yılar¹⁰², ayak refleksolojisinin doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada, kullanılan yöntemin doğum ağrısını azaltmaya ve eylemin II. evresinin süresini kısaltmaya olumlu etkisi olduğunu belirlemiştir.

Öztürk'ün¹⁰³, gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajının etkisinin incelediği çalışmada gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı bulunmuştur. Fakat buz uygulanan gebeler ağrılarının azaldığını sözel olarak ifade etmişlerdir.

Lee ve ark.¹⁰⁴'nin SP6 akupressürün doğum eyleminin süresi ve doğum ağrısı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada, bu yöntemin eylemin süresini kısaltmada ve ağrı düzeyini azaltmada etkin olan bir hemşirelik girişimi olduğu belirtilmiştir.

Gizzo ve ark.¹⁰⁵'nin doğum süreci bakımından (doğum şekli, yenidoğan sağlığı, intrapartum fetal rotasyon) alternatif ve rekümbent pozisyonları karşılaştırdıkları çalışmada, alternatif pozisyonların ağrı, operatif vaginal doğum, sezaryen doğum ve epizyotomi üzerine olumlu etkileri olduğu bulunmuştur.

Nilsen ve ark.¹⁰⁶'nin 2011'de farklı pozisyonların (yarı oturur, sol yan yatma ve litotomi) doğum ağrısı ve anne tutumuyla ilişkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, pozisyonlarla ağrı arasında bir ilişki olduğu fakat bu ilişkinin açıklanabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Travayda gebelere uygulanan çömelme pozisyonunun doğum eyleminin süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisini belirlemek amacıyla son-test kontrol gruplu deneysel olarak yapılan araştırma sonucunda;

- ✓ Deney ve kontrol grubu gebelerin kontrol değişkenleri arasında fark olmadığı ve grupların benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).
- ✓ Doğum eyleminin I. evresi içerisinde aktif ve geçiş fazlarının sürelerinin deney grubundaki gebelerde daha kısa olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (**$p=0.000$**).
- ✓ Doğum eyleminin II. evresinin süresinde deney ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).
- ✓ Latent faz hariç, aktif ve geçiş fazlarında ağrı algılama düzeyi puan ortalamalarının deney grubundaki gebelerde kontrol grubundaki gebelere göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (**$p=0.001$, $p=0.004$**).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Travay esnasında gebeler tarafından çömelme pozisyonunun aktif kullanımının sağlanması,
- ✓ Hastane yönetiminin doğumda aktif rol alan ebe/hemşirelere doğum eyleminde kullanılacak farklı pozisyonların önemi hakkında bilgi/egitim vermesi ve uygulamaya geçirilmesi,
- ✓ Doğum ağrısı yönetiminde non-farmakolojik yöntemlerin kullanımının artırılması ve tüm gebelere prenatal dönemde doğum ağrısı ve yönetimi hakkında eğitimlerin verilmesi,
- ✓ Araştırmanın çok merkezli olarak tekrar edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Edirne S. *Ağrı*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007: 30-106.
2. Kömürcü N, Ergin AB. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*,1.Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, 2008: 23-42.
3. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul, Nobel tıp kitapevi, 2012.
4. Rathfisch G, Güngör İ. *Doğum Eyleminde Ağrıyla Birliktelik*. İçinde: Beji NK (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 320-326.
5. Saydam BK. *Doğum Eylemi*. İçinde: Şirin A (editör). *Kadın Sağlığı*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008:646-663.
6. Ergin AB. *Doğum ve Doğumun Tarihçesi*. İçinde: Kömürcü N (editör). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013:11.
7. Arslan H. *Doğum Eylemi*. İçinde: Coşkun A. (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012:195-205.
8. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK, Gıstrap CL, Hauth CJ, Wenstrom DK. *Williams Doğum Bilgisi, Çeviri; Akman AC*. 21. Baskı, 1. Cilt, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2005, 253-363.
9. Pernol LM, Pernol B. *Obstetri Ve Jinekoloji El Kitabı, Çeviri Editörü Ayhan A, Bozdağ G. Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.*
10. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 13. Baskı*. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2016:325-362.
11. Yıldırım G, Hotun NŞ. *Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı*. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7:14-20.

12. Berkiten A. Doğumun I. ve II. Evresinde Gebeye Uygulatılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2005.
13. Demir SC, Balcıoğlu O, Atay Y, Evrücke C, Kadayıfçı O. Doğum anestezi ve analjezisi. *SDÜ Tıp Fakültesi*, 1998,5: 69-77.
14. Karaçam Z. Doğum sırasında kullanılan pozisyonların anne ve bebek sağlığına etkisi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001,5: 56-61.
15. Öztürk H. Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
16. Kocatepe K '9 Ay 10 Gün:Hamilelik Rehberi' Papatya Yayıncılık,2006
17. Leung RW, Li JF, Leung MK, Fung BK, Fung LC, Tai SM, Sing C, Leung WC. Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. *Hong Kong Med J*. 2013,19:393-399.
18. Avcıbay B. Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
19. Mazoni SR, Carvalho EC. Dor de parto: considerações históricas e conceituais. *Rev Dor*, 2008, 9:1176-1182.
20. Lowe KN. The nature of labor pain, *Am J Obstet Gynecol*. 2002, 186:16-24.
21. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Valentini E, Garassini A, Farcomeni A. Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: A comparison of nulliparous and multiparous women. *Int J Obstetric Anesthesia*,2010, 19:167–170.

22. Lothian JE. Safe, Healthy Birth: What every pregnant woman needs to know. *J Perinat Educ*, 2009, 18:48-54. <http://dx.doi.org/10.1624/105812409X461225>
10.02.2016.
23. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 2008, 6:7.
24. http://www.egebelik.net/dogumda_anestezi/dogum_ve_dogum_sonrasi_anestezi.asp
10.02.2016.
25. Özveren HU. Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2009, 1:59-72.
26. Simkin P, Bolding, A. Update on non pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *JMWH*, 2004, 49: 489-504.
27. Şenyurt H. Ağrı çekme pozisyonları. <http://www.dr-hsenyurt.com/travay-pozisyon.html> 12.12.2015.
28. Webanne doğum pozisyonları. http://www.webanne.com/dogum_pozisyonlari.html
12.12.2015.
29. Saymer DF, Özerdoğan N. Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2:143-147.
30. Coşar F. Doğumu kolaylaştıran pozisyonlar. *e- Sağlık Ebelik Dergisi*, 2015, 1: 44-51.
31. Karabulutlu Ö. Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan non-farmakolojik yöntemler. *Caucasion Journal of Science*, 2014, 1: 43-50.

32. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:160-172.
33. Sauls D. Adolescents' perception of support during labor. *Journal of Perinatal Education*, 2004, 13:36-42.
34. Waldenstrom U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 2006, 85:551-560.
35. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 2004, 31:17-26
36. Kızılkaya N. Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. *Perinatoloji Dergisi*, 1997, 5: 113-116.
37. Çalışkan E, Haberal A. Doğumu Oluşturan Kuvvetler. İçinde: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A(editörler). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1. Baskı. İstanbul, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2006:203-210.
38. Kadayıfçı O, Evrûke C, Ürünsak İF, Ünal EA. Doğum Fizyolojisi ve Vajinal Doğum. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2008:189-200.
39. Tanrıverdi HA, Usal D. Doğum Eylemi İndüksiyonu. İçinde: Çiçek MN, Mungan MT (editörler). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*, 1. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2007: 197-206.
40. Burroughs A, Leifer G. *Maternity Nursing*. 8th Edition. Chicago, Sounder Company, 2001: 89-130.

41. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Radcliff S. The nature and management of labor pain: Part I. nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 2003, 68: 1109-1112.
42. Günalp S. Normal doğum. İçinde: Günalp S, Tuncer S (editörler). *Kadın Hastalıkları ve Doğum*. 1. Baskı. Ankara, Feryal Matbaacılık, 2004:149-166.
43. Arıkan CD. Normal Doğum Eyleminin Klinik Seyri. İçinde: Eylem&Doğum, Demir C, Güleç KÜ (Çeviri editörleri). 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014:119-140.
44. Özkaya MO. Normal Doğum Mekanizması ve Tanımlar. İçinde: Köker İ(editör). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri*. 1. Baskı. Adana Nobel Tıp Kitabevi, 2006:345-362.
45. Arısan K. Propedötik. 2. Baskı, Nobel tıp Kitabevleri, 1997: 418-440.
46. Gate Control Theory. https://en.wikipedia.org/wiki/Gate_control_theory
09.04.2016
47. International Association for the Study of Pain. <http://www.iasp-pain.org/>
09.04.2016
48. Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5708f8e7234063.85743743 09.04.2016
49. Varassi G, Marinangeli F, Beltrutti D. Doğum Ağrısı ve Analjezisi. İçinde: Erdine S (Editör). *Ağrı*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Yayınevi, 2000:142.
50. Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, 8:117-123.
51. Ulutaş N. Ebelerin Doğum Eyleminde Non-farmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Uygulamaları Ve Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerin

- Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.
52. Uçan Ö, Ovayolu N. Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan non-farmakolojik yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2:123-133.
53. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs.*, 2003,4:54-61.
54. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *JMWH*, 2004, 49: 489-504.
55. Ersanlı C. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelerde Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: *Marmara Üniversitesi*, 2007.
56. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2007;4:409-417.
57. Yıldırım G. Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İ.Ü, 2001.
58. Kömürcü N, Gençalp NS. Geçmişten Günümüze Doğuma Yardım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt 5, Sayı:1, 2002.
59. Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Derg*, 2007, 17:181-186.
60. Caton D, Corry MP, Frigoletto FD, Hopkins DP, Lieberman E, Mayberry L, Rooks JP, Rosenfield A, Sakala C, Simkin P, Young D. The nature and management of labor pain: executive summary. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:1-15
61. Savona Ventura C. *Clinical Practice Guidelines For The Management of Labour and Delivery*. Department of Obstetrics and Gynaecology, Malta, 2011:12-20.

62. Özdamar D. Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler. İçinde: Kömürcü N (editör). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013:47-59.
63. Simkin P, O'Hara MA. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic review of five methods. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:131-159.
64. Brown ST, Douglas C, Flood LP. Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain reliefs methods used during labor. *JPE*, 2001,10;1-8.
65. Miltner RS. Identifying labor support actions of intrapartum nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2000;29:491-499.
66. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2008;37:106-115.
67. Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2011;19:45-53.
68. Miquelutti M A, José G C and Maria Y M. Developing strategies to be added to the protocol for antenatal care: An exercise and birth preparation program. *Clinics*. 2015;70:231-236.
69. Abdolahian S, Ghavi, F, Abdollahifard S, & Sheikhan, F. (). Effect of Dance Labor on the Management of Active Phase Labor Pain & Clients' Satisfaction: A Randomized Controlled Trial Study. *Global journal of health science*, 2014, 6:219.
70. Hodnett E. D, Stremler R, Willan A. R, Weston J, Lowe N. K, Simpson K. R, & Gafni A. Effect on Birth Outcomes of a Formalized Approach to Care in Hospital Labor Assessment Units: International, Randomized Controlled Trial. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2009;64:82-83.

71. Can H. Ö ve Saruhan A. Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008;2:18-37.
72. Dağlar G, Aydemir N. Vajinal doğum ağrısının azaltılmasına yönelik non-farmakolojik ebelik bakım uygulamaları. *Sted*, 2011;20:1-6.
73. Kortekaas J.C, Bruinsma A, Keulen J.K, Van Dillen J, Oudijk MA, Zwart JJ, Van Kaam AH. Effects of induction of labour versus expectant management in women with impending post-term pregnancies: the 41 week–42 week dilemma. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:350.
74. Guittier M. J, Othenin-Girard V, Irion O, & Boulvain M. Maternal positioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:83.
75. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği <http://nenehatundh.saglik.gov.tr/anasayfa.aspx>
01.07.2014.
76. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/haberler/946-2015-2_say%C4%B1%C4%B1-partograf-genelgesi_yay%C4%B1nlanm%C4%B1%C5%9Ft%C4%B1r.html
09.04.2016.
77. Arslan FE Postoperatif Ağrı Değerlendirmesinde Görsel Kıyaslama ve Basit Tanımlayıcı Ölçeklerin Duyarlılık ve Seçiciliklerinin Karşılaştırılması. Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Ankara, 1998: 35-36.
78. Chen CH, Wong SY, Chang MY. Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. *Birth*, 2001;28: 180–185.

79. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women 's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 2009, 25: 49-59.
80. Cengiz L, Semavi K. Travayın Seyri ve normal doğum. İçinde: Çiçek MN, Mungan MT (editörler). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. 1. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 2008: 149-160.
81. Gupta J, Hofmery G. Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, 5, CD002006.
82. Lavender T, Mlay R. The WHO Reproductive Health Library. Geneva: World Health Organization; 2006. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia: RHL commentary.
83. de Jonge A, Teunissen TAM, van Diem MT, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. Women's position during second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63:347–356
84. Roberts J, Hanson L. Best Practices in Second Stage Labor Care: Maternal Bearing Down and Positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007;52:238–245.
85. Allahbadia N, Vaidya P. Squatting position for delivery. *J Indian med assoc*. 1993;91:13–15.
86. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG*. 2007;114:1266–1272.
87. Benavides L, Wu JM, Hundley AF, Ivester TS, Visco AG. The impact of occiput posterior fetal head position on the risk of anal sphincter injury in forceps assisted vaginal deliveries. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:1702.
88. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr JG, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009,15,CD003934.

89. Ragnar IJ, Altman D, Tydén T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions--a randomised controlled trial. *BJOG*. 2006,113:165-170.
90. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity Women's Health Care. 7. Basım, Mosby Inc., London, 2000:432-433,466.
91. Üstünöz A, Güngör S. Antenatal eğitimin dünü ve bu günü. Kadayıfçı, O. (Ed.). Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2005,7-22 .
92. Çalık KY, Kömürçü N. Effects of SP6 Acupuncture Point Stimulation on Labor Pain and Duration of Labor. *Iran Red Crescent Med J*. 2014,5;16:1-7.
93. Mucuk S, Baser M, Ozkan T. Effects of noninvasive electroacupuncture on labor pain, adrenocorticotrophic hormone, and cortisol. *Altern Ther Health Med*. 2013,193:26-30.
94. Yildirim G1, Sahin NH. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Res Manag*. 2004,9:183-187.
95. Simavli S, Gumus I, Kaygusuz I, Yildirim M, Usluogullari B, Kafali H. Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. *Gynecol Obstet Invest*. 2014,78:244-250.
96. Sever N. Doğum ağrısının azaltılmasında transkütanöz elektriksel sinir uyarımı uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği. Doktora tezi, Ankara: GATA, 2011.
97. Karabulut H. Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.

98. Hamlacı Y. LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.
99. İpek A. Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.
100. Mucuk S, Baser M. Effects of noninvasive electroacupuncture on labour pain and duration. *J Clin Nurs.* 2014,23:1603-1610.
101. Erenoğlu R. Ekpressif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2013.
102. Yılar Z. Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.
103. Öztürk H. Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı Hemşireliği AD, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi , 2006.
104. Lee MK, Chang SB, Kang DH. Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med.* 2004,10:959-965.
105. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int.* 2014 :638093:1-8.

106. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MH. The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. *Rev Esc Enferm USP*. 2011,45:557-565.



EKLER

EK-I. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Zehra Demet ÜST
Doğum tarihi: 02.07.1986
Doğum Yeri: Horasan
Medeni Hali: Bekâr
Uyruğu: T.C.
Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü 25240 ERZURUM
Tel: 0442 236 09 83
Faks: 0442 236 09 84
E-mail: zehra.ust@hotmail.com
Eğitim
Lise: Atatürk Lisesi (2003)
Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2004-2008)
Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2009-2012)
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2008-2016)
Doktora: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2012-2016)
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta Derecede
Almanca: -
Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Ebeler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-II. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmacı tarafından “ Travayda gebelere uygulanan çömelme pozisyonunun doğum eyleminin süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisi” konulu araştırma hakkında tam olarak bilgi aldığımı beyan ederim. Bu uygulamanın herhangi bir olumsuz etkisi olmadığı, çalışmanın bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılacağı ve istediğim zaman araştırmadan çekilebileceğim tarafıma bildirildi.

Tarih:

Gebenin Adı-Soyadı:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

EK-III. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş.....
2. **Eğitim Durumu**
 - a) İlköğretim
 - b) Ortaöğretim
 - c) Yükseköğretim
3. **Çalışma Durumu**
 - a) Çalışmıyor
 - b) Çalışıyor
4. **Eş Eğitim Durumu**
 - a) İlköğretim
 - b) Ortaöğretim
 - c) Yükseköğretim
5. **Eş Mesleği**
 - a) Çalışmıyor
 - b) Memur
 - c) İşçi
 - d) Diğer
6. **Gelir Düzeyi Algısı (araştırmacının)**
 - a) Kötü
 - b) Orta
 - c) İyi
7. **Aile Tipi**
 - a) Çekirdek aile
 - b) Geniş aile
8. **Son Adet Tarihine Göre Gebelik Haftası.....**
9. **Bimanuel Muayene Bulguları**

Dilatasyon:f

Efesman:

Fetal Başın Seviyesi:

EK-IV. PARTOGRAF

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

Fetal Kalp Atım Hızı

Amniyon Sıvısı

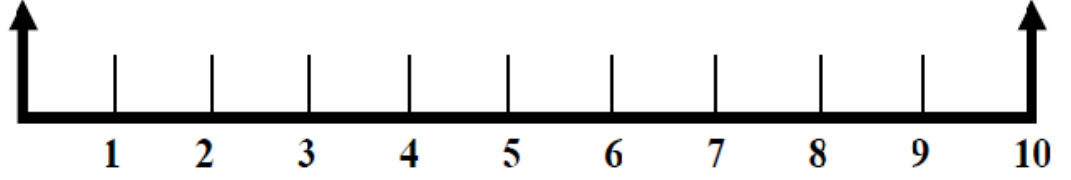
Serviks Açıklığı

Baş Seviyesi

Kontraksiyon Süresi

İzlem Yapanın Adı Soyadı: _____ Başlama Saati: _____
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı: _____ Başlama Saati: _____

EK-V. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ



EK-VI. ETİK KURUL ONAY FORMU



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU



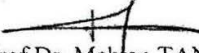
Sayı:3


Tarih:11.06.2015

Araştırmanın Adı: "Travaydaki Gebelere Uygulanan Çömelleme Pozisyonunun Doğum Eyleminin Süresine ve Ağrıyı Algılama Düzeyine Etkisi"


Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 11.06.2015 tarihinde yapılan toplantısında "Travaydaki Gebelere Uygulanan Çömelleme Pozisyonunun Doğum Eyleminin Süresine ve Ağrıyı Algılama Düzeyine Etkisi" konulu Prof.Dr.Türkan PASİNLİOĞLU ve Arş.Gör.Zehra Demet ÜST'ün çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Katılmadı


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-VII. HASTANE İZİN YAZISI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Erzurum İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 98003106-605/
Konu: Tez Çalışması

..

15037

30 Eylül 2015

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)
ERZURUM

İlgi :11/09/2015 tarihli ve 88179374-302.08.01-E.1500062368 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde gönderilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Zehra Demet ÜST'ün "Travaydaki Gebelere Uygulanan Çömelme Pozisyonunun Doğum Eyleminin Süresine ve Ağrıyı Algılama Düzeyine Etkisi" konulu çalışmasını sonuçların Kurumumuzla paylaşılması şartıyla, Genel Sekreterliğimize bağlı Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinde uygulayabilmeleri tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Remzi ARSLAN
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkani



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-300-E.1500065999
Konu : Tez Çalışması (Zehra Demet ÜST)

16.09.2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitüsü doktora öğrencisi Zehra Demet ÜST'ün "*Travaydaki Gebelere Uygulanan Çömelme Pozisyonunun Doğum Eyleminin Süresine ve Ağrıyı Algılama Düzeyine Etkisi*" konulu tez çalışmasının uygulaması ile ilgili Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden alınan 14.09.2015 tarih ve 45361945 -000-E.1500063721 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Ömer İrfan KÜFREVİOĞLU
Rektör Yardımcısı

Ek : 14.9.2015 tarihli 45361945 -000-E.1500063721 sayılı Belge

*Sayın Öğrenci Bey
İfoteli yazıya ve ekleri A.D. Başkanlığına
gönderilmesini rica ederim.
H.Ö.*

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 2311601
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#!birim=ogrenci-isleri-daire-baskanligi>

Bilgi: Hamdullah ACI
Faks: +90 442 2361026
E-Posta: odaire@atauni.edu.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
www.atauni.edu.tr adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu=5325D2C