

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANA BİLİM DALI**

**EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE NONFARMAKOLOJİK
AĞRI KONTROL YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN
UYGULAMALARI VE UYGULAMALARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
NİHAL ULUTAŞ**

2011

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANA BİLİM DALI**

**EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE NONFARMAKOLOJİK
AĞRI KONTROL YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN
UYGULAMALARI VE UYGULAMALARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
NİHAL ULUTAŞ**

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. MİNE BEKAR**

SİVAS – 2011

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu' nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE NONFARMAKOLOJİK AĞRI KONTROL YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN UYGULAMALARI VE UYGULAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Bu araştırma, ebelerin doğum eyleminde nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin uygulamaları ve uygulamalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Kayseri’de doğum yaptırılan hastanelerde çalışan 252 ebe oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri “Bilgilendirilmiş Onam Formu” ve “Soru Formu” kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiş olup, Khi-Kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda; ebelerin %48’i nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi almıştır. %48 oranla bilgi alan ebeler bu bilgileri %86,7 temel mesleki eğitim sırasında, %25 kendi araştırmaları, %4,7 kurslar, %3,1 hizmet içi eğitimler ve %2,3 çalıştıkları servisten öğrenmişlerdir.

Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi alma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=44,127$, $p<0,05$). Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=57,184$, $p<0,05$). Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=42,900$, $p<0,05$).

Ebelerin %71,4’ü doğum yapmıştır. Doğum yapan ebelerin (%71,4) %75,7’si doğumlarında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemi kullanmamışlardır. Ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=7,297$, $p<0,05$). Ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=3,938$, $p<0,05$).

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ebe, doğum ağrısı, nonfarmakolojik yöntemler, bilgi düzeyi

SUMMARY

MIDWIVES' APPLICATIONS CONCERNING METHODS OF NONPHARMACOLOGIC PAIN CONTROL AND DETERMINATION OF FACTORS AFFECTING THEIR APPLICATIONS

This research was made descriptive with the aim of determining midwives applications concerning nonpharmacologic methods of pain control and determination of factors affecting their applications. The sample of the research consists of 252 midwives working in maternity hospitals in Kayseri.

The data of the research was collected by using Informed Consent Form and Question Form. The data obtained from this research was analyzed with spss program and used khi-kare significance test.

As a result of evaluation of data %48 of midwives received information about nonpharmacologic methods of pain control. Midwives, informed compared to %48, got %86.7 of this informations during basic training, %25 their own research, %4,7 courses, %3.1 in service training and %2,3 during their working in service.

The difference between midwives educational status and their receiving information about the non pharmacologic methods of pain control is statistically significant ($\chi^2=44,127$, $p<0,05$). The difference between midwives educational status and their knowing nonpharmacologic methods of pain control was found statistically significant ($\chi^2=57,184$, $p<0,05$). The difference between midwives educational status and their applying nonpharmacologic methods of pain control was found statistically significant ($\chi^2=42,900$, $p<0,05$).

%71,4 of midwives gave birth. %75,7 of midwives who gave birth, did not use nonpharmacologic methods of pain control during their own birth the difference between the status of midwives, giving birth, and their knowing nonpharmacologic methods of pain control was found statistically significant ($\chi^2=7,297$, $p<0,05$). The difference between the status of midwives giving birth and their applying nonpharmacologic methods of pain control was found statistically significant ($\chi^2=3,938$, $p<0,05$).

Suggestions were made with the data obtained from this research.

KEY WORDS: Midwife, childbirth pain, nonpharmacologic methods, the level of knowledge

TEŞEKKÜR

Tez alıőmamın her aşamasında sabır ve desteği ile yanımda olan ok değerli hocam ve tez danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR' a

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimimde emeiği geçen tüm hocalarıma

Çalışmama onay veren Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve Erciyes Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine

Araştırmayı kabul eden ve katılma nezaketini gösteren tüm ebelere

Hayatımın her aşamasında beni sonsuz sevgileri ile destekleyen ve hiç yalnız bırakmayan aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY FORMU	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GRAFİKLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR ve SİMGELER	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1 Ağrı	8
2.1.1 Ağrının Sınıflandırılması	8
2.1.1.1 Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Ağrı	9
2.1.1.2 Süreye Göre Ağrının Sınıflandırılması	11
2.1.1.3 Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrının Sınıflandırılması	11
2.2 Doğum Eylemi	12
2.2.1 Doğum Eyleminin Evreleri	13
2.2.1.1 Doğum Eyleminin I. Evresi	13
2.2.1.2 Doğum Eyleminin II. Evresi	15
2.2.1.3 Doğum Eyleminin III. Evresi	16
2.2.1.4 Doğum Eyleminin IV. Evresi	17
2.2.2 Doğum Eyleminde Ağrı Teorileri	18
2.2.2.1 Kapı Kontrol Teorisi	18
2.2.2.2 Endorfin Teorileri	20
2.2.2.3 İnteraktif Ağrı Modeli	20
2.2.3 Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi	21
2.2.3.1 Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	21
2.2.3.2 McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)	22
2.2.4 Doğum Ağrısı ve Fizyolojisi	22

2.2.5 Doğum Ağrısının Özellikleri	23
2.2.6 Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler	24
2.2.6.1 Fizyolojik ve Çevresel Faktörler	24
2.2.6.2 Psikolojik Faktörler	25
2.2.7 Ağrıya Verilen Cevabı Etkileyen Faktörler	26
2.3 Doğum Eyleminde Ağrı Kontrol Yöntemleri	26
2.3.1 Farmakolojik Yöntemler	26
2.3.1.1 Lokal Anestezi	27
2.3.1.2 Regional Anestezi	27
2.3.1.2.1 Epidural Anestezi	28
2.3.1.2.2 Spinal Anestezi	28
2.3.1.2.3 Kombine Spinal – Epidural Anestezi	28
2.3.1.3 Genel (İnhalasyon) Anestezisi	29
2.3.1.4 Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)	29
2.3.2 Nonfarmakolojik Yöntemler	30
2.3.2.1 Derisel Ağrı Tedavisi Teknikleri	31
2.3.2.1.1 Efloraj ve Sakral Basınç	31
2.3.2.1.2 Yüzeysel Sıcak veya Soğuk Uygulamalar	32
2.3.2.1.3 Hidroterapi – Banyo	34
2.3.2.1.4 Dokunma ve Masaj	35
2.3.2.1.5 Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı (TENS)	38
2.3.2.1.6 İntradermal Steril Su Enjeksiyonu (ISW)	40
2.3.2.1.7 Bitkisel İlaçlar	41
2.3.2.1.8 Aromaterapi	42
2.3.2.1.9 Homeopati	43
2.3.2.1.10 Akupunktur	44
2.3.2.1.11 Akupressure (Shiatsu)	46
2.3.2.1.12 Refleksoloji	47
2.3.2.2 İşitsel/Görsel Teknikler	48
2.3.2.2.1 Odaklanma ve Dikkat Dağıtma	48
2.3.2.2.2 Doğuma Hazırlık Metodları	48
2.3.2.2.2.1 Dick – Read Metodu	48
2.3.2.2.2.2 Lamaze Metodu	49
2.3.2.2.2.3 Bradley Metodu	52

2.3.2.2.3 Solunum Teknikleri	52
2.3.2.2.4 Hipnoz (Sofroloji)	54
2.3.2.2.5 Biofeedback	55
2.3.2.2.6 Müzik	56
2.3.2.3 Bilişsel Süreçler	57
2.3.2.3.1 Doğum Öncesi Eğitim	57
2.3.2.3.2 Doğumda Destek Sistemleri	58
2.3.2.3.2.1 Doğum Ağrısında Eş/Partner Desteği	58
2.3.2.3.2.2 Aile Üyeleri ya da Doğum Yardımcısı Desteği	58
2.4 Doğum Ağrısının Giderilmesinde Ebenin Rolü	58
3. GEREÇ VE YÖNTEM	61
3.1 Araştırmanın Tipi	61
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	61
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	62
3.4 Veri Toplama Araçları	62
3.4.1 Veri Toplama Formunun Hazırlanması	62
3.4.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	63
3.4.3 Verilerin Değerlendirilmesi	63
4. BULGULAR	64
4.1 Demografik Özellikler	64
4.2 Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri	67
4.2.1 Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Bilme Durumu	71
4.2.2 Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulama Durumu	77
4.2.3 Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerin Durumu	83
5. TARTIŞMA	89
6. SONUÇ	96
7. ÖNERİLER	98
8. KAYNAKLAR	99
9. EKLER	105
EK – 1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	105
EK – 2 SORU FORMU	106
10. ÖZGEÇMİŞ	110

ŒEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Œekil 2.1: Yavaş – Derin Gögüs Solunumu	50
Œekil 2.2: Hızlı – Yüzeyel Gögüs Solunumu	51
Œekil 2.3: Üfleme Abdominal Solunum	52

TABLolar DİZİNİ**Sayfa No:**

Tablo 2.1: Doğum eylemi sırasında yaşanan ağrının özellikleri	24
Tablo 3.2.1: Hastaneler ve çalışan ebe sayıları	61
Tablo 4.1: Ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumları	68
Tablo 4.2: Ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları	69
Tablo 4.3: Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi alma durumları	72
Tablo 4.4: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinden bildikleri ve uyguladıkları yöntemlere ilişkin dağılımlar	79
Tablo 4.5: Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumları	80
Tablo 4.6: Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları	81
Tablo 4.7: Ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma sürelerine göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumu	81
Tablo 4.8: Ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma sürelerine göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları	82
Tablo 4.9: Ebelerin çalıştığı kuruma göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden personel yetersizliği durumu	84
Tablo 4.10: Ebelerin çalıştığı kuruma göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden zaman kısıtlılığı durumu	85
Tablo 4.11: Ebelerin çalıştığı kuruma göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden eğitim eksikliği durumu	86
Tablo 4.12: Ebelerin çalıştığı kuruma göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden hastane politikaları ya da rutinleri durumu	87

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 4.1: Ebelerin çalıştıkları kurumlara ilişkin dağılımları	64
Grafik 4.2: Ebelerin yaşlarına ilişkin dağılımları	65
Grafik 4.3: Ebelerin öğrenim durumlarına ilişkin dağılımları	65
Grafik 4.4: Ebelerin mezun oldukları unvana ilişkin dağılımları	66
Grafik 4.5: Ebelerin ebelik mesleğinde çalışma sürelerine ilişkin dağılımları	66
Grafik 4.6: Ebelerin buldukları hastanede çalışma sürelerine ilişkin dağılımları	67
Grafik 4.7: Ebelerin doğum yapma durumlarına ilişkin dağılımları	68
Grafik 4.8: Ebelerin doğumlarında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini kullanmalarına ilişkin dağılımları	70
Grafik 4.9: Ebelerin doğumlarında kullandıkları nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin dağılımları	71
Grafik 4.10: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda aldıkları bilgiye ilişkin dağılım	72
Grafik 4.11: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda aldıkları bilginin kaynağına ilişkin dağılımları	73
Grafik 4.12: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına katılmaları ile ilgili dağılım	74
Grafik 4.13: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına kaç kez katıldıkları ile ilgili dağılım	74
Grafik 4.14: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına ne zaman katıldıkları ile ilgili dağılım	75
Grafik 4.15: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin katıldıkları kurs veya hizmet içi eğitim programının ne kadar sürdüğü ile ilgili dağılım	76
Grafik 4.16: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin eğitim sırasında uygulama yapmaları ile ilgili dağılım	76
Grafik 4.17: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin eğitim sonrası aldıkları sertifika ile ilgili dağılım	77
Grafik 4.18: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini hastanede uygulamalarına ilişkin dağılım	78
Grafik 4.19: Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlere ilişkin dağılım	83

KISALTMALAR ve SİMGELER

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
GKÖ : Görsel Kıyaslama Ölçeği
HKA : Hasta Kontrollü Analjezi
IASP : International Association for the Study of Pain
KKT : Kapı Kontrol Teorisi
MSS : Merkezi Sinir Sistemi
TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
WHO : World Health Organization
> : Büyüktür
< : Küçüktür
= : Eşittir

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Bir toplumun uygarlık düzeyi o toplumun kadına verdiği değerle ilişkilidir. Kadınlar ailenin sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesinde hayati rol oynamakta ve tüm kültürlerde ailenin sağlığından sorumlu, bakım vericisi olarak kabul edilmektedirler. Kadınların yaşam kalitelerindeki düşüklük, onların toplumdaki statüleri ile doğrudan ilgilidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Dünya Sağlık Raporu'nda insanın yaşam dönemlerinin her biri için öncelikli müdahale alanları belirlemekle birlikte kadınların sağlık durumlarına özel bir önem verilmiş ve insanlığın 21. yüzyıldaki sağlıkla ilgili geleceğinin büyük ölçüde, kadınların sağlığının ciddi olarak ele alınmasına bağlı olduğunu vurgulamıştır (Altıparmak ve Koca, 2009; Şirin, 2008; Taşkın, 2005; www.ttb.org.tr).

Kadın sağlığı; aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Kadınların özel sağlık gereksinimleri geniş ölçüde doğurganlıkları ile ilgilidir. Kadının doğurganlığı kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için büyük bir stres oluşturur. Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi kadının yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek de mümkündür. Özellikle ilk gebeliğinde kadın, tanımlayamadığı birçok duyguyu bir arada yaşarken doğum anında karşılaşılabileceği olayları tahmin edememektedir (Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Şahin vd., 2009; Taşkın, 2005; www.ksgm.gov.tr). Kadınlar gebelikteki çeşitli fizyolojik değişkenler altında doğum ve anneliğe hazırlanırlar. Anne hem fiziksel hem de duygusal değişiklikler yaşar. Doğum, yaşam mucizesinde önemli, kadın ve ailesi için çok özel bir deneyimdir. Üreme sürecinin en heyecanlı bölümüdür. Kadının bu dönemdeki memnuniyeti, kadının kendi sağlığı, bebeğinin sağlığı ve olumlu aile ilişkileri açısından da son derece önemlidir. Çünkü annenin doğum olayının olumlu veya olumsuz algılanış şeklini biçimlendiren ve anneye temel bakım hizmeti veren kişi ebedir. Bu nedenle anneye verilecek bakım onun bireysel gereksinimlerine yönelik ve bunları karşılayacak nitelikte olmalıdır. (Dağlar ve Güler, 2004; Fraser and Cooper,

2003; Güngör, 2009; Kızılkaya, 1997; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Doğum sadece anneyi ve aileyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyen bir olay değil, doğuma yardımcı ekip üyeleri için de başlı başına bir deneyimdir (Öztürk ve Saruhan, 2008; Tournaire and Yonneau, 2007). Hem evrensel bir fenomen hem de bireysel bir deneyim olan doğum eylemi süresince meydana gelen fizyolojik değişimler anne ve bebek açısından birçok adaptasyon gerektirir. Ebe tarafından doğumun fizyolojik ve psikolojik etkilerinin bilinmesi ve yapılacak uygulamaların dikkatli bir şekilde planlanması, eylemin anne ve fetus için rahat, güvenli ve sağlıklı bir hale gelmesini sağlayacaktır (Güvenç, 2004). Günümüzde kadın rolündeki değişimler, doğum esnasında geçmişte girilen pasif ve bağımlı hasta rolü yerine eyleme aktif katkıda bulunma isteğini ortaya çıkarmış böylece kadın doğumla ilgili karar verme, ağrı kontrolünü isteme ya da reddetme, doğal yöntemleri seçme konularında daha bağımsız hareket etmeye başlamıştır (Kömürcü ve Gençalp, 2002). Bu nedenle ebe doğum ağrısıyla baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri, etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin şekilde uygulanmasında anneye yardımcı olmalıdır (Yıldırım ve Şahin, 2003).

Doğum tercihi, kadına verilecek destek ve bilgilendirme sayesinde daha sağlıklı ve doğru olacaktır. Bu bilgilendirme ve desteği sağlamakta ebelere çok önemli roller düşmektedir. Bu rolün gereği olarak ebe, kadının karar sürecini etkileyebilecek faktörleri sağlıklı bir şekilde değerlendirerek gebelik boyunca doğum için hazırlanmasını sağlamalıdır. Günümüzde doğuma ilişkin temel yaklaşım, doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir. WHO (World Health Organization) yayınladığı kanıta dayalı 6 uygulamanın doğumu yöneten sağlık profesyonelleri için kılavuz olması; sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleştirilebileceğini ifade etmiştir. İfade edilen bu öneriler:

1. Doğum kendi başlamalıdır.
2. Doğum boyunca hareket özgürlüğü olmalıdır.
3. Doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
4. Gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır.
5. Doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.

6. Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır (Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Literatürde farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki ana başlıkta incelenen doğum ağrı kontrol yöntemleri için basitlik, güvenilirlik ve fetal hemostazın korunması özellikleri aranmaktadır (Brown et al., 2001; Cunningham et al. çev. Akman, 2005; Erdine, 2000; Mamuk ve Davas, 2010; Simkin and Bolding; 2004). Farmakolojik yöntemler uygulanarak yaptırılan sezaryenle doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir obstetrik girişim olmakla birlikte, diğer majör cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağlı birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psiko-sosyal sorunları ve komplikasyonları beraberinde getirmektedir (Hotun N, 2009). Normal doğumlarla karşılaştırıldığında sezaryen doğuma bağlı maternal morbidite ve mortalite oranlarının 4-7 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Güney ve ark., 2006; Hotun N, 2009). Aynı zamanda kanama, infeksiyon, komşu organ yaralanmaları, tromboembolik durumlar ve anesteziye bağlı komplikasyonlar; zor havayolu, gastrik regürjitasyon ve pulmoner aspirasyona bağlı postoperatif artmış solunumsal komplikasyonlar ve buna bağlı artmış mortalite ve morbidite ile erken postoperatif artmış bulantı-kusma ayrıca yöntemle ilgili olarak postoperatif baş ağrısı, sırt ağrısı ve hipotansiyon en sık belirtilen sorunlardır (Hotun N, 2009; Yavaşcaoğlu B ve ark. 2009). Pınar ve ark. (2009) sezaryen ile doğum yapanlarda doğum sonu dönemde annelerin; ameliyat bölgesinde ağrı, ayağa kalkmada güçlük, gaz çıkaramama, emzirememe, bebek bakımına yönelik bilgi eksikliği, bulantı-kusma, kişisel hijyenini yerine getirememe gibi sorunlar yaşadığını ve sorun yaşama düzeyinin normal doğum yapanlara oranla daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hem doğum sonu dönemin, hem de geçirilmiş operasyonun neden olduğu sıkıntıları bir arada yaşayan annenin yeni doğan bakımında daha fazla sorun yaşayacağı ve anne-yeni doğan iletişiminin geç başlayacağı kaçınılmaz bir gerçektir (Pınar ve ark., 2009). Son yıllarda yapılan çalışmalar doğumdan sonra anne ve bebeğin bir arada kalmasının en iyisi olduğunu göstermiştir (Crenshaw, 2009). Doğum sonu dönemde annenin iyileşmesinde ve tüm rol ve fonksiyonlarını yerine getirebilmesinde gecikme, daha uzun süre hastanede kalma zorunluluğu ve artan tıbbi bakım maliyeti sezaryen doğumun belirtilen diğer dezavantajlı yönlerindedir (Hotun N, 2009). Vajinal doğuma kıyasla sezaryen operasyonlarına %50 daha fazla para harcanmaktadır (Güney ve ark., 2006; Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Sağlık Bakanlığı 2010 yılında “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi” yayınlamıştır. Bu genelge

de Türkiye’de 2008 TNSA’a göre % 36,7 olan sezaryen oranının, son doğum verilerine bakıldığında artış gösterdiğini, mevcut oranın gelişmiş ülkelerin oranlarının, Dünya Sağlık Örgütü önerilerinin (%5–15) ve Bakanlığın hedeflerinin üzerinde olduğunu belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı anne ve bebek sağlığını korumak amacıyla ülke genelindeki tüm hastanelerde sezaryen endikasyonlarını izlem çalışmalarını devam ettirdiğini bildirmiştir (Linton, Peterson & Williams, 2004).

Yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlayan nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajlara sahiptir. Nonfarmakolojik yöntemler, anne-fetüs açısından zararsızdır ve kişinin kendi kontrol ve uygulamasına bağlıdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz ve yan etki ya da alerji riskleri yoktur. Nonfarmakolojik metot hem alternatiftir hem de ilave ilaçlar kullanılabilir. Son yıllarda yapılan bazı çalışmalara göre doğum ağrısı veya analjezisi annenin doğumdan duyacağı memnuniyeti fazla etkilememektedir. Bununla birlikte anne memnuniyeti; doğumda destek alma durumu, bu desteği sağlayan kişinin yaklaşımı, geçmiş deneyimler ayrıca annenin karar alma ve bu kararları uygulayabilme durumuyla yakından ilişkilidir. Nonfarmakolojik yöntemler işte bu dört faktörü destekleyerek annelerin doğumdan duyacağı memnuniyeti arttırmaktadır. Ancak, nonfarmakolojik yöntemlerin bazı sınırlılıkları vardır. Kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada başarılı olamadıkları görülmüştür (Mamuk ve Davas, 2010; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003). Nonfarmakolojik yöntemler derisel ağrı tedavisi teknikleri, işitsel/görsel teknikler ve bilişsel süreçler olarak sınıflandırılabilir (Phillips, 2003).

Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri bakımın güçlü pozitif etkilerini göstermesine rağmen, ebelerin bu tip bakım vermelerini önleyen birçok engel vardır. Bunlar personel yetersizliği, zaman kısıtlılığı, eğitim eksikliği, teknolojik bakımı ön planda tutan hastane politikaları ya da rutinleri ve yönetimin etkisi vb. olarak özetlenebilir. (Hodnett ED et al., 2002; Güvenç, 2004). Dünya Sağlık Örgütü, 2010 Dünya Sağlık Raporunda; Türkiye’de 144 229 sağlık personeli (ebe ve hemşire) olduğunu ve 10 000 nüfus başına 19 sağlık personelinin baktığını belirtmiştir (www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html). Ayrıca Sağlık Bakanlığının 2010 – 2011 yılı Hizmet İçi Eğitim Planı incelendiğinde doğum ağrısına yönelik herhangi bir

eğitim konusu olmadığı dikkati çekmektedir (segm@sağlık.gov.tr). Bu veriler Türkiye’de personel yetersizliği ve eğitim eksikliğinin varlığını desteklemektedir.

Toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.16 doğum olup doğurganlık yenilenme düzeyinin (2.10) hemen üzerinde olan bu hız Türkiye’de doğurganlık dönüşümünün yavaş fakat kesintisiz olarak devam ettiğini göstermektedir (TNSA, 2008). 2010 Dünya Sağlık Raporuna göre 2000–2008 yılları arasında yapılan doğumların %83’ü sağlık personeli tarafından yaptırılmıştır (www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html). TNSA verilerinden ve WHO raporundan yola çıkarak doğuma yardımcı olan sağlık profesyonelleri, öncelikle de ebeler kadınların kendi vücutları ile ilgili bilgeliğine güvenip, kadının bunu fark etmesine yardımcı olacak ortamları hazırlamalı ve bu bilgelikle her doğumun kendine özgülüğü içinde değer görmesini sağlamalıdır (Christianes et al., 2010; Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Ağrı kontrolünde ebelerin vazgeçilmezliğinin bilinmesine karşın; ağrı tedavisine ilişkin çalışma sonuçları, klinik gözlemler ve hastaların ağrı yakınmalarına dayanarak bugün için ebelerin de diğer sağlık görevlileri gibi ağrıya ilişkin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları görülmektedir. Dünya ve ölkemizde tıbbi literatür ve ders kitapları incelendiğinde yakın zamana kadar ağrıya ya hiç ya da çok az yer verildiği, tıp ve ebelik müfredatlarında ağrı kontrolüne ilişkin bir dersin bulunmadığı görülmektedir. Ağrı kontrolüne yaklaşımda bilginin önemi yanı sıra sağlık profesyonellerinin kültürel alt yapıları ve kendi ağrı deneyimleri de etkili olabilmektedir (Eti-Aslan ve Badır, 2005). Kişiler, kendi öğrendikleri ağrı tepkileri dışında kalanları mantıksız, anormal olarak nitelermeye eğilimlidirler. Hastanın, hekimin ve ebenin inanışları, ağrı yönetimi ile ilgili klinik karar vermeyi etkileyen önemli etmenlerdir. Ağrının giderilmesinde en önemli adım, ağrının sağlık ekibi ve hasta tarafından aynı yorumlanmasıdır (Bağatlı ve Eşer, 2010; Güneş vd., 2005). Doktor ve hasta arasında koordinasyonu sağlayan ebeler hastanın ağrı ve konforunu yakından izleyen kişilerdir. Ebelerin bu rolü yerine getirmede gerekli bilgi, davranış ve yeteneklere sahip olup olmadığı konusunda ise soru işaretleri bulunmaktadır (Rond et al., 2000). Bu nedenle ebelere verilen hizmet içi eğitim programı konuları içinde ağrı, ağrı kontrolü ve ilaç dışı ağrı geçirme yöntemlerine de yer verilmeli ve tecrübeli ebelerin bilgi birikimi ve deneyimlerden faydalanılmalı, ebelerin lisans eğitim programlarında ağrı ve yönetimi konusuna daha fazla önem verilmeli ve yönetici ebelerin, bakım verilen hastaların sorumluluğunu alan

ebelerden konforun sağlanması konusunda değerlendirme yapmaları beklenmelidir (Çöçelli vd., 2008; Özer vd., 2006).

Günümüzde doğum ağrısının bilgisizlik, korku, endişe ve destek yokluğuyla daha da şiddetlendiği netlik kazanmıştır. Ülkemizdeki kadınların doğuma yeterince hazırlanmadıkları ve doğumda ağrıya yönelik yeterli bakım ve desteği bulamadıkları gerçeği göz önüne alındığında, doğumun ülkemizdeki kadınlar için ne kadar zor bir sürece dönüştüğünü daha iyi anlayabiliriz. Bu nedenle temel amacı anneyi fiziksel ve psikolojik açıdan desteklemek olan bu yöntemlerin doğumhanelerimizde de uygulanması ve konuya yönelik bilimsel çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir (Mamuk ve Davas, 2010).

Bu çalışma ile ebelerin nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini uygulama durumları ve uygulamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Uygulamalarda belirlenen hatalar ile eksikliklerin, uygulamalarını etkileyen faktörlerin hizmet sunumu açısından önemli olması ayrıca ebelerin uygulayıcı, eğitici, araştırmacı ve rahat ettirici rollerini yerine getirirken bilimsel bilgi ve donanımlarının bu yönde yeterli olup olmadığının değerlendirilmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu alışma, Kayseri İl sınırları içinde doğum yaptırılan hastanelerde çalışan ebelerin doğum eyleminde nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin uygulamaları ve uygulamalarını etkileyen faktörleri belirlenmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ağrı

Ağrı, her bireyin hayatı boyunca çok karşılaştığı subjektif bir deneyimdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP)' ne göre ağrının tanımı; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası doku hasarı ile birlikte bulunan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel bir duyum ve davranış şeklidir (Çöçelli vd., 2008; Erdine, 2000; Uyar 2011).

Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoşla gitmeyen yapıda olduğundan her zaman öznelir. Bu nedenledir ki, ağrı dediğimiz deneyimi değerlendirirken fiziksel boyutunun yanı sıra özneliği de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda bireyin ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda ağrıyı algılama, bireyin çevresi, cinsiyeti, kültürü, eğitimi ve deneyimleri gibi pek çok emosyonel ve davranışsal faktörden etkilenecek ve tepkiler bireyden bireye değişecektir. Ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması bireyi tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (Ay ve Alpar, 2010; Babacan, 2011; Billington and Stevenson, 2007; Eti-Aslan, 2002).

Etkili ağrı yönetimi; ağrı tanınması ve yönetiminde önemli bir role sahip olan ebeler için de önemli bir sorundur (Özer vd., 2006). Ağrı kontrolünde ebelerin vazgeçilmezliğinin bilinmesine karşın; ağrı tedavisine ilişkin çalışma sonuçları, klinik gözlemlerimiz ve hastaların ağrı yakınmalarına dayanarak ebelerin ağrıya ilişkin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları görülmektedir (Eti-Aslan ve Badır, 2005; Rond et al, 2000). Ayrıca bireyi hekime getiren nedenlerin başında gelen ve insan yaşamında çok önemli olumsuz etkileri olabilen ağrının ortak bir dil ile ölçülebilmesi, ağrı ve ağrı tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi açısından önemlidir (Güneş vd., 2005).

2.1.1 Ağrının Sınıflandırılması

Çok boyutlu bir kavram olan ağrı farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Sık kullanılan bir ağrı sınıflamasında ağrının başlama süresi, mekanizması ve

kaynaklandığı bölge dikkate alınmaktadır (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Çöçelli vd., 2008; Öztürk, 2006).

2.1.1.1 Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Ağrı

a. Nosisseptif Ağrı: Nosisseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından ağrı olarak algılanan uyarılar, nosisseptörlerce algılanır. Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan bu özelleşmiş ağrı reseptörleri tarafından algılanıp, santral sinir sistemine iletdikten sonra ağrı olarak hissedilen ağrı tipidir (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Düzel, 2008; Gürler, 2007; Yıldızeli, 2008; Uyar, 2011).

Nosisseptif ağrı da somatik ve visseral ağrı olarak iki alt gruba ayrılır. Bu ikisi arasındaki temel farklılık somatik ağrının duysal liflerle, visseral ağrının ise sempatik liflerle taşınmasıdır. **Somatik ağrı** ani başlayan, keskin, daha yoğun tarzdadır; **visseral ağrı** ise yaygın, lokalizasyonu zor tarif edilebilen bir ağrı olduğundan değerlendirilmesi daha güçtür. Organların ani gerilmesi, aşırı kasılmalar, kan akımının azalması nedenleri arasında sayılabilir (Avcıbay, 2009; Gürler, 2007; Yıldızeli, 2008).

b. Nöropatik Ağrı: Nöropatik ağrı, IASP tarafından “sinir sistemindeki primer bir lezyon ya da disfonksiyon sonucunda ortaya çıkan ağrı” şeklinde tanımlanmaktadır. Merkezi ya da periferel sinir sisteminin hasar görmesi sonucunda ortaya çıkan süregelen ağrıdır. (Avcıbay, 2009; Gürler, 2007; Yıldızeli, 2008; Uyar, 2011).

Nöropatik ağrı, duysal bozukluğun olduğu bölgede algılanır. Aralıklı, kısa süreli, batıcı, yanıcı, zonklayıcı, delici, saplanıcı bir ağrıdır. Normalde ağrılı olmayan uyarılar da sinir dokusunun hassaslaşmasına bağlı olarak ağrıya yol açar. Tekrarlayan uyarılar ağrının daha fazla artmasına yol açar. Ağrı o anda doku harabiyeti oluşturan patolojinin devam etmemesine rağmen mevcuttur. Hoş olmayan uyuşukluk hissi, yanma, elektrik çarpması, karıncalanma, keçeleşme gibi hisler mevcuttur. Ağrı, tahribata neden olan olaydan hemen sonra değil, daha sonra ortaya çıkabilir (Düzel, 2008; Tan, 2011).

Nosiseptif ağrıdan en belirgin farkı, nosiseptif uyarının sürekli olmasıdır. Ağrı spontan olarak ortaya çıkabilir. Ağrı eşiği düştüğü için normalde ağrısız olan uyarı ağrı yapabilir (allodini). Uyarıya yanıt hem sürekli hem de amplitüd bakımından abartılı olabilir (hiperaljezi). Nöropatik ağrı opioid ilaçlara ve nörolitik işlemlere nosiseptif ağrıdan daha az yanıt verir (Avcıbay, 2009; Babacan, 2011; Bacaksız, 2007; Gürler, 2007; Yıldızeli, 2008).

c. Deafferantasyon Ağrı: Periferik veya merkezi sinir sistemindeki (MSS) lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyarıların MSS'deki iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Fantom ağrısı deafferentasyon ağrılarında örnek olarak verilebilir. Uyarı önce omuriliğe daha sonra merkez sinir sistemine iletilirken iletim sinir travmasına bağlı olarak kesilmiştir. Bir anlamda sinirin elektriksel deşarjında kısa devreler meydana gelmekte ve bu kısa devreler başlı başına bir odak olarak ağrıya yol açmaktadır. Yanıcı özelliğindedir, duysal kaybın olduğu bölgededir. İlk bir kaç ay içerisinde tedavi edilmediği takdirde çok uzun süreli ve geçmeyen inatçı ağrılara yol açabilir. Her lezyon sonrasında da görülmez (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Düzel, 2008; Gürler, 2007; Yıldızeli, 2008).

d. Reaktif Ağrı: Vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkar. Vücut kaslarının değişik bölgelerinde tetik noktası adını verdiğimiz noktalar vardır. Bu noktaların uyarılması ile yansıyan ağrılar ortaya çıkar. Hastada bu noktalara basıldığı takdirde sıçrama olayı meydana gelir. Halk arasında kulunç olarak bilinen miyofasyal ağrı sendromları reaktif ağrıya örnek olarak verilebilir (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Düzel, 2008; Gürler, 2007; Yıldızeli, 2008).

e. Psikojenik Ağrı: Ağrıya sebep olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur. Ağrıyı açıklayacak organik bir lezyon ya da patolojik bir durum yoktur ya da var olan lezyon/durum, ağrının şiddetiyle örtüşmemekte, aşırı şiddeti açıklayamamaktadır. Hastanın psişik ya da psikososyal sorunlarını ağrı biçiminde ifade etmesidir şeklinde de tanımlanabilir (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Gürler, 2007; Yıldızeli, 2008; Uyar, 2011).

2.1.1.2 Süreye Göre Ağrının Sınıflandırılması

a. Akut Ağrı: Neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın ilişki vardır. Ani olarak doku hasarı ile başlayan, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklindedir. Daima nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösterir. Bu bakımdan akut ağrı; bir sendrom, bir hastalık değil, bir semptomdur. Akut ağrı, 30 günden kısa süren ve genellikle teröpatik müdahale gerektirmeyen niteliktedir. Üzerinden 3 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özellikleri gösterir (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Düzel, 2008; Gürler, 2007; Öztürk, 2006; Sarıyıldız, 2006; Yıldızeli, 2008).

b. Kronik Ağrı: Çoğu kez nosiseptif nitelikte olup uyarıcı işlevi geçtikten sonra, kişinin hayat kalitesini değiştiren, kişileri anormal davranışlara yönelten, psikolojik etkenlerin rol oynadığı kompleks bir tablodur. Kronik ağrı fizyolojik değişiklikler ile ağrı arasındaki ilişki azalarak psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler ön plana çıkar. Kronik ağrılı hastada, dokuda tahribat oluşturan hastalıklar, fonksiyonel somatik faktörler, sinir harabiyeti oluşturan hastalıklar, psikiyatrik faktörler, kişilik ve davranış faktörleri gibi çok çeşitli etiyolojik faktörler rol oynayabilir. Kronik ağrı için süre genellikle 3–6 ay olarak kabul edilir (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Gürler, 2007; Öztürk, 2006; Sarıyıldız, 2006; Yıldızeli, 2008;).

2.1.1.3 Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrının Sınıflandırılması

a. Somatik Ağrı: Daha çok somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edilir, batma, sızlama, zonklama tarzındadır. Sinirlerin yayılım bölgesinde algılanır. Genellikle travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrı somatik ağrı olarak isimlendirilir (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Düzel, 2008; Işık, 2011; Öztürk, 2006; Yıldızeli, 2008; Uyar, 2011).

b. Visseral Ağrı: Visseral sempatik sinirler omuriliğin içinden başka bölgelere doğru yayılır. Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanan ağrılardır. İç organların tümü ağrıya karşı her zaman hassas değildir. Visseral ağrılar, genellikle künttür, yavaş artar, kolay lokalize edilemez, rahatsızlık vericidir, bulantı ve otonom semptomlarla beraberdir. Aynı biçimde her organa özgü deri bölgelerinde hipersensitivite (aşırı

hassasiyet) vardır (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Billington and Stevenson, 2007; Düzel, 2008; Işık, 2011; Yıldızeli, 2008; Öztürk, 2006; Uyar, 2011).

c. Sempatik Ağrı: Sempatik kökenli ağrılar sempatik sinir sisteminin devreye girdiği/tutulduğu ağrılardır. Sempatik kökenli ağrılar diğer ağrılara göre daha farklı özellikler taşır. Deri hassas ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artar. Sempatik ağrılarının en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Ağrı özellikle geceleri artar. Ağrının yanı sıra ekstremitelerde trofik bozukluklar ortaya çıkar. Damarlardan kaynaklanan ağrılar, kozalji dediğimiz yanma tarzındaki ağrılar, sempatik ağrılara örnek olarak verilebilir (Avcıbay, 2009; Bacaksız, 2007; Düzel, 2008; Öztürk, 2006).

d. Periferik Ağrı: Kaslar, tendonlar veya direk periferik sinirlerin kendinden köken alabilir. Periferik sinir sisteminde postherpetik nevralji, diabette görülen ağrılı nöropatiler gibi inatçı ağrılı durumlardan sorumlu bir lezyon olduğu durumlardır (Avcıbay, 2009).

2.2 Doğum Eylemi

Doğum tıbbi olarak düzenli, sıklığı, süresi ve şiddeti giderek artan rahatsız edici-sancılı uterus kontraksiyonlarının etkisiyle, serviksin incelmeye (efesman) ve genişlemeye (dilatasyon) yol açan ve fetusun doğum kanalı boyunca pelvisin yumuşak dokuları, kasları ve kemik yapısına karşı ilerlemesiyle gerçekleşir. Bu süreç boyunca biyokimyasal, fizyolojik ve farmakolojik değişiklikler oluşur (Güvenç, 2004; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Şirin, 2008).

Doğum eylemi; son menstrüel periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eyleminin;

- ✧ Termde (son menstrüel periyoddan 40 hafta sonra),
- ✧ Kendiliğinden başlaması,
- ✧ Tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile,
- ✧ Verteks pozisyonunda,
- ✧ Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,

- ❖ Sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2009; Cunningham et al. çev. Akman, 2005; Şirin 2008; Taşkın, 2005).

2.2.1 Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır.

2.2.1.1 Doğum Eyleminin I. Evresi

Doğumun ilk evresi, düzenli uterin kontraksiyonları ile başlar ve servikal dilatasyon ve efesmanın tamamlanması ile sona erer. Her gebeye göre büyük değişiklikler göstermekle beraber, I. evre doğumun en uzun evresidir. Friedman (1978)'de I. ve II. evrenin üst sınırlarını istatistiksel verilerle göstermiştir.

	Nullipar	Multipar
I. Evre		
Latent faz	20 saat	14 saat
Aktif faz	1.2 cm/saat	1.5 cm/saat
II. Evre	2 saat	1.5 saat

Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazlarını içerir. Bu fazların her biri fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin sonunda gerçekleşir (Burroughs and Leifer, 2001; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2009; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2006; Daftary and Jani, 2006; Daftary and Chakravarti, 2005; Fraser and Cooper, 2009; Kömürücü ve Berkiten, 2008; Ladewing et al., 2006; Simkin and Ancheta, 2011; Taşkın, 2005;).

Latent Faz: Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar silinme tamamlandığında dilatasyon 2–4 cm olduğunda sonlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nulliparlarda 0, multiparlarda 0 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Kahverengi akıntı, mukus tıkaç ya da açık pembe şeklinde az miktarda akıntı görülür. Nullipar kadınlarda latent faz ortalama 8,6 saattir fakat 20 saati geçmemelidir. Multipar kadınlarda latent faz ortalama 5,3 saattir fakat 14 saati geçmemelidir. Latent fazda uterus kontraksiyonlarının şiddet, süre ve sıklıkları artar. Kontraksiyonlar başlangıçta 10–20 dakikada bir gelip, 15–20 saniye sürerler. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5–7 dakikaya, süreleri de 30–40 saniyeye çıkar.

Bu fazda anneler genellikle rahattır, odaklandıkları noktalar ağrı ve bebektir, dikkatli ve iletişime açıktırlar, ağrı kontrolünde oldukça iyidirler. Anne bu sırada heyecanlı olabilir. Bu dönemde anneler en çok susuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, karın ve sırt ağrısı, sık idrara çıkma, dönem uzarsa yorgunluktan şikâyet ederler. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan ebelik girişimleri arasında; gezdirme/dinlendirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, kontraksiyonlar sırasında gevşeme ve solunum tekniklerini uygulamaya, duş aldırma, bilgilendirme, sık sık pozisyon değiştirme yer almaktadır (Avcıbay, 2009; Burroughs and Leifer, 2001; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2009; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2006; Daftary and Jani, 2006; Daftary and Chakravarti, 2005; Fraser and Cooper, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Ladewing et al., 2006; Mamuk, 2008; Simkin and Ancheta, 2011; Taşkın, 2005).

Aktif faz: Dilatasyon 4cm olduğunda başlar ve 7cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nulliparlarda +1 ile +2, multiparlarda +1 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Pembemsi kanlı vücut mukusu şeklinde az ya da orta miktarda akıntı görülür. Membranlar kapalı veya açılmıştır. Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelip ortalama 30-60 sn sürer ve orta şiddettedir. Kontraksiyon şiddetinde yaşanan artış annede yorgunluk, anksiyete ve endişe yaratarak destek ihtiyacını artırır. Anne ile iletişimin zorlaştığı bu fazda şiddetli ağrı, ağrının sırtta ve bacaklara yayılması, pubisin üstünde ve sakrumda basınç hissi, terleme, yüzde kızarma, yorgunluk ve uyuklama gözlenir. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan ebelik girişimleri arasında; sık sık pozisyon değiştirme, gezdirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, sırt ve bacaklara efloraj masajı, ılık duş, solunum ve gevşeme teknikleri, sıcak-soğuk uygulama, odaklanma, müzik terapi, bilgilendirme, analjezik ve anestezi uygulamaları yer almaktadır (Avcıbay, 2009; Burroughs and Leifer, 2001; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2009; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2006; Daftary and Jani, 2006; Daftary and Chakravarti, 2005; Fraser and Cooper, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Ladewing et al., 2006; Mamuk, 2008; Simkin and Ancheta, 2011; Taşkın, 2005).

Geçiş Fazı: Eylemin en son evresidir. Dilatasyon 8cm olduğunda başlar ve 10cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nullipar ve primiparlarda +2 ile +3 düzleminde yer almaktadır. Membranlar açılmıştır. Kanlı mukus şeklinde bol miktarda akıntı görülür. Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelip ortalama

40–90 sn sürer ve şiddetlidir. Bu fazda iniş oranı en az 1–1,6 cm/saattir ve nulliplarlarda en az 5,4 cm/saat, multiparlarda en az 2,1 cm/saattir. Bu dönemin nulliplarlarda 3 saatten, multiparlarda ise 1 saatten uzun sürmemesi beklenir.

Anne ağrısı çok şiddetli tanımlar, sırt ağrısı genellikle vardır, sınırları bozuktur, iletişim belirsizdir, kontraksiyonlar arasında amnezi vardır, kontraksiyonla beraber bulantı ve kusma, özellikle hiperventilasyon görülür. Dolaşım sal solgunluk, başın ön kısmında ve alt dudakta terleme, bacaklarda titreme, defekasyona çıkma hissi ve anüste baskı hisseder. Annenin bu dönemi yaşaması sonucunda anksiyetesi artar. Yorgun olabilir, ağrı nedeni ile sık sık pozisyonunu değiştirebilir. Yalnız kalmaktan korkar, bu nedenle ebeğin anneyi yalnız bırakmaması önemlidir. Bu sırada annenin yanında ona yardım eden bir yakını bulunabilir. Anneye ve yakınlarına ebeğe nasıl ulaşabilecekleri de söylenmelidir (Avcıbay, 2009; Burroughs and Leifer, 2001; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2009; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2006; Daftary and Jani, 2006; Daftary and Chakravarti, 2005; Fraser and Cooper, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Ladewing et al., 2006; Mamuk, 2008; Simkin and Ancheta, 2011; Taşkın, 2005).

2.2.1.2 Doğum Eyleminin II. Evresi (Ekspulsiyon)

II. evre servikal dilatasyon ve efesmanın tamamlanmasından fetüsün doğumuna kadar geçen süredir. II. evre serviksin dilate olmasından sonra primiplarlarda 25–75 dk arasında ortalama 57 dk, multiparlarda ise 13–17 dk arasında ortalama 14,4 dakikadır. Bu sırada kontraksiyonlar 1.5–2 dk sıklıkla gelip 60–90 sn sürerler. II. evre 3 faza ayrılabilir. Gizli/dinlenme fazı, iniş ve son geçiş fazı. II. evrenin normal sınır değeri 2 saatten uzun olmamalıdır. II. evre iki saatten fazla sürdüğünde fetal mortalite ve morbidite riski artar.

Serviksin tam dilatasyonundan önce kendiliğinden erken ıkınma isteği sıklıkla görülür. Bu erken ıkınma prezante olan kısmın pelvik tabandaki kasların gerilmesi ile oluşan Ferguson refleksini tetikler. Gerilme reseptörleri aktif hale gelir, endojen oksitosin salınır bu da erken ıkınma refleksinin dilatasyondan çok, seviyeye bağlı olduğu hipotezini destekler. Bu evre kasılmaların karakterine bakılarak tanımlanabilir. Kasılmalar daha güçlü ve bebeğin dışarı çıkmasına da yardım edici karakterdedir ve ıkınma hissini doğmasına neden olur. Rektum üzerine bası olduğu için defekasyon hissi oluşabilir, bu durum ıkınmanın bırakılmasına neden olabileceği için anneye oluşan

bu hissin nedeni anlatılmalıdır. İkinci evrede ıkınma çoğu zaman refleks olarak başlar ve devam eder. Bazen motive etmek ve yol göstermek gereklidir. Anne bu dönemde kontraksiyonla gelişen itici gücünü nasıl kullanacağı konusunda cesaretlendirilmeli, kontraksiyon aralarında ise tam gevşemesi ve dinlenmesi sağlanmalıdır. Yorgun anneyi bu dönemde rahatlatmak için terinin silinmesi, yüze dudaklara ve perineye soğuk uygulaması etkilidir. Ayrıca kimi kaynaklara göre perineal sıcak uygulamayla beraber, lubrikanlı veya tek başına perine masajı yapmak, perine ağrısının azaltılmasında ve perine bütünlüğünün korunmasında yararlı olmaktadır.

Uterin kasılmalar ve istemli abdominal kasılmalar neticesinde baş pelvise iner ve perineden görünebilir veya palpe edilebilir. Fetüs başı vajinal açıklığa ulaştıkça vajen dokusu kabarır, rektum dilate olur, pelvis tabanının kasları gerilir. Daha sonra görülen birkaç kontraksiyon sonucunda baş doğar. Baş doğduktan sonra önce üst omuz, daha sonrada alt omuz ve tüm vücut doğar. ıkınmak için büyük çaba harcayan anne bebeğin doğması ile rahatlar. Fetüsün vajenden geçişi aşağıdaki güçlerin yardımı ile gerçekleşir.

- Uterusun güçlü ve uzun kontraksiyonları
- Uterus kontraksiyonlarına eşlik eden karın ve diyafragma kaslarının itici güçleri
- Gebelik süresince vajen ve perinenin progesteronun etkisi ile doğuma hazırlanması
- Fetüs başının baskısı (Avcıbay, 2009; Burroughs and Leifer, 2001; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2009; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2006; Daftary and Jani, 2006; Daftary and Chakravarti, 2005; Fraser and Cooper, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Ladewing et al., 2006; Mamuk, 2008; Simkin and Ancheta, 2011; Taşkın, 2005).

2.2.1.3 Doğum Eyleminin III. Evresi

Doğumun III. evresi fetüsün doğumundan sonra başlar, plasenta ve membranların doğması ile son bulur. Normalde ilk birkaç güçlü kontraksiyon olduğunda bebeğin doğumundan 5–7 dakika sonra plasenta ayrılır. Bu evrenin 30 dakikadan uzun olması plasenta yerleşim anomalilerinin (plasenta akreata, inkreata, perkreata), plasenta retansiyonunun ve bunlara paralel gelişen enfeksiyon ve kanamaların habercisi olabileceğinden önemlidir.

Bebeğin doğumundan sonra uterus kasılır ve sert bir adale görüntüsü alır. Uterus adalesinin kasılması sonucunda plasenta kendini küçülen endometriuma uyduramaz. Kasılmanın oluşturduğu basınç sonucunda desidua bazalis desidua spongiosadan ayrılır. Ayrılma yerinde kopmuş olan uteroplental kapillereden çıkan kanama sonucu retroplental hematoma olur. Plasenta uterustan ayrıldıktan sonra iki şekilde doğar. Bunlar;

1. Duncan tarzı
2. Schultze tarzı

Duncan tarzına “kirli duncan” da denilmektedir. Önce retroplental hematoma boşalır, sonra maternal yüz doğar. Maternal yüz, plasentanın uterusu tutunan pürüzlü yüzüdür. Schultz tarzının diğer adı “parlak schultz” dur. Bu tarzda ayrılma plasenta merkezinde başlar, önce fetal yüz doğar. Arkasından retroplental hematoma boşalır.

Plasentanın ayrılma belirtileri;

- 1) Ani vajinal kanama
- 2) Umblikal kordun boyunda uzama
- 3) Uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi
- 4) Uterusun küre şeklini alması

Uterusun kontraksiyonlarının üçüncü devre bittikten sonra da devam etmesi nedeni ile açık ven ağızları sıkışarak kapanır. Böylece kanama kontrol altına alınır. Kanamayı önleyen bir diğer faktör de plasental bölgedeki pıhtılaşmadır. Üçüncü devredeki kanama miktarı 200–300 ml'dir. Bu kanamanın bir kısmı da epizyotomiden gelen kanamadır (Avcıbay, 2009; Burroughs and Leifer, 2001; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2009; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2006; Daftary and Jani, 2006; Daftary and Chakravarti, 2005; Fraser and Cooper, 2009; Kömürçü ve Berkiten, 2008; Ladewing et al., 2006; Mamuk, 2008; Simkin and Ancheta, 2011; Şirin, 2008; Taşkın, 2005).

2.2.1.4 Doğum Eyleminin IV. Evresi

Eylemin dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saati içerir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Anestezinin uygulandığı durumlarda veya eylemde komplikasyon geliştiğinde dördüncü evre uzayabilir. Normal bir doğumda 250–500 ml kan kaybedilir. Bu kan kaybının sonucunda sistolik ve diastolik kan basıncında düşme görülür ve taşikardi gözlenir. Eylemde artan

serebrospinal sıvı basıncı, dördüncü evrede normal değerine döner. Uterus kasılmaya devam eder ve karının orta bölgesinde yer alır. Fundus genellikle simfisis pubis ile umblikus arasındadır. Kasılma sonucunda plasentanın ayrılma bölgesindeki damar sinüsleri kapanır. Doğumdan hemen sonra serviks yaygın bir görünüm alır ve kalınlaşır (Avcıbay, 2009; Burroughs and Leifer, 2001; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2006; Daftary and Jani, 2006; Ladewing et al., 2006; Taşkın, 2005).

Eylemin dördüncü evresinde anne acıkmış ve susamış olabilir. Fiziki yorgunluğa bağlı (eylemdeki aktiviteleri nedeni ile) olarak titreme görülebilir. Mesane, travmaya ve anesteziye bağlı olarak hipotoniktir. Mesanenin hipotonik olması idrar retansiyonuna yol açabileceğinden önemlidir, idrar retansiyonu sonucunda uterus atonisi gelişebilir. Bu nedenle eylemin dördüncü evresinde uterus atonisinin önlenmesi önemlidir. Oksitosin türevi ilaçlar ve fundus masajı atoniyi önlemek için kullanılabilir (Avcıbay, 2009; Ladewing et al., 2006; Taşkın, 2005;).

Doğumun dördüncü evresi iyileşme evresi olup, anne ve yenidoğan için kritik bir evredir. Bu evre doğum sürecinin fiziksel olarak tamamlanmasına rağmen yeni ilişkilerin başlangıç evresidir. Emzirme için mükemmel bir dönemdir. Emzirme ile uterus kontraksiyonları artarak, anne sağlığı için önemli bir tehlike olan doğum sonu kanama önlenir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.2.2 Doğum Eyleminde Ağrı Teorileri

Ağrının gerçek geçiş mekanizması ve algılanması tam olarak bilinmemekle beraber ilk olarak Descartes tarafından 17. yüzyılda biçimlenen algısal model kavramını takiben ağrı algılanmasını açıklamak için nörofizyolojik, psikolojik ve sosyolojik araştırmalar ağrı teorilerine katkıda bulunmuştur (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Yıldızeli, 2008).

Ağrı teorileri, doğumdaki ağrılı hastanın ağrısının giderilmesinde bazı uygulamaların temeline dayandığından bazı ağrı teorilerine değinilmiştir.

2.2.2.1 Kapı Kontrol Teorisi (KKT)

Teorinin ilk kurucuları olan Melzack ve Wall (1965) ağrının fizyolojik bir yanıt olmadığı, davranış ve duygusal yanıtlar gibi psikolojik değişkenlerin ağrı algılanmasını

etkilediğini ileri sürmüşlerdir. Teoride ağrının varlığı ve şiddetinin nörolojik uyarıların geçişine bağlı olduğu, sinir sistemindeki kapı mekanizmalarının ağrı geçişini kontrol ettiği ve kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarıların bilinç düzeyine ulaşip, ağrı hissedileceği, eğer kapı kapalı ise, uyarıların bilince ulaşamayacağı ve ağrı hissedilmeyeceği ileri sürülmektedir (Avcıbay, 2009; Değirmen, 2006; Demirok, 2006; Gürler, 2007; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006; Yıldızeli, 2008).

Spinal kordun dorsal boynuzu bir kapı fonksiyonu görmektedir. Sinir impulsları periferden santral sinir sistemine bu kapı yolu ile ulaştırılmakta veya ulaştırılmamaktadır (Taşkın, 2005). Kalın ve ince liflerin aktivitesince kontrol edilen kapı; ince liflerin aktivitesi ile açılarak ağrı uyarıları bilinç düzeyine ulaşmakta buna karşılık kalın çaplı liflerin aktivitesi ile kapanarak uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenmekte ve ağrı hissedilememektedir (Avcıbay, 2009; Babacan, 2011; Gürler, 2007; Mamuk, 2008).

Ağrının giderilmesine katkı sağlayan üç yönü şu şekildedir:

- 1. *Deri uyarısı ağrıyı giderebilir:*** KTT' ne göre ağrı uyarıları küçük çaplı lifler tarafından taşınır. Büyük çaplı lifler, küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara kapıyı kaparlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının çoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir. Masaj, sıcak ve soğuk uygulama, dokunma, TENS (transkutan elektrik stimülasyonu) ve akupunktur gibi özel tip deri uyarıları bu teoriye örnek olarak verilebilir.
- 2. *Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir:*** Beyin sapındaki retiküler yapı duyuşal girdileri düzenler. Eğer kişi yeterli ya da aşırı miktarda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri az ise ağrı uyarıları inhibe olmaz, kapı açıktır ve ağrı uyarıları geçer. Ağrı giderme yöntemlerinin çoğunda belli derecelerde duyuşal girdi vardır. Düşleme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ile hastanın ağrısını düzene sokması sağlanabilir. Özellikle tek tip duyuşal sınırlamalardan kaçınılmalıdır.
- 3. *Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duyusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir:*** Bireyin düşünceleri, duyguları belleğindeki olaylar korteksteki tetik, ağrı uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Ağrı ile ilgili geçmiş deneyimler

(özellikle eski doğumlar) hastanın o andaki ağrısına vereceği yanıtı etkiler. Ağrı gereksiz anksiyete kaynaklarının azaltılması, hastanın güven ve kontrol duygularının artırılması ile giderilebilir (Erdine, 2000; Gürler, 2007; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk, 2008; Öztürk, 2006).

2.2.2.2 Endorfin Teorileri

1970'lerin ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı opioidlere benzer maddeler (norepinefrin, serotonin) tanımlanmış ve bunlara “endorfin” adı verilmiştir. “Endorfin” terimi “endojen” ve “morfin” kelimelerinin birleşimi olup, içinde morfin olan demektir. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord uçlarındaki opioid reseptörlerde tutunurlar (Babacan, 2011; Değirmen, 2006; Gürler, 2007; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006; Yıldızeli, 2008;).

Endorfinlerin üretimi vücudun sınırları ötesine itilerek oluşturulan fiziksel strese karşı verdiği doğal bir cevaptır. Endorfinler kendini iyi hissetme duygusu uyandırır, ağrı dozunu değiştirirler, zaman ve yer kavramının farkındalığının değişiminde rol oynarlar. İkinci rüzgâr adıyla anılan ve vücudumuzun aşırı strese maruz kaldığı durumlarda oluşan fiziksel durumlardan da endorfinler sorumludur. Endorfinler gebelik sürecinde doğal olarak üretilirler. Gebeliğin sonuna doğru endorfinlerin seviyesi artar ve anne adayının iyi ve doğuma hazır hissetmesini, hayat dolu rüyalar görmesini sağlar ve zaman zaman gece uykularının bölünmesine neden olur. Endorfinler amnezi olarak bilinen ve gebelikte sık sık rastlanan unutkanlığın da sebebi olarak bilinirler. Bu nedenle doğum sırasında çekilen ağrının da unutulması endorfinler sayesinde. Eğer vücuda uygulanan fiziksel stres azaltılmazsa (mesela epidural verilerek) doğum oluncaya kadar endorfin seviyesinde artış görülecektir.

Hafif ağrı, hafif stres, fiziksel egzersiz, yoğun travma, masaj, TENS ve bazı akupunktur uygulamaları gibi deri stimülasyonları endorfin yapımını uyarak ağrı kontrolünde yardımcı olmaktadır (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.2.2.3 İnteraktif Ağrı Modeli

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

ediliş biçimini ve ağrı giderilmesi için neyin yapılabileceğini etkiler. Ağrı sosyal sistemler içinde deneyimlenen patofizyolojik bir fenomendir. Bu sosyal sistemler hastanın ve bakım verenlerin davranışlarını düzenler ve önemli bir biçimde de ağrı giderilmesini etkiler (Kömürücü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006).

2.2.3 Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğum öncelikle mutluluk verici, aynı zamanda da ağrı deneyimlenen ve güçlükleri olan bir olaydır. Doğum ağrısını değerlendirmenin bir takım güçlükleri vardır. Çünkü doğum ağrısı akut başlar, çok çabuk ilerler ve emosyonel faktörlerden etkilenir. Ağrıya yaklaşımda öncelikle ağrının, ağrıyı etkileyen faktörlerin ve bireysel başa çıkma yöntemlerinin değerlendirilmesi son derece önemlidir. Ağrının farklı bireylerde farklı nitelikte ve nicelikte olabilmesi, annenin bilişsel ve kültürel özellikleri kadar, değerlendiricinin deneyimleri, ağrının doğasına ilişkin anlayışı ve ağrılı kişilerle ilgili deneyimlerinden de etkilenmektedir. Ağrının giderilmesinde en önemli adım, ağrının sağlık ekibi ve anne tarafından aynı yorumlanmasıdır. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin ağrıya bakışı da ağrının değerlendirilmesinde önem kazanmaktadır. (Afşar ve Pınar, 2003; Bacaksız, 2007; Bağatlı ve Eşer, 2010; Erdine, 2000; Ersanlı, 2007; Eti-Aslan, 2002; Güneş vd., 2005; Kömürücü ve Berkiten, 2008; Mamuk, 2008; Özer vd., 2006; Simkin, 2007).

Doğum ağrısının değerlendirilmesinde en fazla kullanılan ölçekler şunlardır:

2.2.3.1 Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) (Visual analogue scale- VAS)

Doğumdaki ağrının geniş olarak tanımlanmasına yardımcıdır, sık kullanılır ve "altın standart" olarak kabul edilir. GKÖ, bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetveldir. Görsel Kıyaslama Ölçeğinde (0cm = ağrı yok, 0.5cm – 3.0cm = hafif ağrı, 3.5cm – 6.5cm = orta ağrı, 7.0cm – 10cm = şiddetli ağrı) olarak tanımlanmaktadır. Dikey GKÖ'nün çabuk sonuç vermesi ve kolay anlaşılır olması nedeniyle akut ağrı şiddetini belirlemede en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. GKÖ ilk kez Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilmiş ve kullanılmıştır (Bergh et. al., 2011; Düzel, 2008; Gürler, 2007; Kömürücü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006; Parkin and Devlin, 2006).

2.2.3.2 McGill Melzack ağrı soru formu (MASF)

Melzack ve Katz tarafından 1971'de geliştirilen MSAF, 20 grup altında toplanmış, her grupta 2-6 adet ağrıyı tanımlayıcı kelimelerin yer aldığı kelime kümelerinden oluşmuştur. Formun birinci bölümü; ağrının yeri ve derinliğini, ikinci bölümü; duyuşsal, algısal ağrı değerdendirilmesini, üçüncü bölümü; ağrının zamanla ilişkisini, dördüncü bölümü ise ağrı şiddetini belirlemeye yöneliktir. Kuğuoğlu ve arkadaşları tarafından MASF Türkçe' ye uyarlanarak geçerdililik ve güvenilirdliği yapılmıő, adölesan ve yetiőkinlerde güvenle kullanılabileceği belirtilmiştir (Eti-Aslan, 2002; Düzel, 2008; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006).

2.2.4 Doğum Ağrısı ve Fizyolojisi

Ağrı evrensel bir deneyimdir, fakat tanımlanması çok güçtür. Ağrının iki unsuru vardır. 1. Fizyolojik olarak duyuşsal sinirler ile algılanması ve santral sinir sistemine iletilmesi, 2. Psikolojik olarak duyunun algılanması, ağrı olarak yorumlanması, bu yorumlara karşı oluşan tepkilerdir (Ertem ve Sevil, 2005).

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

Doğum ağrısı döneminde yaşanan rahatsızlıkların iki kökeni vardır. Doğumun I. evresindeki ağrıda, visseral ağrı baskındır. Serviksin dilatasyonu, uterusun alt segmentinin gerilmesi, uterus kontraksiyonları ile oluşan hipoksi ve komşu dokulara olan baskı 10., 11. ve 12. torasik, 1., lumbar sinir uçları ile afferentler tarafından iletilir. Başın inişi ile lumbosakral pleksusa bası nedeni ile sırtta, bacaklarda ve kalçalarda ağrı hissedilir (Avcıbay, 2009; Chattopadhyay and Narayanaswamy, 2006; Demir vd., 1998; Ertem ve Sevil, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006; Şirin, 2008).

Doğum eyleminin ilk evresindeki ağrının şiddeti, kontraksiyonlarla birlikte servikal dilatasyonla artar (Phumdoung et al. 2004). Ağrının başlaması, uterusun kasılmalarının baőlangıcından yaklaşık 15-30 sn. sonradır ve amnion basıncı, istirahatındaki tonüsü 15 mmHg aşmasıyla ancak algılanır. Kadınlar genellikle bu rahatsızlığı, sadece kasılmalar sırasında yaşar ve kasılmalar öncesi dönem ağrısızdır.

İniş fazında ağrı pelviste olup, perineal veya somatik tiptedir. Vajinal kanalı çevreleyen pelvik yapıların çekilmesi, güçlü kontraksiyonlara bağlı dokularda meydana gelen iskemi, pelvis tabanı ve perinedeki gerginlikten dolayı meydana gelir. Doğumun ilk evresinin sonlarında perineal ağrının başlaması fetüsün ilerlediğini ve doğumun II. evresinin başladığını gösterir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Phumdoung et al. 2004). Bu evredeki ağrılar iyi lokalize edilen, keskin nitelikte somatik ağrılardır (Avcıbay, 2009; Ertem ve Sevil, 2005; Şirin, 2008). Perinenin hem motor hem de duyuşal lifleri pudental sinir aracılığıyla 2., 3. ve 4. sakral köklerden omuriliğe girerler. Spinal kordun tüm seviyelerinden kalkan afferent uyarımlar beyine ulaşır ve ağrı olarak algılanır. Adneks basıncı, mesane, üretra, rektum ve peritona olan çekme etkileri de doğum ağrılarına katkıdır. Özellikle oksiput posterior durumundaki fetal başın lumbosakral pleksusa baskısı, eylemin başlamasından önce dahi ağrıya yol açabilir (Demir vd., 1998; Kennedy, Ruth & Martin, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008).

Doğumun III. evresinde görülen ağrı, uterus kontraksiyonlarına ve plasentanın atılması sırasında oluşan servikal dilatasyona bağlı olarak gelişir (Avcıbay, 2009; Öztürk, 2006; Taşkın, 2005).

Doğum ağrısı; anneyi mekanik olarak aşırı şekilde yoran, stres ve anksiyeteye neden olan, hiperventilasyon ile oksijen ihtiyacını arttıran bir olaydır. Doğum ağrısı, stres ve anksiyeteye cevap olarak sempatik stimülasyon ve bunun oluşturduğu değişiklikler sonucunda annede metabolik asidoz ve uteroplental kan akımında azalmaya neden olur. Bu durum fetal oksijenizasyonu bozar (Erdine, 2000; Ertem ve Sevil, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Taşkın, 2005; Şirin, 2008).

2.2.5 Doğum Ağrısının Özellikleri

- ✧ Normal bir sürecin parçasıdır. Diğer tip ağrılar bir hastalığı veya bozukluğu gösterir.
- ✧ Doğum ağrısı beklenir, bir hazırlık dönemi vardır. Gebe kadın bunu aylarca bekler. Ağrıyı yönetme becerileri kazanabilir. Bilgilendirme ve hazırlama ağrı ile baş etme becerilerinin kazanılmasını sağlar.
- ✧ Belirli bir zaman sürecini içerir. Bu ağrı günlerce, aylarca sürmez.
- ✧ Doğum ağrısının şiddeti değişkendir.

- ❖ Doğum ağrıları sürekli değildir. Dinlenme dönemleri vardır. Doğumun erken devresinde kadınlar bu ağrıyı “rahatsız edici” olarak tanımlar. Fakat doğum ilerledikçe ağrının şiddeti ve süresi artar, dinlenme dönemlerinde ise çok kısada olsa rahatlarlar.
- ❖ Doğum ağrısını, annelerin bebeğin sağlığını düşünmesi nedeniyle ağrıyı tolere etmeleri sağlanır (Ertem ve Sevil, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006).

Doğum eylemi sırasında yaşanan ağrının özellikleri

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

Tablo 2.1: Doğum eylemi sırasında yaşanan ağrının özellikleri, Yıldırım, 2001.

2.2.6 Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasında genelde iki basit öge etkili olmaktadır. İlki fizyolojiktir ve duyuşal reseptörlerle oluşur. İkincisi psikolojik kaynaklı olup reaksiyon/tepki sürecini içermektedir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.2.6.1 Fizyolojik ve Çevresel Faktörler

Doğum ağrısının algılanmasında etkili olan fizyolojik ve çevresel faktörler şunlardır:

- ❖ Uterin hipoksi,
- ❖ Servikal gerginlik ve serviksin sinir gangliyonlarına basısı,

- ✧ Kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği,
- ✧ Servikal dilatasyonun derecesi ve kontraksiyonların dilatasyona etkisi,
- ✧ Perineal gerginlik,
- ✧ Anne yaşı, fiziksel durumu, doğum sayısı ve yaşanmış deneyimler
- ✧ Tıbbi müdahale, bakım sürekliliği
- ✧ Doğuma hazırlık, doğumun yapıldığı fiziki ortam
- ✧ Sosyo-ekonomik durum, etnik köken,
- ✧ Fetüsün ağırlığı ve pozisyonu,
- ✧ Yapılan uygulamalardır (Avcıbay, 2009; Caton et al, 2002; Cunningham et al. çev. Akman, 2005; Ertem ve Sevil, 2005; Kennedy, Ruth and Martin; 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Şirin, 2008; Taşçı ve Sevil, 2007; Taşkın, 2005).

2.2.6.2 Psikolojik Faktörler

Yapılan çalışmalar özellikle psikolojik ve emosyonel faktörlerin, fiziksel faktörler kadar etkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle doğum sürecinde ağrının giderilmesi kadar annenin doğuma hazırlanması ve doğumun normal süreci konusunda yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir (Avcıbay, 2009; Ertem ve Sevil, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Şirin, 2008).

Doğum ağrısının algılanmasında etkili olan psikolojik faktörler şunlardır:

- ✧ Anksiyete ve korku; fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanmasını değiştirir. Anksiyete, kas spazmı, vazokonstrüksiyon, visseral rahatsızlıklara yol açar ve ağrıyı artıran maddelerin salınmasını artırır. Anksiyete ağrı korkusuna, kontrol kaybına, anne ve fetüsün olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Anksiyetenin kontrol altına alınması ağrıyı hafifletmektedir. Orta şiddette anksiyete ağrıyı algılamayı olumlu etkilerken, yüksek düzeyde anksiyete ağrıya duyarlılığı artırır ve ağrı kontrol etme becerisini zayıflatır (Ertem ve Sevil, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008).
- ✧ Annenin memnuniyeti; doğumun sağlıklı ilerleyebilmesi için önemlidir. Ebeveynler için gebeliğin planlanmış olması, annenin prenatal bakım almış olması, eşler arasındaki ilişkinin olumlu olması, eylemde annenin ağrı ve çevre kontrolünü sağlayabilmesi, anneye destek olabilecek eş ya da bir yakının bulunması, annenin sağlık ekibine güven duyabilmesi, rahatlama ve solunum tekniklerini kullanabilmesi, hekimini veya doğumu yaptıracak ebeyi seçebilmesi

ve yapılan işlemlere ilişkin bilgilendirilmesi annenin memnuniyetini etkileyen faktörler arasındadır (Taşkın, 2005).

2.2.7 Ağrıya Verilen Cevabı Etkileyen Faktörler

Bireyin ağrıyı algılamasını etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlardan bazıları şunlardır:

- ✧ Prenatal eğitim,
- ✧ Kültür,
- ✧ Halsizlik ve uyku sorunları,
- ✧ Ağrının birey için anlamı,
- ✧ Daha önce yaşanan deneyimler,
- ✧ Anksiyete ve korku,
- ✧ Dikkat ve dikkati dağıtma
- ✧ Gebeliğe ait özelliklerdir (Avcıbay, 2009; Lowdermik and Perry, 2003; Öztürk, 2006; Simkin, 2007; Taşçı ve Sevil, 2007; Taşkın, 2005).

2.3 Doğum Eyleminde Ağrı Kontrol Yöntemleri

Doğum analjezisinde esas, bir kadının hayatında çekebileceği en şiddetli ağrılardan olan doğum ağrısının, maternal ve fetal yan etkilerini en az düzeyde tutarak, travayın doğal sürecini etkilemeden ya da en az etkileyerek azaltmasıdır. Amaç, hastanın gereksinimleri ile sağlık biriminin olanaklarını en uygun şekilde bir araya getirmek olmalı, analjezi uygulaması bireysel olarak planlanmalıdır (Erdine, 2007).

Doğumda kullanılacak ağrı kontrol yöntemleri için basitlik, güvenilirlik ve fetal hemostazın korunması özellikleri aranmaktadır. Yıllarca devam eden çalışmalar sonucunda doğum ağrısı ile baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki ana yol belirlenmiştir (Brown et al., 2001; Cunningham et al. çev. Akman, 2005; Mamuk, 2008; Simkin and Bolding; 2004).

2.3.1 Farmakolojik Yöntemler

Doğumun doğal işleyişine yapılan her türlü müdahale doğumun doğal gidişini etkiler. Tarihsel süreç incelendiğinde aslında doğal olması başlangıçta kaçınılmaz olan doğum olayı giderek gelişen teknoloji ve medikal bakımdan payını almıştır (Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Farmakolojik yöntemler çeşitli anestezi ve analjezi yöntemleri ile sağlanabilir. Analjezi; ağrının dindirilmesidir ve çeşitli tekniklerle veya meditasyon uygulamaları ile sağlanabilir. Anestezi ise duyunun olmamasıdır. Anestezi teknikleri lokal, regional (bölgesel) ve genel (inhalasyon) anestezisi olmak üzere üç kategoriye ayrılabilir (Şirin, 2008).

2.3.1.1 Lokal Anestezi

Lokal infiltrasyon anestezisi; lokal bir anestetik verilmesinden sonra vücudun küçük bir bölümünde hissin yitirilmesini ifade eder. Lokal anestetik, sinir lifleri boyunca elektriksel impulslarda geriye döndürülebilen, engelleme meydana getirebilen bir ilaç sınıfını ifade eder (Şirin, 2008).

2.3.1.2 Regional Anestezi (Bölgesel Anestezi)

Bilinç kaybı olmaksızın girişim yapılacak bölgeye uygulanan anestezi şeklidir. Şuur kaybı olmadığı için analjezi olarak tanımlanabilir. Ağrısız doğum adı altında son yıllarda giderek ön plana çıkan bölgesel analjezikler, doğum sırasında annenin bilinç düzeyini kaybetmeden uyanık kalması, doğuma destek olabilmesi açısından genel anestezideye göre daha tercih edilir olmalarını sağlamıştır. Doğum analjezisinde regional yöntemler şunlardır:

- ❖ Epidural blok
- ❖ Spinal blok
- ❖ Paravertebral blok
- ❖ Lomber sempatik blok
- ❖ Pudental sinir bloğu
- ❖ Perineal infiltrasyon
- ❖ Kaudal blok
- ❖ Kombine Spinal-Epidural blok (Avcıbay, 2009; Caton et al. 2002; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk, 2008; Şirin, 2008).

Günümüzde sezaryen uygulanacak olgulara anestezi yaklaşım olarak hem genel, hem de regional anestezi teknikleri uygulanmaktadır. Regional anestezi tekniklerinden en fazla kullanılan spinal, epidural ve kombine spinal-epidural tekniktir (Purtuloğlu ve ark. 2008).

2.3.1.2.1 Epidural Anestezi

Epidural anestezi, duyu kaybını meydana getirebilmek için minimal motor blok ile yapılan bir çeşit bölgesel anestezi seklidir. Günümüzde doğum analjezisi için en popüler yöntemlerden biri epidural blok uygulamasıdır. Epidural analjezi doğum sırasındaki fizyolojik yanıtları en aza indirdiği gibi gebe için en uygun koşulları sağlar. Doğum analjezisinde amaç alt torakal ve sakral segmentlere yansiyacak ağrının tüm travay süresince kontrol edilmesidir. Bu amaçla L3-L4 veya L4-L5 aralığından epidural sahaya katater yerleştirilir. Gerekli olan narkotik ilaçlar bu kateter yardımıyla anestezi uzmanı tarafından aseptik koşullar altında epidural aralığa verilmesi şeklinde tanımlanabilir. Doğum ve doğum eylemi sırasında oluşan ağrının etkili bir şekilde giderilmesi için yaygın olarak kullanılan, güvenli ve bilinç kaybına neden olmayan bir yöntemdir (Demirok, 2006; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Leblebici, 2006; Simkin, 2007; Tournaire and Yonneau, 2007).

Epidural anestezi; uzayan ve aşırı derecede ağrılı doğum, prematüre fetüs, preklampsi tedavisinin bir bölümü olarak arter basıncının yükselmesini önlemek veya düşürmek, hastanın stresini azaltmak, annede kronik solunum yetmezliği, diyabetes mellitus, kalp hastalığı veya kronik böbrek hastalığının olması, forseps ve sezaryen doğum, ağrı eşiği çok düşük olan ve önceki doğumu çok ağrılı geçen annelerde endikedir (Şirin, 2008).

2.3.1.2.2 Spinal Anestezi

Sırtın alt tarafının iki omurgası arasına, omur ilik sıvısına anestezi bir ilaç enjekte etme ile gerçekleştirilen başlıca lokal bir anestezi şeklidir. Bu işlem omurilik sinirlerinde iletimi engelleyerek o bölgeden aşağısının bütün bir his kaybına neden olur. Spinal anestezide solunum depresyonu ve postoperatif sedasyon olmaz. Epidural anesteziye göre daha kolay ve ekonomiktir. Daha derin bir blok ve tam kas gevşekliği sağlar. Dezavantajları ise; hipotansiyon ve tedavi edilmezse fetal asidoza neden olabilir. Ayrıca dura delinmesine bağlı baş ağrısı ve nadiren nöral hasar gelişebilir (Şirin, 2008).

2.3.1.2.3 Kombine Spinal-Epidural Anestezi

Kombine spinal-epidural teknik ilk olarak 1937'de uygulanmıştır. 1982'de Carrie ve Ollivian iğne içinden iğne yöntemini tarif etmiştir. Bu yöntemde epidural iğne spinal iğnenin kılavuzu olarak kullanılır. Tuohy iğnesiyle epidural aralık saptandıktan

sonra, epidural iğneden yaklaşık 1 cm daha uzun olan 25–26 gauge spinal iğne tuohy iğnesi içinden geçirilir. Dura ponksiyonu yapıp ilaç enjeksiyonu yapıldıktan sonra spinal iğne çekilerek epidural kateter yerleştirilir.

Günümüzde kombine spinal-epidural tekniğin doğum analjezisinde kullanımı bu alanda kullanılan ekipmanlarında gelişmesiyle yaygınlaşmaya başlamıştır. İntratekal uygulanan ilaçlar kısa sürede analjezi oluştururken, epidural kateter yoluyla verilen ilaçlarda doğumun ilerleyen dönemlerinde analjezi sağlarlar. Lokal anestezikler ile opioidlerin kombinasyonu analjezi kalitesini artırırken her iki ilacın dozu ve yan etkisi azalmaktadır. Bu şekilde lokal anesteziklerin doğum analjezisinde istenmeyen motor blok yapıcı etkisi ile opioidlerin solunum depresyonu, kaşıntı, bulantı gibi yan etkileri azalmış olur. Gebenin hareketini de engellemediği için yürüten epidural olarak tarif edilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.3.1.3 Genel (İnhalasyon) Anestezi

Genel anestezi, duyumsama fonksiyonunun bütün duyu çeşitlerini içine almış olarak tümüyle ortadan kalkmış olması durumudur. Genel anestezik ilaçlar, santral sinir sisteminde selektif olmayan genel bir depresyon oluştururlar ve bu durum reversibldir. Bu yöntem başta azot protoksid olmak üzere çeşitli inhalasyon ajanları uygun kullanımları halinde güvenli, etkin ve ucuz bir analjezi yöntemi oluştururlar. Azot protoksid; oksijen ile birlikte, hastanın kendisinin kullanabileceği, yakın izlem gerektirmeyen, analjezi oluşturur. Yeni doğandan atılımı birkaç dakika içinde gerçekleşir ve solunum depresyonuna neden olmaz. Tek başına veya regional ya da lokal anesteziye ek olarak doğumun bir ve ikinci evrelerinde ağrıyı ortadan kaldırmak için kullanılır. (Demirok, 2006; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Şirin, 2008; Tournaire and Yonneau, 2007).

2.3.1.4 Hasta Kontrollü Analjezi (HKA)

Hasta kontrollü analjezi tekniği (HKA), bilgisayar tekniğiyle geliştirilmiş olup, hastanın ağrı duydukça küçük dozlarda analjezik ilaçları kendi kendine almasını sağlayan bir yöntemdir. Hastaların bireysel farklılıkları nedeniyle analjezik ilaç gereksinimleri farklı olacağından yola çıkılarak ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik etkilerinin minimal düzeye indirilmesi tasarlanmıştır. Hasta gereksinim duyduğunda bir düğmeye basarak intravenöz veya epidural yolla ilacını zaman

kaybetmeden alabilecek, ağrısı olmadığında gereksiz yere fazla ilaç almamış olacaktır. HKA pompası ancak belirli bir aradan sonra ikinci basısta istenen dozu verir. Belirli bir zaman sürecinde (14 saat) verilecek maksimum dozda ayarlanır. Hasta kontrollü analjezi başlangıçta postoperatif ağrıları tedavi etmek üzere kullanılmıştır. Son yıllarda doğumda epidural analjezide kullanıma girmiştir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Macintyre et al. 2007).

2.3.2 Nonfarmakolojik Yöntemler

Modern tıpta doğum yapacak tüm kadınların medikal ‘farmakolojik’ anestezi bakımını alması gerekmediği, hatta kimi zaman bunun mümkün olmayacağı kabul edilmektedir (Erdine, 2007).

Doğum ağrısının kontrolü, doğum yapan kadınlara verilen bakımın temel amaçlarından biridir. Ağrının azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik ve destekleyici metodlar ebelik uygulamalarının bir parçasıdır ve doğum eyleminde güvenle kullanılabilir. Doğum eyleminde destekleyici bakım; emosyonel destek, rahatlama, bilgilendirilme ve savunuculuğu içermektedir (Hodnett et al, 2007; Mucuk ve Başer, 2009; Shields and Candib, 2010; Taşçı ve Sevil, 2007; Yıldırım ve Güngör, 2009). Gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınmak hem anne hem de bebek için komplikasyon olasılığını azaltır ve yaşam boyu pozitif doğum deneyimi hatırlanmasını sağlar (Amis, 2009). Bu nedenle doğum sürecindeki kadının ebelik bakımının odağı, yalnızca anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaktır (Kızılkaya, 1997). Korku duymayan ve bakımını sağlayan doğum personeline güveni olan kadın genellikle daha az miktarda analjeziye ihtiyaç duyar (Cunningham et al. çev. Akman, 2005).

Doğum ağrısıyla başa çıkmada güvenle kullanılan nonfarmakolojik yöntemler medikal kurallara gereksinim duymazlar. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin eğitimi, doğuma hazırlık sınıflarının da temelini oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler’ de doğuma hazırlık sınıflarında en fazla öğretilen metodlar; Dick-Read ya da doğal doğum metodu, Lamaze ya da psikoproflaktik metod ve Bradley ya da doğum koçu/eş desteği metodudur (Lowdermik and Perry, 2003; Öztürk, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003;).

Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin öğretilmesi için en uygun zaman ikinci trimester ile miaddan birkaç hafta öncesine kadar olan dönemdir. Bununla birlikte nonfarmakolojik yöntemler, doğum öncesi dönemde herhangi bir hazırlıktan geçmeden doğuma gelen kadınlara da öğretilir. Bunun içinde en ideal zaman doğum eyleminin latent fazıdır. Çünkü latent fazda doğum ağrısının şiddetinin düşük olması ve gebenin dikkatinin dağılmaması, verilen eğitimin gebe tarafından etkin bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır (Yıldırım ve Şahin, 2003).

Gebeliği süresince kaliteli bir ebelik bakımı alan kadınların, antenatal dönemde daha az hastaneye yattığı, travay indüksiyonuna daha az ihtiyaç duyduğu, travayda daha az analjezi ve anesteziye başvurduğu, ağrıya baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, spontan doğum oranlarında artma ve sezaryen oranlarında azalma olduğu ayrıca acil sezaryen ihtiyacında azalma olduğu iyi kalitede çalışmalarla kanıtlanmıştır (Arslan ve ark. 2008; Leslie and Storton 2007).

Doğumla ilgili ağrı algısını azaltmada veya değiştirmede kullanılan nonfarmakolojik yöntemler ve konfor yöntemleri ağrılı uyarıyı rahatlatmak için derisel tedavi teknikleri, işitsel ve görsel teknikler ve bir hissin ağrılı olarak yorumlanması derecesini kontrol eden bilişsel süreçler olarak üç grupta sınıflandırılabilir (Phillips, 2003).

2.3.2.1 Derisel Ağrı Tedavisi Teknikleri

2.3.2.1.1 Efloraj ve Sakral Basınç

Efloraj ve sakral basınç doğum ağrısının ilk aşamasında pek çok kadına rahatlama sağlamış iki yöntemdir. Bu yöntemlerin etkinliği kapı-kontrol teorisi ile açıklanabilir. Kasılmalar sırasında solunumla ritmik olarak abdomenin hafifçe okşanması olan efloraj, kadının dikkatini kasılma ağrısından uzaklaştırmak için kullanılır. Efloraj vücudun herhangi bir kısmına kadın ya da partneri tarafından uygulanabilir. Çoğu kez monitör kemeri eflorajın karına uygulanmasını zorlaştırır; bu yüzden üst bacak veya göğüs kullanılabilir. Doğum ağrısı ilerledikçe, efloraj daha az etkili hale gelebilir ve hiperestezi rahatsız edebilir (Berkiten, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk ve Davas; 2010).

Efloraj, deri üzerinde kayan ve derin kas kütlelerinde basınca sebep olmayan ve bunları hareket ettirmeyen tüm hafif masajlardır. Dokunuşlar yumuşak gıdıklama şeklinde olmalı, parmaklar sürekli deriye temas etmelidir. İki elin parmakları umblikusun her iki yanına konur. Eller yukarıya ve dışa doğru hareket ettirilip, aşağıya pubik bölgeye doğru getirilir ve tekrar umblikusa çıkarılır. Eflorajın fetal moniterizasyon sırasında da yapılması faydalıdır. Parmaklar umblikusun bir tarafından diğer tarafına doğru proplar arasında hafifçe hareket ettirilebilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas; 2010; Öztürk, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Karşı basınç, fetal oksipital kemiğin sakruma yapılan basıncın şiddetini karşılayacak derecede bir gücün uygulanmasını gerektirir. Destek veren şahsın elinden ya da başka bir sert cisimden gelen düzenli basınç, fetal oksiputun sebep olduğu sakroiliak bağ dokularındaki gerilmeye karşı basınç oluşturur. Bu teknik sakrumu ilium ile normal hizaya getirerek doğum ağrısını azaltır. Ayrıca karşı basınçta; iki taraflı kalça basıncı ve diz basıncı teknikleri de kullanılabilir. Karşı basınç uygulaması zor bir iştir çünkü destek veren kişinin her zaman rahatlatmış olması gerekecektir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003).

2.3.2.1.2 Yüzeysel Sıcak veya Soğuk Uygulamalar

Doğum ağrısı döneminde sıcak ve soğuk uygulamaların kullanımına dair yeterince randomize kontrollü çalışma olmamasına rağmen deneysel koşullar altında ağrı üzerine etkileri daha önceden çalışılmıştır. Sıcak; vazodilatasyon etkisi ile dolaşımın artması, ağrıyı uyaran metabolik artıkların bölgeden uzaklaştırılmasını ayrıca iskemi sonucu gelişen gerilim tipi ağrıda bölgenin kanlanmasını sağlayarak analjezi etkisi sağlamaktadır (Adams and Bianchi, 2008; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas; 2010; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Doğumda oldukça ilgi gören yüzeysel sıcak uygulama teknikleri doğumun birinci evresinde özellikle oksiput posterior doğumlara bağlı bel ağrılarını rahatlatmak, doğumun ikinci evresinde ise perine ağrısını azaltmak ve perineyi travmalara karşı korumak amacıyla kullanılır. Sıcak uygulama daha çok kadının sırtına, alt karnına, kasık ve/veya perineye uygulanır. Sıcaklık kaynağı olarak sıcak su şişesi, ısıtılmış piriñç doldurulmuş çorap, sıcak ıslak ya da kuru kompresler, elektrikli ısı pedleri, sıcak battaniye, sıcak banyo ya da duş kullanılabilir. Yaklaşık 40–45°C 'lik bir ısının deriye

teması genellikle deriye sıcaklık verir. Kaslar ve derin dokular subkutan yağ dokusu nedeniyle etkilenmezler. Sıcak uygulama kadının ateşi, kanamaya eğilimi olduğunda ve duyarlılığı azalmış bölgeye uygulanmamalıdır. Araştırmalara göre epidural anestezi sırasında annenin vücut sıcaklığında artış saptandığından, kadın bu sırada sıcak battaniyelerle örtülmemeli ve oda serin tutulmalıdır (Berkiten, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk ve Davas; 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Öztürk, 2006; Simkin and Bolding; 2004; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Soğuk uygulama; kas spazmını önler, derideki duyarlılığı azaltır, inflamasyonu ve eklem yerlerindeki gerginliği giderir. Eğer doğum eyleminde kadın çok terlemiş ve bunalmış ise soğuk uygulama kadının rahatlamasına yardımcı olabilir. Soğuk uygulama kas spazmını azaltır, inflamasyonu ve ödemi azaltır, kalın çaplı sinir liflerinin stimülasyonu ile derinin duyarlılığını azaltarak, ağrının hafiflemesini sağlar. Soğuk uygulama genellikle kadının bel, göğüs, alın, yüz, kol ve ellerine uygulanır. Soğuk su ile ıslatılmış petler kadının alına yerleştirilebilir ya da yüzü, göğsü, kolları ve elleri bu petlerle silinebilir. İçine buz parçaları doldurulmuş plastik eldivenler ya da hazır soğuk paketler sakral bölgeye yerleştirilebilir. Soğuk uygulama buz parçaları doldurulmuş eldiven veya hazır soğuk petlerle, soğutulmuş soda şişeleri, buz ile doldurulmuş yuvarlak teneke ve plastik kutularla, buzda soğutulmuş metal kaplar, hatta donmuş sebze poşetleri ve dondurulmuş jel paketleri yapılabilir. Bu tür paketlerin bele yaptığı basıncın mekanik etkisi nedeniyle ekstra yararları olduğu düşünülmektedir (Adams and Bianchi, 2008; Berkiten, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas; 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Lowdermik and Perry, 2003; Öztürk 2006; Simkin and Bolding 2004; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Soğuk uygulama soğuğa bağlı ürtiker/ hipersensitivite, hipertansiyon (vazokonstriksiyon sebebiyle), raynaud olgusu (parmakların beyazlama ve parastezi), sickle cell anemi gibi durumlarda kontraendikedir. Buna ek olarak kadının kültürel yapısı ve soğuk uygulamaya yaklaşımı ve kişisel tercihi de göz önüne alınmalıdır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mucuk ve Başer, 2009; Simkin and Bolding 2004).

Hem sıcak hem de soğuk uygulama cilde uygulanırken direk cilde temas etmemeli, cilt ile paket arasına bir ya da iki kat halinde örtü kullanılarak cilde zarar

vermesi engellenmelidir. Ayrıca kadının soğuk ve sıcaklığa karşı hassasiyetinin bozulmamış (epidural anestezi gibi) olması gerekir. Doğum yapan kadının sıcak ve soğuğa olan toleransı değişmiş olabilir ve daha fazla sıcak ve soğuğa tolerans gösterebilir. Bu nedenle bakım veren kişi öncelikle kendi kendine sıcaklığı test etmeli ve daha sonra uygulamalıdır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mucuk ve Başer, 2009; Simkin and Bolding 2004).

2.3.2.1.3 Hidroterapi – Banyo

Doğum ağrısında ve doğumdan sonra rahatı artırmak ve gevşeme sağlamak için kullanılan bir diğer non-farmakolojik yöntemdir. Kadının karnını suyun altında bırakacak kadar derin ılık su içine girme; gevşemeyi artırmak, doğum ağrısını azaltmak ve doğum ağrısı döneminde süreci iyileştirmek için kullanılır. Banyolar birçok ülkede popüler bir tercih haline gelmiştir. Kadınlar genellikle doğum ağrısı döneminde birkaç dakikadan birkaç saate kadar banyoda kalırlar (Caton et al, 2002; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mucuk ve Başer, 2009; Lowdermik and Perry, 2003 Simkin and Bolding 2004).

Ilık suya girmenin doğum ve doğum ağrısını algılama üzerine birçok fizyolojik etkisi vardır. Ilık su endorfin salınımını uyarır, kas gerginliğini azaltarak kasları gevşetir, kalın çaplı sinir liflerini uyararak ağrı kontrol kapısını kapatır ve çok iyi dolaşım ve oksijenasyon sağlar. Suyun içinde bulunmanın sağladığı hidrostatik basınç, dokular arası sıvının damar arası boşluklara hareket etmesini sağlayarak plazma hacmini artırır ve oksitosin konsantrasyonunu azaltır. Küvet ya da masajlı banyo, aktif doğum ağrısı elde edilmeden önce kullanıldığında uterus kasılması yavaşlayabilir veya tamamen durabilir. Kadın banyoya aktif doğum ağrısından önce girerse, bir ya da iki saatten fazla kalırsa doğum ağrısı dönem süreci yavaşlayabilir. Fetüs sağlığı güvence altına alınmalıdır. Zarlar sağlam ya da rüptüre olabilir. Rüptür durumunda su temiz olmalı ya da sadece az miktarda mekonyum olmalıdır. Ağır mekonyum durumunda hidroterapi kullanılmamalıdır (Avcıbay, 2009; Caton et al. 2002; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk, 2008; Mucuk ve Başer, 2009; Simkin and Bolding 2004; Tournaire and Yonneau, 2007; Yerby, 2000; Yıldırım, 2001;).

Duş kullanma, küvetlerden bulaşabilecek enfeksiyonların önüne geçecektir. Bu durumda suyun kaldırma kuvvetinin ve hidrostatik basıncın faydaları olmamasına rağmen, ısının faydası mevcuttur. Küvet ve masajlı banyoda olduğu gibi suyun aşırı

sıcak olmamasına ve annenin vücut ısısının çok yükselmemesine dikkat edilmelidir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003).

Doğum ağrısının oksitosin ile uyarılması, koyu mekonyum varlığı ya da elektronik fetüs gözlemi için dahili elektrot kullanımında kontraendikedir. Banyo sırasında kadının ısısı veya fetal kalp hızı artarsa su soğutulur ya da ısının düşmesi için kadının küvetten çıkması istenir. Küvet suyu 35,6 – 36,7 °C arasında tutulur. Banyodan sonra kısa bir süre annenin ısısı biraz yüksek olabilir. Banyo sırasında sıvılar, buz ya da serin bir yüz bezi verilir. Banyodan sonra annenin hayati belirtileri, doğum ağrısı ve fetal kalp hızı değerlendirilir (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk, 2008;).

Hidroterapi aşağıdaki yan etkilerden bazılarına sebep olabilir:

- ❖ Zayıflık
- ❖ Baş dönmesi
- ❖ Mide bulantısı
- ❖ Annede veya fetüste taşikardi
- ❖ Annede hipotansiyon
- ❖ Hipernatremi

Yan etkiler genellikle vücut ısısındaki artış veya dehidratasyon ile ilgilidir ki ikisi de uygun ebelik müdahaleleri ile engellenebilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

Hidroterapi diürezin artışını, ödem ve kan basıncının azalmasını ve su üzerinde duruşun artması nedeniyle fetusun rotasyonunda kolaylık sağlayabilir. Doğum hızında artış, intramuskuler ve intravenöz ilaç kullanımında azalma, epidural anestezi riskinde azalma, müdahaleli doğum oranında azalma, daha az perineal travma, daha az epizyotomi sağlayabilir ve anksiyete düzeyini de düşürebilir. Düşük maliyetinin olması, annenin memnuniyetinin çok yüksek olması, hekimin istemine ihtiyaç duyulmaması en önemli avantajlarıdır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk, 2008; Simkin and Bolding 2004).

2.3.2.1.4 Dokunma ve Masaj

1986'da Hedstrom ve Newton doğum eyleminde dokunma tekniğini incelemişlerdir. Genellikle doğu kültüründe kullanılan dokunma tekniği özel bir

terapötik dokunmadır. Masaj, sağlık ve iyiliği artırmak için vücudun yumuşak dokularına sistematik ve amaçlı olarak elle yapılan işlemdir. Doğum sırasında gevşemeyi sağlamak, ağrı ve acı çekmeyi azaltmak için kullanılır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mucuk ve Başer, 2009; Simkin and Bolding 2004; Taşçı ve Sevil, 2007; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Masajla derideki dokunma reseptörleri uyarılarak ağrının dar bir alanda lokalize olması sağlanmaktadır. Dokunma reseptörleri ağrıyı ileten “A” ve “C” liflerine göre daha geniş çaplı liflerdir. Bu nedenle masaj ile uyarıldıklarında, bu uyarıyı kortekse “A” ve “C” liflerinden daha hızlı iletirler. Bunun sonucu olarak dokunma uyarısını öncelikle alan korteks, ağrı algılanmasını engeller. Bu mekanizma KKT’ ne göre açıklanmaktadır. Mekanoreseptörler uyarılarak dolaşım hızlanmakta ve böylece dokuların oksijenasyonunda artış sağlanmaktadır. Kasların gevşemesi ve lenf sistemi aracılığı ile toksinlerin atılmasını sağlayarak ağrıyı azaltmaktadır (Avcıbay, 2009; Field, 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Öztürk, 2006).

Masajın kaslarda meydana getirdiği hoşnutluk verici gevşeme, aynı zamanda zihinsel rahatlamaya yol açmaktadır. Teorik olarak bu durum masajın ciltteki çevresel reseptörleri uyarmasıyla oluşur. Uyarılar omurilik yolu ile beyine ulaşır ve burada hoş bir duygu yanında genel rahatlamayı sağlar. Masajın diğer etkileri ise kan ve lenfatik dolaşımı ayrıca endorfin salınımını arttırması, ağrıyı, inflamasyon ve ödemi azaltması, depresyon ve anksiyeteye iyi gelmesidir. Masaj; monoton, ritmik, yumuşak hareketlerden oluşmalı, kuvvetli, sert, sürekli darbelerden kaçınılmalıdır. Doğum eylemi sırasında bel, bacak, omuz vb. bölgelere uygulanan masaj; ağrı ve acıyı azalttığı, doğumda rahatlatma ve pozitif düşünmeyi desteklediği ayrıca depresif ruh durumunu giderdiği için tavsiye edilmektedir. Aile üyeleri, arkadaş ya da destekleyen birinin yardımıyla kolaylıkla uygulanabilir. Ovma, başkasının elini tutma, avuç içinde sert bir madde sıkma, yumruk ya da sert bir obje ile basınç uygulama şeklinde yapılabilir. Örneğin; plastik bir tarağın dişleri avuç içine basınç oluşturacak şekilde yerleştirilip sıkılması kadını büyük ölçüde rahatlatmaktadır. Burada önemli olan nokta bu davranışların ağrıya karşılık kadının kullandığı bir yöntem olduğunun belirlenmesidir (Field, 2010; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Öztürk, 2006; Yerby, 2000; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Obstetride masaj teknikleri, vücudun her bölümü için ayrı uygulanır. Alt sırt masajı, üst sırt masajı, perine masajı, bacak masajı ve bazı doğum noktalarına uygulanan masaj bunlardan bazılarıdır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Tournaire and Yonneau, 2007).

Alt sırt bölgesi (bel masajı): Bel ağrısı fetüs başının her bir kontraksiyon ile koksiks ve sakruma yaptığı basınçtan kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla tüm doğum boyunca uterus ile medulla spinalis arasındaki ağrı uyarılarının geçiş bölgesi olan alt bel bölgesi masaja en çok ihtiyaç hisseden alandır. Bu durum daha çok oksiput posterior pozisyonda geçerlidir. Bu masajda anne sandalyede ters oturur pozisyonda, ayakta, öne doğru diz çökme pozisyonunda veya yan yatar pozisyonda olabilir. Eğer anne yan yatar ya da oturur pozisyonda ise başın altına ve dizlerin arasına birer yastık yerleştirilir (Adams and Bianchi, 2008; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Alt sırt masajı aşamalı olarak şu şekilde yapılır:

1. İlk olarak başparmak sakrumda iken dairesel hareketlerle başlanır. Spinanın merkezindeki üçgen kemiğe hafif baskı uygulanır spinanın her bir yanına doğru hareket devam ettirilir ve bel üzerinde hareket sonlandırılır.

2. Bir el ile annenin omuzları tutulur efloraj ile spinanın yanına inilir. Omuz çevresinde dairesel hareketler uygulanır. Diğer tarafa geçmeden önce hareket birkaç kez tekrarlanır.

3. Spinal kemiğin her iki yanına (yaklaşık 1.5 cm'lik aralıklarla) başparmak ile bası uygulanır. Harekete sakrumdan başlanır ve yukarı doğru devam edilir. Her bir noktaya beş saniye kadar masaj uygulamak yeterlidir. Bel düzeyine masaj uygulanmamalıdır.

4. Başparmak pelvisin alt kısmında sakrumdan başlayarak 1.5 cm'lik aralıklarla annenin kalçasına doğru hareket ettirilir. Kalçanın merkezine daha derin masaj uygulanır. Solunum başlayınca bası uygulanır, soluk verme esnasında ise anne gevşetilir. Bu hareket birkaç kez tekrarlanır.

5. Avuç içi direk annenin sakrumuna yerleştirilir ve diğer el ile annenin omuzları desteklenir. 10 saniye kadar derin vibrasyon hareketi uygulanır ve bu hareket iki kez tekrarlanır.

6. Sakrumdan yukarıya omuz çevresine doğru efloraj yapılarak masaj tamamlanır (Adams and Bianchi, 2008; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Yıldırım, 2001).

Üst sırt bölgesi (omuz ve boyun bölgesi): Sakrumun üst kısmına ve omuz çevresine üç kere efloraj yapılır. Omuz çevresinde masaja devam edilir. Omuzdan kürek kemiğine kadar özellikle duyarlı bölgelere başparmaklar ile dairesel hareketler uygulanır. Her iki omuzun çıkıntılı kenar kısımları ovulur ve kollara doğru hareket ettirilir. Bu bölge arkaya, sırtta doğru ovulur ve hareket en az 3–4 kez tekrarlanabilir (Adams and Bianchi, 2008; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Abdominal masaj: Genellikle abdominal masaj, kontraksiyonlar arasında saat yönünde yapılır. Anne sırt üstü yatabilir, baş ve dizlerin altına yastık konulmalıdır ya da yan yatış pozisyonunda da uygulanabilir.

Bacak masajı: Genel masaj eflorajla bacak ve ayak üzerinde devam eder, böylelikle kasların gevşemesine yardım edilir ve ağrı azalır. Öndeki efloraj hareketi arka bacak ve ayak için de uygulanır. Bu teknikte çok gevşetici ve rahatlatıcıdır. Ayak masajı birçok refleks noktalarını uyaracaktır ve böylelikle doğumun kolaylaşmasına yardım edilir.

Doğum noktaları: Gebeliğin başlangıcında bu noktalara masaj uygulamak kontraendikedir.

1. Dalak 6 noktası yaklaşık üç inç ayak bileği kemiği üzerindedir. Bu noktalara başparmak ile bası yapılır. 10 saniye tutulmalı ve bırakılmalıdır. Bu masaj üç kez tekrarlanır. Anneler bu noktalar hakkında doğru bilgilendirilmelidir.

2. Over ve uterus refleks noktaları ayak bileği kemiğinin altında, topuğun ortasındadır. Hem başparmak hem de orta parmakla sıkıştırma yapılabilir. 10 saniye tutulur ve gevşetilir. Bu hareket üç kez tekrarlanır (Adams and Bianchi, 2008; Berkiten, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Yıldırım, 2001).

2.3.2.1.5 Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı (TENS)

Transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS); belirli frekans, amplitüd ve pulse genişliğindeki düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığı ile

deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınmasıdır. Elektrik canlı dokuların tamamında doğal olarak bulunan bir fenomendir. Non invazif bir yöntem olup, genellikle akut, kronik ve ameliyat sonrası ağrıyı kontrol etmek için ağrı kesicilere ek olarak ya da ağrı kesicilerin yerine kullanılmaktadır. TENS “plasebo etkisi” sebebiyle faydalı olabilir; yani TENS uygulamasın kadın vücudunda endojen opioid salgısını uyatarak rahatsızlığı hafifletebilir. Bugün için TENS’in etkinliği üzerine en fazla kabul edilen görüş kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisidir (Avcıbay, 2009; Berkiten, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk ve Davas, 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Öztürk, 2006; Simkin and Bolding 2004; Taşçı ve Sevil, 2007; Yıldırım, 2001).

TENS ilk olarak 1970’li yıllarda İskandinavya’da doğumda kullanılmıştır daha sonra 1976’da İsveç’te yapılan bir araştırma sonucunda TENS’in doğum ağrılarının azaltılmasında etkin olduğu kanıtlanmıştır. Günümüzde birçok ülkede geniş ölçüde kullanılmaktadır. TENS cihazları, doğumda kadınlar tarafından kolaylıkla kullanılacak şekilde dizayn edilmiştir. Reçetesiz olarak isteyen herkes eczane ya da medikalıcılardan elde edebilir ve kullanabilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mucuk ve Başer, 2009; Simkin and Bolding 2004).

TENS uygulamasında iki elektrot kullanılır. Elektrotlar T10 -L1 seviyesi ile S2 – S4 seviyesine yerleştirilir. Kadın, akımın yoğunluğunu kadranı döndürerek ve TENS cihazı üzerindeki kadranı ayarlayarak ya da düğme ile stimülasyon biçimini değiştirerek kontrol edebilmektedir. Düşük şiddetli akımlar endorfinlerin serbest kalmasını sağlar ve yüksek sıklıkla spinal nöral kapıyı açar, böylece ağrı veren yol bloklanır. Ayrıca TENS’in vızıltı ya da iğne batması gibi bir duyguya neden olarak kontraksiyon ağrısının farkına varmayı engellediği düşünülmektedir. Ağrı deneyiminden önce kullanılırsa daha etkindir. Kuvvetli uyarımlar kısa süreli kas kramplarına yol açabilir. (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Simkin and Bolding 2004; Taşçı ve Sevil, 2007; Tournaire and Yonneau, 2007).

TENS’in uzun süre ve kolay kullanılabilmesi, kapatıldığında etkisinin sona ermesi, anneye ve bebeğe zararının olmaması, anne kontrolünde kullanılması ve annenin doğum eylemine aktif olarak katılmasını sağlaması gibi avantajları vardır.

(Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk ve Davas, 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Simkin and Bolding 2004).

TENS'in pahalı olması, fetal monitörle beraber kullanılmaması ve doğumun sadece birinci aşamasında etkili olması, fetal kalp kaydında elektriksel karışıklığa neden olabileceği için, birinden birinin çalışmasını kesintiye uğratabilmesi ve temas dermatiti yapması dezavantajlarıdır. TENS elektrokardiyografik gözleme ihtiyaç duyan ve epileptik hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Ayrıca doğum ağrısı dönemi ve doğum sürecini anlayan, yazılım ve donanımı bilen ve anneye nasıl açıklanacağını bilen bir terapistin/ebenin olması da gereklidir. TENS'in diğer ağrı kontrol yöntemlerine bir ek yöntem olduğu ve başka analjezilerde istemenin doğal olduğu bilinmelidir. (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Simkin and Bolding 2004).

2.3.2.1.6 İntradermal Steril Su Enjeksiyonu (ISW)

İntradermal steril su enjeksiyonu olarak bilinen yöntem ilk olarak 1980'lerin sonlarında tanıtılmıştır. Avrupa ve İskandinav ülkelerinde kullanılmaktadır. Doğum sırasındaki bel ağrısını azaltmak için kullanılır. Doğumda % 15–74 oranları arasında bel ağrısı oluşmaktadır. Bel ağrısının etiolojisinde fetal oksiput posterior pozisyon, kadınların bireysel lumbopelvik özellikleri, uterustan kaynaklanan nedenler yer almaktadır (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006; Taşçı ve Sevil, 2007).

Teorik olarak intradermal uygulanan steril su sinir uçlarını rahatsız ederek diğer ağrılı hisleri bloke eder. Teknik olarak intradermal su bloğu uygulaması için; 0.05–0.1ml steril enjeksiyonluk su ve 1 ml'lik 25 gauge iğne uçlu bir enjektör kullanılmalıdır. İlk iki intradermal baloncuk her bir posterior superior iliak spina üzerine, diğer iki tanesi ise ilk yapılan yerlerin 3 cm aşağısına ve 1cm medialine yapılır. Bu yerleşimler yöntemin başarı sağlamasında önemlidir. İntradermal steril su verilmesinden sonra ağrıda rahatlamamanın 1 saat ile 3 saat arasında sürdüğü rapor edilmiştir. İntradermal su bloklarının annelerde genel doğum ağrısını azaltmadığı, buna karşılık ağrı algılamasını azalttığı belirlenmiştir. Bu yöntemin en önemli avantajı etkili olması, anne ve fetüs sağlığına olumsuz etkisinin olmaması, ucuz olması, eğitilmiş ebeler tarafından uygulanabilmesi, teknik açıdan zor bir işlem olmaması, ağrı kontrolü için strateji

sağlaması ve gerektiği sıklıkta kullanılabilmesidir. Dezavantajı ise etkisinin kısa süreli olması, işlem tekrarı gerektirmesi ve bel ağrısı dışında etkili olmaması ve tek yan etkisinin enjeksiyon sırasındaki şiddetli batma ağrısıdır. Bu uygulamanın rahatsızlığını gidermek için bazen enjeksiyonlar kasılma sırasında ve işlemi hızlandırmak için iki görevli tarafından aynı anda yapılabilir (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Mucuk ve Başer, 2009; Öztürk, 2006; Simkin and Bolding 2004; Taşçı ve Sevil, 2007).

2.3.2.1.7 Bitkisel İlaçlar

Dünya kültürlerinin çoğunda bitkiler, sağlığın sürdürülmesi ya da hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. WHO' nun tahminlerine göre dünya nüfusunun %75'i kendilerini halen bu şekilde tedavi etmektedir. Bitkilere olan ilginin çok fazla olmasının temel nedeni, batıda geliştirilen ilaçlardan çoğunun yapamadığından çok daha geniş bir spektrumda hastalıkları tedavi etmesi ve ayrıca yan etkilerinin yok denecek kadar az oluşudur (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Tournaire and Yonneau, 2007).

Bitkilerin Hazırlanması: Bitkilerin kurutulmuş ya da taze olması durumuna göre birkaç şekilde hazırlamak mümkündür. Çay yapmak için bir çay kaşığı kurutulmuş otu veya üç çay kaşığı taze otu kaynatılmış bir bardak mineralli su içerisine koymak yeterli olacaktır. 15 dakika üstü kapalı bekletildikten sonra ılık halde içilebilir. Bitkilerin kabuk kısımlarının veya kök kısımlarının kullanılması durumunda içeriklerinin salınabilmesi için kaynatılmaları gerekmektedir. Bitkinin sert kısmını en iyi şekilde öğüttükten sonra üzerine bir miktar ons (Amerikan ölçüm sisteminde 28.35 gr eşit bir ölçü birimi) kurutulmuş veya üç ons taze bitkinin kendisinden ekleyip biraz su içerisinde paslanmaz çelik bir tencere de kaynatılır. Bu kaynatma işlemi 15 dakika yaptıktan sonra içeriğin ılık kıvama gelmesini bekleyip içilebilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

Geçmişte kullanılan ağrı kesici özellikteki bitkisel ilaçlara göre bugün kullanılanların sayısı daha azdır. Bitkisel ilaçların kullanım amacı doğumu hızlandırmaktan ziyade, doğum ağrısını ve stresini azaltmak amacıyla geçmişte kullanılmışlardır. Doğum sırasında içilen çayın dezavantajlarından biri, sindirim sisteminin yavaşlaması nedeni ile sindirim sorunları yaşatmasıdır. Mide bulantısı en sık görülen semptomdur.

Rozberi (Böğürtlen) yaprağı çayı: Böğürtlen yaprağı çayı geleneksel olarak kadına doğumunu kolaylaştırması için verilen bir çaydır. Uterusun kontraksiyonlarını ayarlarken, aynı zamanda vitamin C ve demir kaynağıdır. Kaynamış suya iki çay kaşığı kurutulmuş böğürtlen yaprağı ilave edildikten sonra üzeri kapatılıp, 15 dakika bekletilerek yapılır. Gebelik süresince günde bir bardak ve gebeliğin son üç ayında günde üç bardak içilmesi tavsiye edilmektedir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

Scullcap: Antienflamatuar, antispazmotik, sedatif ve güçlü tonik etkisi vardır. Antispazmotik madde kasları rahatlatır ve spazmları engeller, sinir sistemi üzerinde bir tonik gibi davranır.

Motherwort: Sedatif, antispazmotik, hafif hipotansif, hafif uterusu uyaran, gevşetici etkisi vardır. Kardiak güçsüzlük, basit taşikardi, amenoreye karşı etkilidir. Gebeliğin ilk dönemlerinde kullanılması tavsiye olunur. Doğum sonrası uterusun eski haline gelmesi ve doğum sonrası oluşacak kanamaların engellenmesi açısından önemli bir bitkidir.

St. John' nun Wort: Bu bitki sırtta, uterusu meydana gelen spazmların giderilmesi için alınan faydalı bir bitkidir. Scullcap ile birleştirilerek hazırlanabilir.

Yabani Patates: Genellikle romatizma ve artrit tedavisinde kullanılır. Ayrıca; antispazmotik, diüretik, ekspektoran ve üriner yol enfeksiyonları ile ilgili ağrı tedavisinde kullanılır. Doğum ağrısı ve korkusu duyan kadınlar için faydalıdır.

Bitki Kompresleri: Bir kompres taze/kurutulmuş ve sonrada, ıslatılmış bitkilerin bir bez parçası içerisine sarılarak deri üzerine konulması ile yapılır. Bitki özü sıcak veya soğuk olabileceği gibi kompres tutulduğu deri üzerinde soğuyana veya kuruyana kadar tutulabilir, istendiğinde tekrar edilebilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.3.2.1.8 Aromaterapi

Günlük yaşamda farkında olmadan yağmur sonrası toprak kokusu, fırından yeni çıkmış ekmek kokusu vb. ile aromaterapiyi yaşamaktayız. Ancak sistemli aromaterapi uygulaması bitkilerin yüksek yoğunluklu esansiyel yağlarının ve kokularının sağlık canlılığı sürdürmek ve iletmek amacıyla kullanılması esasına dayanır. Yüzyıllar önce

eski Mısır ve Hint uygarlıklarından doğmuş olan aromaterapide genellikle yağlar masajın terapötik etkisiyle birleştirilmektedir. Konunun uzmanları aromaterapinin beden ve ruh dengesini koruduğu, hoş bir koku solunarak gevşemenin gerçekleştiği, anksiyeteyi, korkuyu, ağrıyı, bulantı ve kusmayı azalttığı, kan basıncını ve kalp hızını düşürdüğü, kasılmaları iyileştirdiği, kadının iyilik hissini arttırdığını bildirmektedirler. Aromatik ajanların banyo suyuna eklenmesi, tütsü olarak yakılması, elbise veya yatak takımlarına serpiştirilerek inhaler olarak kullanılması, kompresleme, masaj ve buharlaştırma kullanım şekilleridir (Avcıbay, 2009; Burns et al.2007; Khorshid ve Yapucu, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk ve Davas, 2010; Mamuk, 2008; Simkin and Bolding, 2004; Tournaire and Yonneau, 2007).

Aromaterapide 60 çeşitten fazla şifalı bitkiden yararlanılır. Lavanta yağı, tatlı portakal yağı, gül yağı, jojoba yağı, zeytinyağı, sardunya, ada çayı, ardıç, yasemin, sandal ağacı, okaliptüs ve çeşitli tütsüler en iyi bilinen aromatik bitkilerdir. Özellikle lavanta yağı ile masaj yapmak ya da banyo suyuna eklemek en çok tercih edilen yöntemdir. Çünkü lavantanın kokusu yanında güçlü bir antiseptik özelliği vardır. Aynı zamanda panik duygusunu azaltır ve kontraksiyonları güçlendirir. Analjezik, antidepresan ve sedatiftir. Gül; antidepresan, uyuşturucu ve uterotoniktir. Derin ve sakin nefes almayı sağlar. Yasemin; doğuma yardımcı olarak bilinir. Analjezik ve antispazmotik etkisi vardır. Kasılmaları güçlendirir, rahatlatır ve enerji verir. Tarçın yaprağı; kontraksiyonlar uyarılabilir. Antispazmolitik olup, kan dolaşım sistemini, kalp ve solunum sistemini uyarıcı özellikte taşır. Sonuç olarak aromaterapi ucuzdur, ebeler ve kadınlar arasında popülerdir (Avcıbay, 2009; Burns et al.2007; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Mamuk, 2008).

2.3.2.1.9 Homeopati

Homeopati, 18. yüzyıldan bu yana kullanılan doğal bir tedavi yöntemidir. Alman tıp doktoru ve bilim adamı **Samuel Hahnemann** (1755-1843) tarafından geliştirilmiştir. Homeopati kelimesi Yunanca *homeos* (benzer) ve *pathos* (hastalık) kelimelerinden oluşmuştur. "Benzer benzeri iyileştirir" esasına dayanır. Latince "Similia similibus curentur" olan bu prensip, aslında Hipokrat döneminden beri bilinmektedir.

Homeopati, sağlıklı kişilerin beden ya da zihinlerinde rahatsızlıklara sebep olabilen maddelerin, seyreltilmiş şekilde ilaç olarak kullanıldığında, hastalığın sebebi ne

olursa olsun, hasta kişideki benzer rahatsızlıkları tedavi ettiği gözlemine dayanmaktadır. Benzer benzeri iyileştirir ilkesine dayanan bu yöntem İngiltere’de uzun yıllardır kullanılmaktadır. Örneğin soğan (*Allium cepa*) ile temas, gözde ve burunda sulanma, batma ve tahrişe sebep olur. Bir homeopatik ilaç olan *Allium cepa* da aynı semptomları gösteren saman nezlesi olmuş hastaları tedavi eder. Vücudun hastalığa karşı ortaya koyduğu semptomlar onun aslında hastalığa karşı verdiği savaştır. Homeopatik karışımlar bu reaksiyonu güçlendirir ve vücudun kendisini iyileştirmesine neden olur (Khorshid ve Yapucu, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Walsh, 2007; www.homeopatidernegi.org Erişim Tarihi: 13/10/2010;).

Homeopati dünya çapında uygulanıyor olmasına rağmen, Hollanda’da homeopatinin kullanımı iyi bir örnek teşkil etmektedir. Batı dünyası içinde Hollanda’da doğum benzersiz bir konuma sahiptir, doğumların %30 ‘u çoğunlukla bir ebe gözetimindedir. Homeopati; ebelerin çalışma alanını kolaylaştırarak, ebelik bilim ve sanatının doğal bileşenleri arasında yer alan bir tedavi şeklidir. Bilgi ve gözlem, homeopatik teşhisin güvenilirliğini destekleyen ikiz şarttır. Homeopatiden faydalanmak isteyen bir kişi, homeopata (uzmana) gidip kendisi ve geçmişi hakkında detaylı bilgi vermesi gerekmektedir. Bu bilgiler içerisinde sadece yaşanan problemler değil, aynı zamanda kişinin neyi sevip sevmediği, kişiyi nelerin iyi, nelerin kötü hissettirdiği, olaylara bakış açısı ve buna benzer bilgileri içerir. Bu bilgiler doğrultusunda bir uzman kişi tarafından bir reçete yazılır. Tedavi semptomlarından ziyade kişi için özel olacaktır. Doğum esnasında homeopati kullanımının en ideal yolu homeopatin (uzmanın) doğumda bulunmasıdır (Frith and Draper, 2004; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Tournaire and Yonneau, 2007).

2.3.2.1.10 Akupunktur

Akupunktur eski bir Çin sanatı ve bir tecrübe tıbbıdır. Geleneksel Çin tıbbına göre akupunkturun asıl etkisi, holistik (bütüncül) anlayışla vücudun kendi kendini iyileştirmesidir. Buna göre; her canlı doğar, büyür ve ölür. Bu doğal devinim sırasında araya giren faktörlerle hastalıklar ortaya çıkabilir. Hastalık faktörleri araya girmediği sürece, canlılar Yin ve Yang adlı birbirine zıt iki kuvvetin etkisi altında dengeli ve sağlıklı olma durumunu sürdürebilir. Yin ile Yang arasındaki etkileşim Qi (chi)’yi üretir. Qi bipolar enerji akışını sağlar ve bu enerji bütün evrene yayılır. Akupunktur

iğneleri ile Qi'ye ulaşılır. Qi'nin çoğaltılması veya tüketilmesi mümkündür (Kalyon, 2007; Simkin and Bolding, 2004; Taşçı ve Sevil, 2007; Tournaire and Yonneau, 2007).

Akupunktur vücutta bulunan özel noktaların iğnelerle uyarılması sonucunda, vücudun dengesini yeniden bulmasını sağlayan bilimsel bir tedavi yöntemidir. Akupunktur noktalarının uyarılması hipotalamik ön hipofiz sistemi ve talamik çekirdeklerinin salınım artırması olarak bilinir. Bu hipotezde akupunktur, uterusu aktif olarak etkileyen interlökin8 ve prostoglandin F2 gibi parasempatik etkileyen faktörler ya da merkezi oksitosin salınımı ile uterus kasılmalarını nöronal stimülasyon (uyarım) ile artırabilir. 1970'lerden beri akupunktur, tamamlayıcı ve alternatif tıpta araştırma konularından olmuştur. Vücudun belli bölgelerinin terapi amacıyla uyarılması esasına dayanan akupunkturun sağladığı analjezinin mekanizması açık değildir. Ancak akupunktur noktalarının uyarılmasının hipofiz bezini uyararak endorfin salınımında artışa neden olabileceği belirtilmektedir. Geleneksel Çin inancında vücut yüzeyinde 12 ayrı çizgisel meridyen ve bunların üzerinde yerleşmiş olan 365 akupunktur noktası bulunmaktadır. Hangi alana ve bu iğnelerin ne kadar derinliğe yerleştirileceği bazı faktörlere bağlıdır. Bunlar, hastalığın çeşidi, kişinin yaşam stili, iş, diyet, emosyonel durum gibi faktörlerdir. Doğum ağrısı için hangi noktanın kullanılacağı doğumun evresine, ağrının lokalizasyonu ve derecesine, annenin yorgunluk ve anksiyete durumuna göre belirlenir. Akupunktur noktaları genellikle özel iğnelerle uyarılsa da bazen sıcak, basınç, ultrason, elektrik akımı gibi farklı uyaranlarda kullanılmaktadır. (Cabioğlu ve Ergene, 2003; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Mamuk, 2008; Öztürk, 2006; Simkin and Bolding, 2004; Smith at al. 2008; Taşçı ve Sevil, 2007; Tournaire and Yonneau, 2007).

Doğumda akupunktur, ince bir iğnenin veya stud bandının kulağın üzerindeki uygun yerlere konulması ile yapılır. Yarım inçlik iğneler uygun noktalara konulmasından sonra iki tanesi akupunktur makinesindeki elektrotlara tutturulur. Kadınlar uyarıcı elektrik akım miktarını kendi kendilerine kontrol edebilmektedir ve akupunktur makinesi küçük ve elektrik kablolarından bağımsız olduğu için anne adayının hareketlerini kısıtlamamaktadır. Akupunktur ile uyarılan bölgeler tüm vücut üzerinde genel analjezik etki gösterirler ve kasılmaları tetikler. İşleme başladıktan 20 dakika sonra akupunktur uygulanan kadın kendisini daha rahat ve sakin hisseder. Üzerlerine basılınca uyarı akımları veren "stud bantları" da doğum sonrasında

kullanılabilir ancak bu bantları gerekli yerlerine yapıştırarak bir akupunkturiste gerek vardır. Aynı zamanda bu yöntem, doğum sonrasında içeride kalan plasentanın çıkması için, hemoroid oluşmasını engellemek, annedeki süt miktarını arttırmak ve doğum sonrası depresyonu azaltmak için de uygulanabilir. Bu tekniğin anne ve bebek sağlığına ayrıca doğumun seyrine herhangi bir yan etkisi yoktur. Ancak özel ekip gerektirmesi ve pahalı olması dezavantajıdır (Cabıoğlu ve Ergene, 2003; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Mamuk, 2008).

2.3.2.1.11 Akupressure (Shiatsu)

Shi=parmak ve atsu=basın kelimelerinden oluşan, parmak ve avuç ileri ile uygulanan bir masaj tekniğidir. Akupunktur noktalarına uygulanan basınç, iğnesiz akupunktur da denilebilir. Shiatsu'nun temeli, doğu felsefesi ve tıbbına dayanır. Buna göre beden ile dış dünya arasında uyumlu bir dengenin kurulması ve korunması amaçlanır. Özellikle başparmaklar kullanılarak yapılan bir masaj çeşididir. Basınç uygulaması eller, parmaklar ( zellikle başparmaklar) veya tarak, buz kesesi, havlu, tenis topu gibi farklı nesnelere de uygulanabilir. Teorik olarak acupressure kan akımını düzenler, n rotransmitlerin salgılanmasını destekler ve böylece vücudun normal fonksiyonlarının devamına yardımcı olur. Literatürde doğumda acupressure kullanımının uterus kontraksiyonlarını arttırdığı, doğum ağrısının kontrolünde yararlı olduğu, doğum süresini kısalttığı ve doğum sonrası emzirmeye destek olduğu belirtilmektedir (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk ve Davas, 2010; Mamuk, 2008;  zt rk, 2006; Simkin and Bolding, 2004; Tournaire and Yonneau, 2007; www.pozitifbeden.com Erişim Tarihi: 13/10/2010).

Doğum ağrısının kontrolünde etkili olan farklı acupressure noktaları bulunmaktadır. Bu noktalardan biri Hand points olarak bilinen, el parmaklarının avuç iiyle birleştiği hattır. Bu noktanın avuç içine alınan tarak gibi bir cisim ile sıkıca uyarılmasının endorfin salınımını arttırarak ağrıyı azalttığı bildirilmektedir. El üzerinde bulunan diğer bir acupressure noktası ise Hoko veya L1-4 olarak isimlendirilen elin başparmak ile işaret parmağı arasındaki bölgedir. Bu bölge parmaklarla veya küçük buz keseleriyle her kontraksiyon başlangıcından kontraksiyon bitene kadar uyarılır ve uygulama sirasıyla her iki el için 20 dakika sürdürülür. SP6 noktası ise ayak bileğinin yaklaşık dört parmak üzerindeki noktadır. Sırt  st  uzanmış ve bacaklar düz durumda olan anneye derin bir nefes aldırılarak her bir kontraksiyonla beraber SP6 noktasına

başparmaklarla 10 sn süreyle birkaç kez uygulanan basıncın doğumu uyardığı ve ağrı kontrolüne yardımcı olduğu bildirilmektedir. Başparmak akupressure uygulaması gereken noktalara uçları değil yuvarlak kısımları gelecek şekilde konulur ve vücut ağırlığınca baskı yapılır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Mamuk ve Davas, 2010).

2.3.2.1.12 Refleksoloji

Refleksoloji eski çağ tıbbının bir sistemi olup tekrardan keşfedilmiş ve bu yüzyılda da popülerite kazanmaya başlamıştır. Gebelik, doğum ve doğum sonu ünitelerinde refleksolojinin kullanımı; bulantı, kusma, konstipasyon, baş ağrısı, sırt ağrısı, karpal tünel sendromu, postnatal baş ve sırt ağrısını azaltır ve laktasyona yardımcıdır. Doğumda refleksoloji kullanıldığında, kontraksiyonların akselerasyonuna neden olur ve ağrıyı azaltır (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

Akupunktur ve shiatsu ile aynı prensiplere sahip olan refleksolojide; vücudun bir noktasına uygulanan basıncın diğer kısımlardaki semptomları gidereceği düşünülmektedir. Vücudun her noktası ayaktaki spesifik bir alan üzerinde temsil edilir. Hastalıklı veya dengesi bozuk bir bölge ayağın dikkatli incelenmesi sonucunda hangi alanca temsil edildiği tarif edilebilir. Ayağa ve özellikle de dengenin bozuk olduğu kısımlara yapılan yumuşak ve güven verici bir masaj vücudun kendi kendisini iyileştirmesine yardımcı olur (Khorshid ve Yapucu, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008).

Doğum süresi boyunca ayakta durmak kontraksiyonların ağrısız olması açısından önemli ise de ayakta durmak veya dolaşmaktan yorulunan anlarda uzanıp ayaklara masaj yaptırmak son derece yararlıdır. Partner topuğun etrafını, topuk ile bilek arasındaki bölgelere masaj yaparak gebe kadını rahatlatılabilir. Partner ayağı, bir eli ile tutup diğer elinin ortadaki üç parmağını büküp ayağın altındaki kemiklerin oluşturduğu çizgiyi başparmaktan topuğa kadar takip edebilir. Bu takip sırasında ayak derisi hafifçe itilerek kaldırılabilir ve uygulanacak basınç bir böğürtleni ezecek basınçtan daha fazla olmamalıdır. Ayaktaki başparmağın alt kısmı vücudun ense kısmındaki kaslara denk gelir ve bu bölgeye yapılan masaj stresin giderilmesi açısından önemlidir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.3.2.2 İşitsel/Görsel Teknikler

2.3.2.2.1 Odaklanma ve Dikkat Dağıtma

Ağrıda, dikkati başka yöne çekme dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklaşmasıdır. Bu uyarın basınç ya da sıcaklık gibi ağrıdan daha az rahatsız edici bir duyu olabilir. Kişi kendisini ağrı duyusundan korur iken, diğer duyuşal girdileri arttırır. Bu duyu, iç ya da dış olabilir. Bu teknik, ağrıyı tümüyle yok etmez sadece ağrıyı daha dayanılır kılar. Yani ağrı toleransı artar, ağrı algılama eşiğı yükselir ve hastanın algıladığı ağrı şiddeti azalır. Aynı zamanda hastada kendini kontrol duygusunu geliştirir. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur. Çocuk ya da evcil hayvan resimleri, küçük oyuncaklar, masa üzerine konulmuş küçük biblolar odak nokta olabilir. Ağrı odasında önceden herhangi bir odak nokta belirlenmemiş ya da böyle bir obje yok ise odada bulunan dereceye, kapı menteşesine ya da duvardaki saate konsantre olunabilir. Gebeler evden getirdikleri bir iki eşyayı odak nokta olarak kullanabilirler. Ayrıca odak nokta olarak gözler de seçilebilir. Gebe ile kendisine destek veren kişi arasında göz teması kurulabilir. Bu durum dikkati dağıtır ve kontrolün sürdürülmesine yardımcı olur. Gezinmek, başkalarıyla konuşmak, televizyon seyretmek, telefonu kullanmak gibi gebeyi meşgul edecek durumlar dikkatin dağıtılmasını ve ağrıya odaklanılmasını önleyecektir. Bazı dezavantajları vardır, yorucu bir yöntemdir. Bu yüzden 2 saatten fazla kullanılmamalıdır. Enerji ve konsantrasyon gerektirmesi ağrının geri gelmesine, irritabiliteye ve bitiminde de halsizliğe neden olabilmektedir (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk, 2008; Özer, 2004; Öztürk, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003).

2.3.2.2.2 Doğuma Hazırlık Metodları

Son yıllarda sağlık bakım çalışanları doğuma hazırlık sınıflarında bekleyen ebeveynler için tavsiyelerde bulunmaktadırlar. USA' da en fazla önerilen, Dick-Read ya da doğal doğum metodu, Lamaze ya da psikoproflaktik metod ve Bradley ya da doğum koçu/eş desteğı metodu bunlardan bazılarıdır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003).

2.3.2.2.2.1 Dick-Read Metodu

Dick Read' in 1933'de yayınlanan "Korkusuz Doğum" kitabında; doğum ağrısını oluşturan nedenleri tartışmış, akıl ve bedeni iki kutup olarak ayırmış ve uzmanların ağrıyı anlamak ve önlemek için bu iki kutbu iyi incelemeleri gerektiğini

ifade etmiştir. Dick Read' e göre batıl inanç, uygarlık seviyesi ve kültür kadın üzerinde ağrıyı etkileyen faktörlerden olup, doğumdaki anksiyete ve korkuların da oluşmasına neden olduğunu belirtmiştir. İnsanlarda kültür seviyesi yükseldikçe, doğumun ağrılı ve tehlikeli bir süreç olduğu düşüncesi artmaktadır. Kadın daha en baştan ağrı duyacağını beklemekte ve bundan son derece korkmaktadır ve doğal olarak bedende gerginlik yaratmaktadır. Korku, doğum sırasında bebek çıkımdayken direnci artırır. Dirençte ağrıya sebep olur çünkü korku, gerginlik ve ağrı el eledir. Bu yöntem “korku-gerilim-ağrı” zincirinin eğitim yoluyla parçalanabileceğini ve böylece ağrı ile baş edilebileceğini gösterir. Programlarda ağrı, doğum, beslenme, hijyen ve egzersizler hakkında danışmanlık sağlanır. Sınıflarda üç temel teknik uygulanır. Fiziksel egzersiz ile vücudu doğuma hazırlamak, bilinçli gevşeme ve solunum durumudur. Bilinçli gevşeme ise vücuttaki tüm kas gruplarındaki ilerleyici gevşemedir. Uygulamada, genellikle birçok kadın kontraksiyonlar sırasında gevşemiş olabilir. Hatta bazı kadınlar kontraksiyonlar arasına genellikle uyurlar (Cunningham et al. çev. Akman, 2005; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Tournaire and Yonneau, 2007; Walsh, 2007).

2.3.2.2.2 Lamaze Metodu

1950 ve sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda, hekimler hissedilen ve önem verilen (başa çıkılabilen) ağrı arasındaki farkı anlamaya çalıştılar. Bu yıllarda Fransız kadın doğumcu Fernand Lamaze Rusya'da gördüğü bir metodu modifiye etmiş; oluşturduğu modeli Pavlov' un şartlı refleks teorisine dayandırmıştır. Buna göre beynin bir bölümü üzerindeki stimülasyon hareketi belirli merkezleri uyarır ve uyarılan bölgeler diğer uyarılara cevap vermezler. Dolayısıyla uterus kontraksiyonları stimülasyonuna bağlı oluşan ağrı ve korkuya cevap öğrenilmelidir. Bu şekilde şartlı cevap durdurabilir veya daha pozitif şeylerle yer değiştirebilir. Doğum eyleminde nefes alma teknikleri güçlü bir aktivasyon yaratarak serebral korteksin diğer bölgelerinde uterus ağrıya neden olan stimülasyonları baskılar. Sonuçta sözlü uyarıların eylemde korku, rahatsızlık ve ağrının azaltılmasında bir yol olduğunu ifade ederek bir yöntemin doğmasını sağlamıştır. Lamaze psikoproflaktik tekniğinde hazırlık genellikle doğumdan altı hafta önce başlar ve doğum sürecini de kapsar. Lamaze solunum modeli dört aşamada uygulanır (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Taşçı ve Sevil, 2007; Taşkın, 2005; Tournaire and Yonneau, 2007; Yıldırım ve Şahin, 2003).

İlk Düzey (Normal Solunum): Burundan nefes alınıp sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verilir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder. Solunum hızı 15 sn' de 2 kezdir. Latent fazın başlarında uygulanır (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

İkinci Düzey (Yavaş – Derin Göğüs Solunumu): Bu tekniğin öğrenilmesi çok kolaydır. Bu solunum şekli aktif doğum eylemi başlayınca kadar kontraksiyonlarla baş etmede yardımcı olur. Özellikle oluşan gerilimi gidererek gevşemeye de yardımcı olmaktadır. Her kontraksiyonun başında normal solunum yapılır. Bu derin ve duyulabilir solunumdur. Burundan nefes alınır ve ağızdan verilir. Başlangıçta normal solunum yapılır sonra burundan 5 sn nefes alınır ve ağız yoluyla nefes 5 sn' de dışarı verilir. Solunum hızı dakikada ortalama 6 ile 12 sn arasında değişir. Kontraksiyon süresince yavaş ve derin göğüs solunumu sürdürülür (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Özer, 2004; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Normal solunumla başla

Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..

Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..

Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..

Nefes al 2..3..4..5 nefes ver 2..3..4..5..

Normal solunumla bitir

Şekil 2.1: Yavaş- Derin Göğüs Solunumu

Üçüncü Düzey (Hızlı – Yüzeysel Göğüs Solunumu): Bu teknik sesli solunum olarak da bilinmektedir. Öğrenilmesi biraz zordur ama öğrenildiği takdirde etkinliği yüksektir. Karmaşık bir solunum örneğidir. Çok iyi konsantre olmayı gerektirir. Dikkati başka yöne çekmede ve enerji kaybını önlemede etkisi büyüktür. Bu solunum tipi bir köpek yavrusunun nefes nefese kalması şekline benzetilir. Nefes vermeye “hii” ya da “hoo” sesleri eşlik eder. Solunumun karın kaslarını kullanmaksızın üst göğüs kaslarını kullanarak yapılması gerekir. Her bir kontraksiyon normal solunum ile başlar. Kontraksiyon şiddetlendikçe solunum hızı da gittikçe artırılır. Kontraksiyonlar durulmaya başladığında solunum hızı da yavaşlar. İki kontraksiyon arasında normal solunuma devam edilir (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Normal solunumla başla
....HA.... HA... HA... HA...
...HA... HA... HA... HA...
..HA..HA..HA..HA..
.HA. HA. HA. HA.
..HA..HA..HA..HA..
...HA... HA... HA... HA...
....HA.... HA... HA... HA....
Normal solunumla bitir

Şekil 2.2: Hızlı-Yüzeysel Göğüs Solunumu

Hiperventilasyonu önlemek için havayı eşit değiştirmek çok önemlidir. Nefes ağızdan alınıp ağızdan verilir. Bu nedenle ağızda kuruluk oluşabilir. Böyle durumlarda dudakların ıslatılması anneyi rahatlatmaktadır. Hiperventilasyon oluşmuş ise nefes bir kese kağıdına ya da avuç içine üflenmelidir. Solunum hızı saniyede yaklaşık 2 solunum olacak şekilde olmalıdır. Bu solunum tekniği daha çok aktif fazda uygulanır (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Dördüncü Düzey (Üfleme – Abdominal Solunum): Doğum eyleminin geçiş aşamasına gelindiğinde (dilatasyon 8 – 10 cm) bebek aşağıya doğum kanalına doğru hareket eder. Buna bağlı olarak rektuma doğru bir basınç oluşur ve her bir kontraksiyonla beraber bazen ıkınma hissi gelişebilir. Eğer ıkınma hissi dilatasyon tamamlanmadan önce oluşursa vakitsiz ıkınmaya bağlı servikte ödem ve yırtılma görülebilir. Pelvik basıncı azaltmada ve ıkınma hissini gidermede abdominal solunum modeli uygulanmaktadır. Bu teknikte nefes ağızdan alınıp verilir. Bu daha çok hızlı - yüzeysel solunum tipine benzer ancak burada solunum sırasında hava, sanki bir mumu üfler gibi dışarı verilir. Üfleme tipi solunum, diyaframı kaldırarak oluşan basıncı da azaltmaktadır. Solunuma 6:1 oranında başlanır. Yani 6 kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme tarzında solunuma başlanır. Kontraksiyon şiddetlendikçe oran da düşürülür. 6:1, 5:1, 3:1, 2:1 şeklinde solunuma devam edilir. Bu teknikte nefes alınıp verilirken abdomende yükselmeler ve alçalmalar görülür. Kontraksiyonun başında ve sonunda normal solunum yapılır (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Özer, 2004; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

Normal solunum ile başla
HA...HA...HA...HA...HA...HA...HOO
HA...HA...HA...HA...HA...HOO
HA..HA..HA..HA..HOO
HA.HA.HA.HOO
HA.HA.HOO
HA.HA.HOO
HA.HA.HA.HOO
HA...HA...HA...HA...HOO
HA...HA...HA...HA...HA...HOO
HA...HA...HA...HA...HA...HA...HOO
Normal solunumla bitir

Şekil 2.3: Üfleme – Abdominal Solunum

Üfleme tekniğinin hızlı ve yüzeysel olmasına özen gösterilmelidir. Ancak arka arkaya hızlı – yüzeysel solunum yapıldığında hiperventilasyon oluşacağından alınan ve verilen hava miktarının eşit olmasına özen gösterilmelidir. Üfleme tekniğine çok iyi uyum sağlamak gerekir. Kurallara uygun yapılırsa bile ıkınma duygusu yaşanabilir (Avcıbay, 2009; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım, 2001).

2.3.2.2.3 Bradley Metodu

Bu yöntem, doğum sırasındaki hayvan davranışlarına dayanmaktadır ve vücut ile uyum içinde çalışmanın önemini vurgular. Bu yöntem solunum kontrolü ve abdominal solunum kullanma ve genel vücut rahatlığını destekler. Bu teknikte doğumu daha doğal bir deneyim kılmak adına karanlık, yalnızlık ve sessizlik önemlidir. Bradley yöntemini kullanan kadınlar genellikle doğum ağrısı döneminde uyuyor gibi görünürler ama aslında derin zihinsel rahatlık durumundadırlar (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Tournaire and Yonneau, 2007).

2.3.2.2.3 Solunum Teknikleri

Solunum teknikleri kadının doğum sırasında gevşemesine yardım eder ve böylece ağrı algılaması azalır ve utero-plasental dolaşım rahatlar. Çeşitli solunum teknikleri vardır ve anne gereksinimine uygun olarak uygulanabilir. Genellikle gevşemeyle birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır (Kömürcü ve Berkiten,

2008; Lowdermik and Perry, 2003; Simkin and Bolding, 2004; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Doğum hazırlıklarının farklı yaklaşımları, kasılmalar üzerinde kadının kontrol sahibi olmasını sağlamak için nefes alıp vermenin bir araç olarak kullanılması adına çeşitli teknikler önerir. İlk aşamada solunum teknikleri karın kaslarının gevşemesini sağlayarak karın boşluğunu genişletir. Bu uterus ve karın duvarı arasındaki rahatsızlığı ve sürtünmeyi azaltır. Genital bölgedeki kaslar da gevşediğinden inişi engellemez. İkinci aşamada solunum karın basıncını yükseltmek için kullanılır ve fetüsün çıkarılmasına yardım eder (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003).

Solunum teknikleri genellikle doğum öncesi sınıflarda öğretilir ve ağrıyı azaltmak ve rahatlamaı desteklemek için doğum ağrısı dönemde dikkat dağıtma olarak kullanılır. Hastaneye kabulde doğum hemşiresi kadın ve partneriyle doğum hazırlık sınıflarında öğretilmiş olan solunum tekniklerini gözden geçirir. Kadın sınıflara katılmamışsa yavaş, kontrollü solunum modelini görüşmek ve uygulamak için doğum ağrısı dönemin başları uygun zamandır. Bu tür teknikleri çalışarak doğuma hazırlanmış çiftler için ara sıra hatırlatmalar yapmak yeterli olacaktır. Hazırlık yapmayanlar içinse doğum ağrısı dönemin başlarında basit solunum ve gevşeme talimatları verilebilir ve bu uygulama genellikle şaşırtıcı başarılarla sonuçlanır. Motivasyon yüksektir ve doğum ağrısı gerçeği sayesinde öğrenmeye hazır olma seviyesi yükselir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Walsh, 2007).

Kontraksiyonlar sırasında solunum tekniklerine yaklaşımlar değişkendir. Bilgilendirmeden önce ebe çiftin önceden sahip olduğu bilgileri anlamalıdır. Genelde, kadın kontraksiyonlar arasında yürüyemeyecek ve konuşamayacak duruma geldiğinde kadının normal solunum hızının yarısı olan yavaş abdominal solunum başlatılır. Kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti arttıkça kadının göğüs solunumuna dönmesi gerekebilir; bu da daha yüzeyseldir ve normal solunum hızının yaklaşık iki katıdır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003).

Servikal dilatasyon 8–10 cm ulaştığı an, kasılmalar üzerinde kontrolün en zor olduğu zamandır. Bu periyoda geçiş periyodu da denir. Doğum ağrısına hazır kadın için bile solunum tekniklerine konsantrasyonun devam ettirilmesi zordur. 4:1 modeli

uygulanabilir; nefes al, nefes al, nefes al, nefes al, üfle (mum söndürür gibi). Bu oran 6:1 veya 8:1 ' e çıkarılabilir. Bu modeller rutin açıcı nefesle başlar ve derin bir nefesin üflemeyle biter. Bu tip solunumun istenmeyen etkisi hiperventilasyon olarak ortaya çıkabilir. Kadın, sonuçta ortaya çıkacak respiratuar alkalozis semptomların bilincinde olmalıdır; sersemlik, baş dönmesi, parmak karıncalanması ve hissizlik. Kadının ağız ve burun çevresine sıkıca kapatılan bir kağıt torbanın içine üflenerek alkalozis önlenir. Bu sayede kadın karbon dioksiti geri alır ve bikarbonat iyonla değiştirir. Fetüsün başı, pelvik tabana ulaşırken kadın itme güdüsü hissedebilir ve karın kaslarını kasarak basınca otomatik olarak başlayabilir. Ebelik uygulamalarında geleneksel yaklaşım, kadın itme güdüsünü hissetse de hissetmese de tam dilatasyonda ıkmayı başlatmaktır. Bu geleneksel görüşte, tam dilatasyondan önce ıknma sırasında fetüs başı ile pubik kemik arasındaki serviksi sıkıştırdığı ve kötü FKH, servikal ödem ve servikal yırtılmaya sebep olacağı da düşünülür. Dilatasyon sürecini bile yavaşlatabilir. Kadın hızlı nefes alarak ya da daralttığı dudakları arasından yavaşça nefes vererek itme güdüsünü kontrol edebilir. Fetüsün başı yavaş çıktığında bu uygulanacak iyi bir solunum yöntemidir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003).

2.3.2.2.4 Hipnoz (Sofroloji)

Eski Yunancada uyumak anlamına gelen hipnoz 19. yüzyılın başlarından beri doğum ağrısını azaltmakta kullanılmaktadır. Konu üzerinde yayınlanmış çalışmaların sayısından yola çıkarak hipnozun 1950' ler ve 1960' larda doğum bakım uzmanları tarafından en yaygın olarak kabul edilen yöntem olduğu düşünülebilir. 1960 ve sonrasında obstetrik analjezinin geliştirilmesiyle birlikte hipnozun popülaritesi azalmıştır. Günümüzde doğum ağrısı dönemi kısaltmak ve doğum ağrısını azaltmak bağlamında hipnoza ilgi holistik uygulamacılar ve bebek bekleyen ebeveynler arasında yeniden artış göstermiştir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Simkin and Bolding, 2004; Taşçı ve Sevil, 2007; Tournaire and Yonneau, 2007).

Bu teknik önemli yetenekleri askıya alan ve bilinçaltına ulaşabilen derin fiziksel relaksasyon durumudur. Hipnoz, "tetikte olan zihnin alfa dalgaları ürettiği derin fiziksel gevşeme durumudur ve kritik işlemlerin duraksatıldığı ve bilinçsiz zihnin daha kolayca ulaşılabilirdiği zihin halidir". Bu durumda birey daha kolay etki altına alınabilir. Hipnoz terapisti kadına hipnoz tekniğini öğretir ve kadın doğum ağrısı dönemde bunu kendine uygular. Kendi kendine hipnoz kadınların kontrolünde bir yöntemdir ancak etkililiği

ebeye/partnere bağlıdır. Bazen partnerine kadının hipnoz durumuna girmesini işaret etmesi öğretilir. Genel hipnoz ağrı tedavisi yöntemleri “eldiven anestezisidir”. Bunda kadın elinin hissiz olduğunu hayal eder ve bu elle dokunma suretiyle hissizliği vücudun diğer bölgelerine yayacağını düşünür. “Zaman çarpıtmada” kadın kasılmalar arasındaki zamanı olduğundan daha uzun ve ağrılı periyodu olduğundan daha kısa hisseder. “Hayal gücüne dayalı şekil değiştirmede” ise ağrı iyi ve kabul edilir olarak yorumlanır ve kasılmalar sadece hafif bir basınca sebep olan enerji dalgaları olarak düşünülür (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Simkin and Bolding, 2004; Taşçı ve Sevil, 2007; Yerby, 2000; Walsh, 2007;).

Kaynaklarda hipnozun doğum korkusu ve gerilimini azalttığı, annede kontrol duygusunu arttırdığı, depresyon ihtimalini azalttığını ya da ortadan kaldırdığını, acıyı, kan kaybını azalttığını, postpartum analjezi sağladığını ve emziren kadınlarda süt salınımına yardım ettiği, ağrı kontrolünü sağlayarak farmakolojik analjezi ihtiyacını azalttığı, maternal ve fetal asit-baz dengesini düzenlediği bildirilmektedir. Buna karşın doğum öncesi dönemde profesyonel düzeyde bir eğitim gerektirmesi, yararının çok belirgin olmaması, bazı insanları etkilememesi, zaman alıcı olması, doğumun son zamanlarında çalışma gerektirmesi ayrıca uyandırmada yaşanan başarısızlıktan kaynaklanan mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi dezavantajları vardır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Leblebici, 2006; Lowdermik and Perry, 2003; Öztürk, 2006; Taşçı ve Sevil, 2007; Tournaire and Yonneau, 2007; Yıldırım ve Şahin, 2003).

2.3.2.2.5 Biofeedback

Doğum eğitiminde hipnozdan başka kullanılan bir diğer gevşeme tekniği biofeedback'tir. Biofeedback' te ana ilke; yaşanan fizyolojik olaylar (örneğin, kalp hızı, kan basıncı gibi) hakkında bilgi verilmesidir. Doğum öncesi eğitimde birçok biofeedback metodu seçilerek uygulanabilir. En yaygın kullanılan metot ise, gevşeme düzeyinin makine ile gösterilmesidir. Örneğin elektromanyetik araç ile vücut ısısı parmak ucundan ölçülebilir. Elektrografi ya da elektrodermal araç ile kas tonüsü ölçülebilir. Biofeedback eğitim toplantılarında diğer gevşeme teknikleri (müzik, hayal etme) kullanılır (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Tournaire and Yonneau, 2007; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Gevşemeye dayalı nonfarmakolojik metodlardan olan biofeedback'in etki mekanizması kapı kontrol teorisine dayanır. Non invazif, hekim istemine ihtiyaç duyulmayan bir yöntemdir. Profesyonel kişiye ihtiyaç duyulması ve eğitimlerin uygulanmasının zaman alması en önemli dezavantajdır. Gevşemeye dayalı bu yöntemler sadece doğumun ilk evresinde değil intrapartum evrede de uygulanabilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and Perry, 2003; Tournaire and Yonneau, 2007; Yıldırım ve Şahin, 2003;).

2.3.2.2.6 Müzik

İbn-i Sina (980-1037) musikinin tıpta oynadığı rolü “tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele etmek için cesaret vermek, çevresini sevimli ve hoş a gider hale getirmek, en iyi musikiyi dinletmek ve sevdiği insanlarla bir araya getirmektir” şeklinde ifade etmiştir. Analjezik etkisi KKT ile açıklanan müziğin, insanlarda rahatlama sağlayarak ya da dikkati başka yöne çekerek etkili olduğuna inanılmaktadır. Savunucularına göre müziğin hipnozla beraber kullanılması ağrı kontrolünde daha da etkilidir. Teorik olarak doğumda müzikoterapi; annenin cesaret kazanmasına, güven duymasına, kaygısının azalmasına, ağrı ile baş etmesine yardımcı olup anne bebek ilişkisini desteklemektedir. Kadını ağrılı uyarılardan uzaklaştırıp endorfin salınımını artırarak gevşemeyi başlatır. Obstetride yavaş ve dinlendirici müzik aktif faz döneminde doğum ağrı stresini azaltmak ve rahatlama sağlamak amacıyla kullanılır. (Ersanlı, 2007; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Mamuk, 2008; Uçan ve Ovayolu, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Dinlendirici olan ve hoş anlarla bağlantılı bildik müzikler rahatlama, solunum ve hayal kurma teknikleri ile birlikte kullanılabilir. Doğum odalarına teyp ve CD çalar konabilir ve kadınlardan istediği kasetleri getirmesi istenebilir. Doğum sırasında ritmik hareketler sık karşılaşılan bir durumdur ve müzik bireysel bir alan olmasına rağmen doğumu kolaylaştırması muhtemeldir. Müzik ayrıca, sağlık personelinin kadına olan yaklaşımını değiştirebilecek atmosfer de yaratabilir. Doğum hemşireleri ve hekimleri daha rahat olurlar, hareketleri yavaşlar ve sürmekte olan kişisel yaşantıya daha saygılı yaklaşırlar (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Simkin and Bolding, 2004; Walsh, 2007).

Doğu kültüründe Rehavi makamındaki müziğin ikindiyle yatsı arası ve seher zamanı etkili olduğu bilinir. Özellikle doğum ağrısına yardımcı olan bu makam içerdiği ney sesi ile insanlarda huzur ve rahatlama duygusu yaratarak baş ağrısının giderilmesinde ayrıca ruh ve sinir hastalıklarının tedavisinde de faydalı olur. Batı kültürlerinde ise şarkı sözleri olmayan, devamlılığı ve melodik kalitesi olan, perküsyon ve ritmi yavaş olan müzikler sedatif amaçlı kullanılmaktadır. Özellikle arp, piyano ve flüt gibi enstrümanların oluşturduğu orkestra müzikleri ve slow caz müzikleri bu kriterlere en uygun olanlarıdır. Literatürde bulunan pek çok çalışma örneği; müziğin ağrı toleransını yükselttiği, annelerin ritmik nefes alma ve hareketini desteklediği, cesaret ve moralini yüksek tuttuğunu gösterse de, bu çalışmaların pek çoğu örneklem grubu küçük ve nonrandomize çalışmalardan oluşmaktadır (Ersanlı, 2007; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Mamuk ve Davas, 2010; Lowdermik and Perry, 2003; Simkin and Bolding, 2004; Tournaire and Yonneau, 2007; Yıldırım ve Şahin, 2003).

2.3.2.3 Bilişsel Süreçler

Ağrının algısal, duygusal, davranışsal boyutu olduğu ve ağırlı kişinin sadece algısal değil bireyin ağrıya verdiği anlamlarla ilgili olduğu varsayımından hareketle oluşmuştur (Arslan ve Çelebioğlu, 2004).

2.3.2.3.1 Doğum Öncesi Eğitim

Gebelik öncesi eğitimde amaç doğum sonrasında olacaklar konusunda anneyi bilgilendirmek, hekim diğer personelle yapacakları işlemler konusunda eğitmek ve ekibin bir parçası olarak kendine düşenler konusunda bilgilendirip, usulüne göre uygulanmasını sağlayacak beceri oluşturmak gebelik, doğum ve doğum sonrası bebeğin ve ailenin bedensel ve ruhsal sağlığının desteklenmesini sağlamaktır. Doğum eğitimi (prenatal eğitim ve antenatal eğitim) bireysel veya grup sınıflarından oluşur ve gebe kadına ve partnerlerine doğum ağrısı dönem ve doğum, erken ebeveynlik ve bebek besleme hakkında bilgi vermeyi amaçlar. Doğum öncesi sınıflar farklı şekildedir ve tek bir bütün olarak düşünülemez. Sınıflar; teorik, perspektif, amaç, hedef, eğitmen nitelikleri, ders saati sayısı ve uzunluğu ve öğrenci sayısına göre değişiklik gösterir. Doğum öncesi derslerin çoğunun sponsoru hastaneler veya hizmet gruplarıdır ve öğretmenleri bunlar temin eder. Rahatlama, solunum teknikleri, dikkat odaklama, hareket/pozisyon ve kendi kendine uygulanan, kadının ve yardımcılarının doğum ağrısı

dönem ve doğumda başvurabilecekleri diğer nonfarmakolojik yöntemler öğretilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.3.2.3.2 Doğumda Destek Sistemleri

2.3.2.3.2.1 Doğum Ağrısında Eş/Partner Desteği

Bebeğin babası genellikle anneyi doğum ağrısı dönemde destekleyen partnerdir. Genellikle doğum ağrısındaki kadının ihtiyaç duyduğu dokunma ve rahatlama önlemlerini uygulayabilir. Kadın ağrıya odaklandığında, baba onu nonfarmakolojik yöntemleri kullanmaya ikna edebilir. Baba/partner yeterli bilgilendirildiğinde annenin ve bebeğin sağlığına, aile ilişkilerine ve öz saygıya önemli katkılarda bulunabilir. Partnerleri ebeveyn eğitim sınıflarından, hekimlerden, ebe ve hemşirelerden gebelik boyunca destek ve yardım alan annelerin doğum sonrası duygusal bozukluklarında önemli miktarda azalma olduğu bulunmuştur (Green et al. 2007; Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.3.2.3.2.2 Aile Üyeleri ya da Doğum Yardımcısı Desteği

Doğumda yardımcı bir kişinin varlığı ile doğum süresinin kısaldığı, komplikasyonların ve doğum ağrısının azaldığı ve tıbbi tedavinin azalması ile bebek sağlığının daha iyi olduğu, anne memnuniyetinin arttığı belirtilmiştir. Doğum ağrısı desteği şunları içermektedir: sürekli mevcudiyet, duygusal destek (baş etme tekniklerini yürütmede yardım, dokunma, masaj, sıcak ve soğuk uygulama, hidroterapi, pozisyon verme ve hareket); kadın ve partneri için bilgi ve yol gösterme; iletişimi kolaylaştırma (kadının ihtiyaç ve isteklerini dile getirmesine yardım); ve medikal olmayan bilgi ve tavsiye; ileride olacak olaylara dair yol gösterme ve işlemlerin açıklanması. Doula/doğum ağrısı dönem asistanı/doğum yoldaşı v.s gibi terimler bu tür destek veren şahısları göstermektedir. Kadın ve ailesinin tercihleri göz önünde bulundurularak bu destek sistemleri hastane politikalarınca da desteklenmelidir (Green et al, 2007; Kömürcü ve Berkiten, 2008).

2.4 Doğum Ağrısının Giderilmesinde Ebeğin Rolü

Doğum, yalnızca anneyi ve aileyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyen bir olay değil, doğuma yardımcı ekip üyeleri için de başlı başına bir deneyimdir. Doğumun olumlu koşullarda geçirilmesi, anne ve ailenin gereksinimlerinin karşılanması için ekip yaklaşımı, bilgi ve beceri gereklidir. Ağrı kontrolü bir ekip işidir ve ebe bu

ekipte vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde ebenin rolünü vazgeçilmez kılan, ebenin anne ile diğer sağlık üyelerinden daha fazla zaman geçirmesi, annenin önceki ağrı deneyimleri, baş etme stratejileri ve bu stratejileri kullanıp kullanmadığını bilen ve gerektiğinde anneye ağrıyla baş etme stratejilerini öğreten, ona rehberlik eden, planlanan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemini uygulatan ve sonuçlarını değerlendiren kişi olması ve empatik yaklaşımıdır (Bacaksız, 2007; Öztürk ve Saruhan, 2008; Öztürk, 2006; Yıldızeli, 2008).

Doğum sürecindeki annelerin ebelik bakımının odağı yalnızca anne ve bebek için güvenilir bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelmiştir. Annelerin doğum deneyimlerini olumlu veya olumsuz değerlendirmeleri kişisel ve kurumsal birçok faktöre ve bekledikleri desteğin sağlanmasına bağlıdır. Anne memnuniyeti ile ilgili faktörleri inceleyen çalışmalarda sıklıkla üzerinde durulan faktörler; sosyo-demografik-obstetrik özellikler, doğum hizmetlerinin organizasyonu, beklentiler ve doğum planı, doğum öncesi hazırlık, sağlık personeli ile iletişim ve mahremiyete saygı, tıbbi tedavi ve girişimler, hemşirelik bakımı ve emosyonel destek, ağrı kontrolü, doğuma katılan kişiler, bilgilendirilme, kararlara katılım, bebekle iletişim ve bebek bakımı, postpartum bakım, bakımın sürekliliği ve erken taburculuktur (Güngör, 2009; Kızılkaya, 1997). Her annenin fiziksel ve duygusal gereksinimleri birbirinden farklı olabilir. Ebe bu gereksinimleri optimum düzeyde karşılamalı, gerekli müdahaleleri, bakımı yapmalı ve sorumluluklarını yerine getirmelidir (Dağlar ve Güler, 2004).

Ağrı tedavisine ilişkin çalışma sonuçları, klinik gözlemler ve hastanın ağrı yakınmalarına dayanarak bugün için ebelerin de diğer sağlık görevlilerinin ağrıya ilişkin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları belirtilmektedir. Ayrıca, ağrı kontrolüne yaklaşımda bilginin önemi yanı sıra sağlık profesyonellerinin kültürel alt yapıları ve kendi ağrı deneyimleri de etkili olabilmektedir (Eti-Aslan ve Badır, 2005; Öztürk, 2006).

Doğum eylemi bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Doğum ağrısının doğal olduğu her annenin bu ağrıyı çekmesi gerektiği yanlış inancına karşılık; doğum ağrısı mutlaka kontrol altına alınmalıdır (Ertem ve Sevil, 2005). Bu nedenle ebeler, ağrı yönetiminden sorumludurlar. Bu sorumluluk; ağrıyı tanımlamayı, ağrıyı gidermek için uygun nonfarmakolojik yöntemleri seçmeyi,

yöntemin etkinliğini izlemeyi, ağrı yönetimiyle ilgili bilgilenme ve annelere ağrı yönetimiyle ilgili bilgi vermeyi içerir. Ağrı çeken annenin bakımında uygun yaklaşımlarda bulunan ebe, eğitici, araştırmacı, uygulayıcı, destekleyici ve rahat ettirici rollerini de gerçekleştirmiş olacaktır. Ebeler ağrıyı tanımlamak ve değerlendirmek, ağrıyı gidermede uygun yöntemleri seçmek için gerekli çabayı göstermeli ve ağrı yönetimi ile ilgili yeni gelişmeleri takip etmelidir (Düzel, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Kayseri İl ve İlçelerde doğum yaptırılan hastanelerde çalışan ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin uygulamaları ve uygulamalarını etkileyen faktörlerin bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi

Araştırma, Kayseri İl Merkezindeki Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İlçe Merkezlerindeki Devlet Hastaneleri ve İl Merkezinde olup araştırmayı kabul eden Özel Erciyes Hastanesi ve Özel Hüma Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde 01.12.2010 – 31.03.2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

Hastaneler	Ebe sayıları
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi (Doğumevi)	146
Erciyes Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20
Bünyan Devlet Hastanesi	15
Develi Hatice-Muammer Kocatürk Devlet Hastanesi	14
Sarız Devlet Hastanesi	6
Tomarza Devlet Hastanesi	5
Özvatan Devlet Hastanesi	6
Pınarbaşı Devlet Hastanesi	4
Yahyalı Devlet Hastanesi	9
Yeşilhisar Devlet Hastanesi	4
İncesu Devlet Hastanesi	8
Felahiye İlçe Hastanesi	7
Özel Erciyes Hastanesi	7
Özel Hüma Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi	15

Tablo 3.2.1: Hastaneler ve çalışan ebe sayıları

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde 146 ebe, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 20 ebe, Bünyan Devlet Hastanesinde 15 ebe, Develi Hatice-Muammer

Kocatürk Devlet Hastanesinde 14 ebe, Sarız Devlet Hastanesinde 6 ebe, Tomarza Devlet Hastanesinde 5 ebe, Özvatan Devlet Hastanesinde 6 ebe, Pınarbaşı Devlet Hastanesinde 4 ebe, Yahyalı Devlet Hastanesinde 9 ebe, Yeşilhisar Devlet Hastanesinde 4 ebe, İncesu Devlet Hastanesinde 8 ebe, Felahiye İlçe Hastanesinde 7 ebe, Özel Erciyes Hastanesinde 7 ebe, Özel Hüma Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde, 15 ebe görev yapmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kayseri İl sınırları içinde bulunan ve doğum yaptırılan hastaneler ve Özel Erciyes Hastanesi, Özel Hüma Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde çalışan 266 ebe oluşturmaktadır.

Evrenden örneklem seçimi yapılmayarak örneklem sayısını araştırmayı kabul eden hastaneler ve ebeler oluşturmuştur. 14 ebe yıllık izin döneminde olduğu için araştırmaya katılamamıştır. Araştırmanın örneklemini toplam 252 ebeden oluşmaktadır.

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek – 1) ve Soru Formu (Ek – 2) aracılığı ile toplanmıştır.

a. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek – 1)

Bu form ebelerin araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları kısaca anlatılmıştır.

b. Soru Formu (Ek – 2)

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup ebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin (yaş, öğrenim durumu, mesleki unvan, meslekte çalışma süresi, yaptığı doğumlara yönelik bilgiler, nonfarmakolojik ağrı yöntemleri konusunda bilgi alma durumu) 11 soru ve 1 tane açık uçlu, 5 tane kapalı uçlu olmak üzere 6 soru literatür taranarak hazırlanmış olup soru formu toplamda 17 sorudan oluşmaktadır (Hodnett et al., 2002; Güvenç, 2004; Kömürcü ve Berkiten, 2008; Lowdermik and

Perry, 2003; Mamuk ve Davas, 2010; Simkin and Bolding, 2004; Tournaire and Theau-Yonneau, 2007).

3.4.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Soru formunun uygulanabilmesi için Kayseri İl Sağlık Müdürlüğünden ve Hastanelerin başhekimliklerinden izin alınmıştır. İzin alınan kurumlarda çalışan ebelere formlar 01.12.2010 – 31.03.2011 tarihleri arasında uygulanmıştır. Ebelerden güvenilir yanıtlar alabilmek ve formların eksiksiz doldurulması için uygulama öncesi araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş ve ardından bilgilendirilmiş onam formunu ebelerin okuması sağlanarak imzalatılmıştır. Ebelere yönelik soru formu araştırmacı tarafından ebelere verilmiş ve ebeler tarafından okunarak doldurulması istenmiştir. İlgili formlar ebeler tarafından yaklaşık olarak 5–10 dakikalık zaman süreci içerisinde doldurulmuştur.

3.4.3 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package For Socisal Sciences) programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede 2×2 düzenlerde, çok gözlü düzenlerde Khi-kare testi kullanılmıştır. Veriler tablolarda birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

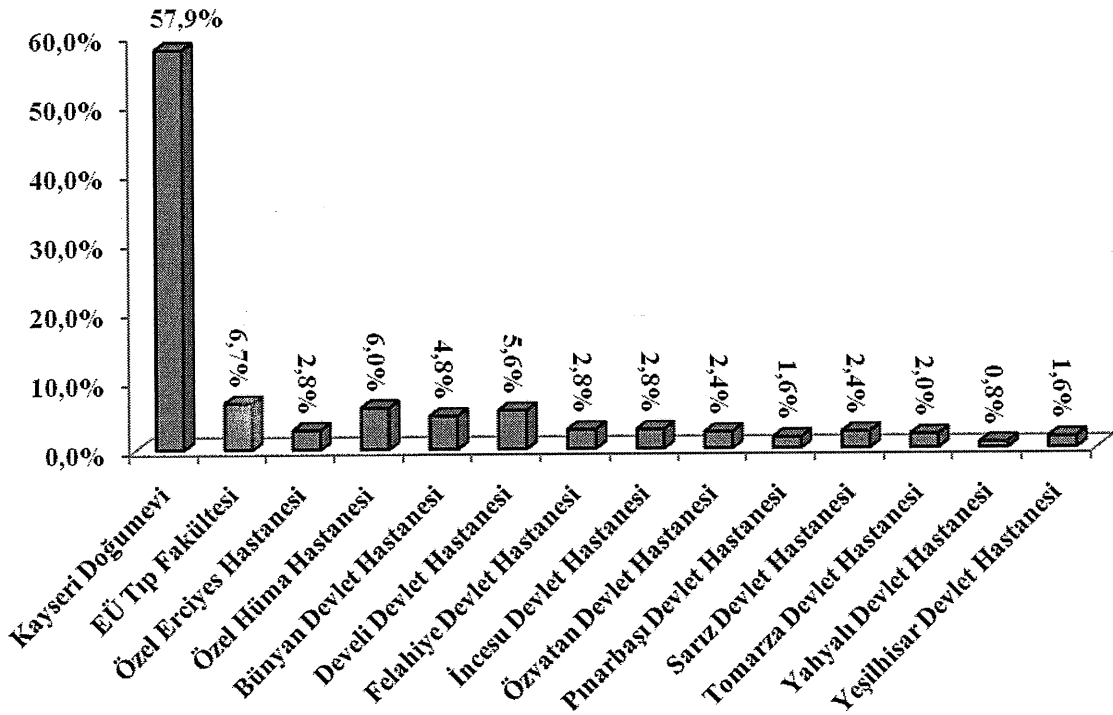
Bu bölümde araştırma kapsamına alınan ebelerin anket sorularına verdikleri cevapların analizi demografik özellikler ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

4.1 Demografik Özellikler

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki ebelerin demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin frekans dağılımlarına ilişkin grafik ve tablolara yer verilmiştir.

Grafik 4.1’de ebelerin çalıştığı kurumlara ilişkin dağılımlara yer almaktadır.

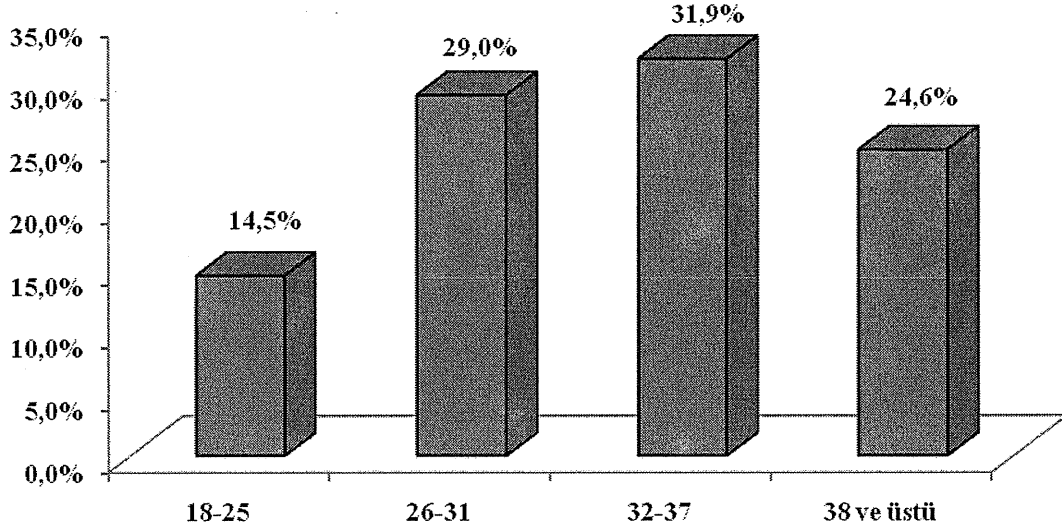
Grafik 4.1: Ebelerin Çalıştığı Kurumlara İlişkin Dağılımları



Araştırma kapsamında yer alan ebelerin yarısından fazlası (%57,9) Kayseri Doğumevinde çalışmaktadır. %6,7’si Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapmaktadır. Araştırmaya katılan ebelerin geri kalanı da ilçe devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Ebelerin yaşlarına ilişkin dağılım Grafik 4.2 ‘de yer almaktadır.

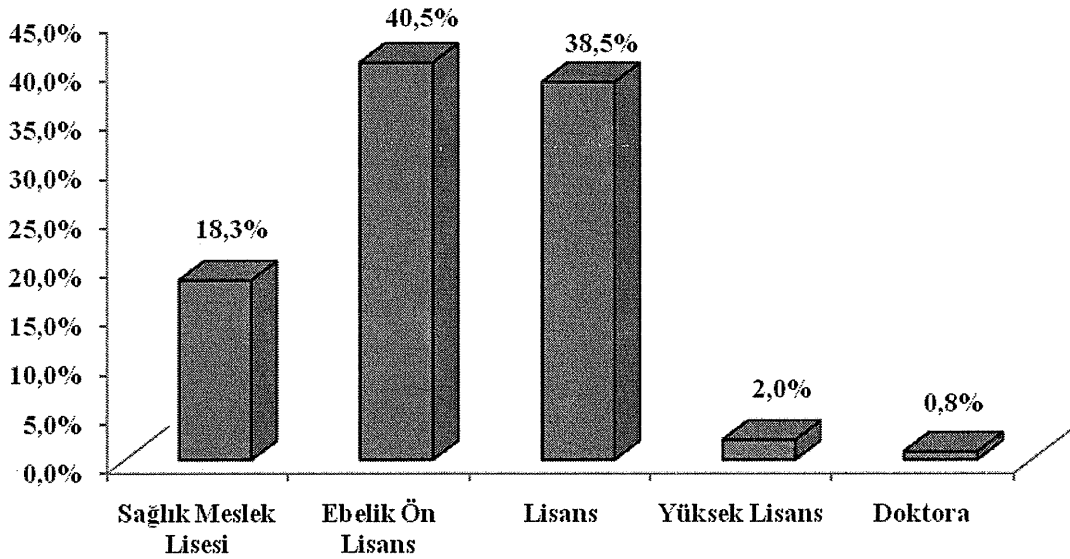
Grafik 4.2: Ebelerin Yaşlarına İlişkin Dağılımları



Araştırmaya katılan ebelerin %31,9'unun 32-37, %29'unun 26-31, %24,6'sının 38 ve üstü, %14,5'inin de 18-25 yaş arasında oldukları görülmektedir.

Ebelerin öğrenim durumlarına ilişkin dağılımlarına Grafik 4.3' te yer almaktadır.

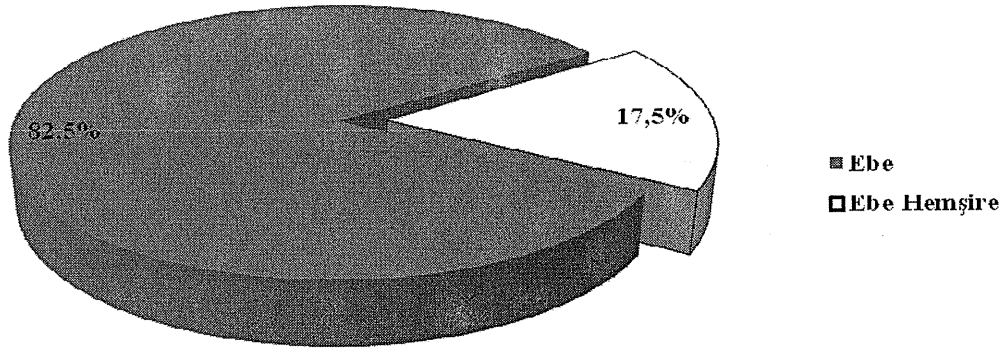
Grafik 4.3: Ebelerin Öğrenim Durumlarına İlişkin Dağılımları



Ebelerin öğrenim durumlarına ilişkin dağılıma bakıldığında; %40,5'inin ebelik ön lisans, %38,5'inin lisans, %18,3'ünün sağlık meslek lisesi mezunu oldukları görülmektedir. Yüksek lisans ve doktora mezunlarının oranı ise oldukça düşüktür.

Ebelerin mezun oldukları unvana ilişkin dağılım Grafik 4.4' te yer almaktadır.

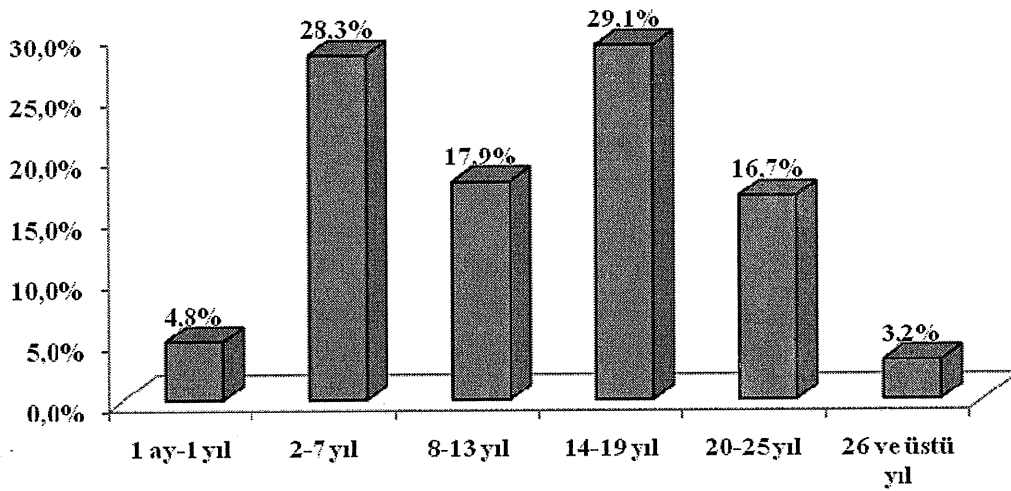
Grafik 4.4: Ebelerin Mezun Oldukları Unvana İlişkin Dağılımları



Araştırmaya katılan ebelerin %82,5'i mezun olduklarında ebe unvanını aldıklarını, %17,5'i de ebe/hemşire unvanı aldıklarını ifade etmiştir.

Ebelerin ebelik mesleğinde çalışma sürelerine ilişkin dağılım Grafik 4.5' te yer almaktadır.

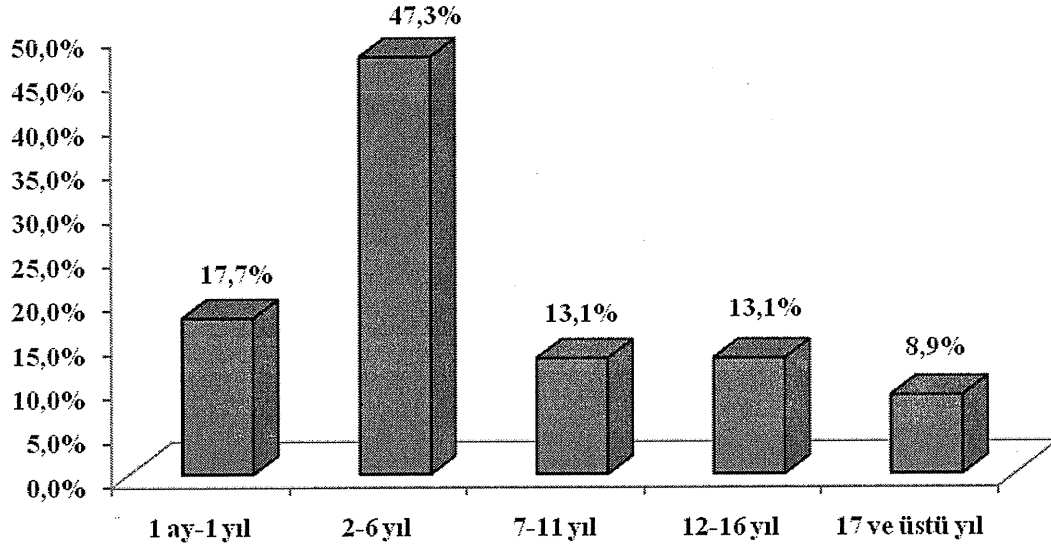
Grafik 4.5: Ebelerin Ebelik Mesleğinde Çalışma Sürelerine İlişkin Dağılımları



Grafik 4.5'e göre araştırma kapsamında yer alan ebelerin %29,1'i ebelik mesleğinde 14-19 yıl, %17,9'u 8-13 yıl, %4,8'i ise 1ay-1 yıl arası çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Ebelerin buldukları hastanede çalışma sürelerine ilişkin dağılım Grafik 4.6' da yer almaktadır.

Grafik 4.6: Ebelerin Buldukları Hastanede Çalışma Sürelerine İlişkin Dağılımları



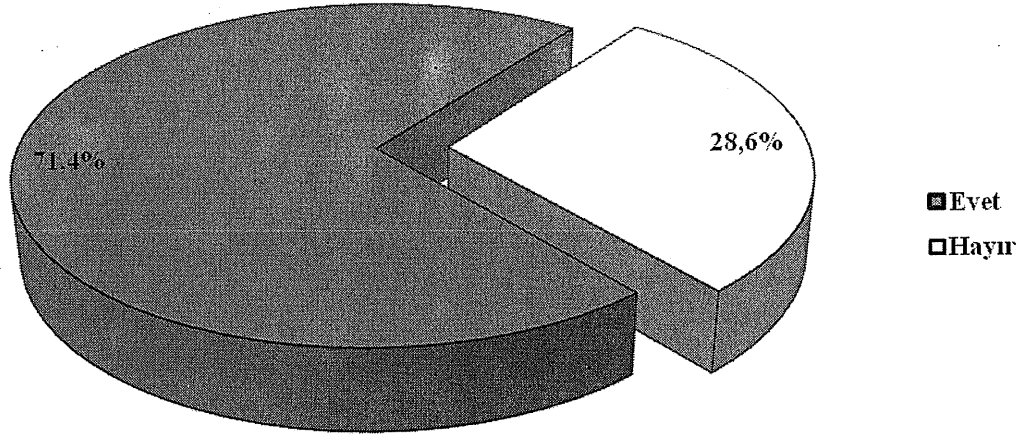
Araştırmaya katılan ebelerin buldukları hastanede çalışma sürelerine ilişkin dağılıma bakıldığında ebelerin yaklaşık olarak yarısının (%47,3) 2-6 yıldır bulunduğu hastane çalıştığı görülmektedir. %17,7'si 1 ay- 1 yıl, %13,1'i 7-11 ve 12-16 yıl, %8,9'u da 17 ve üstü yıldır bulunduğu hastanede görev yaptığını belirtmiştir.

4.2 Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol yöntemleri

Bu bölümünde öncelikle araştırmaya katılan ebelerin doğum yapıp yapmadıklarına ve doğumlarında kullandıkları nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine yer verilmiştir. Daha sonra araştırmaya katılan ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bilgileri, uygulamaları ve uygulamalarını etkileyen faktörlere değinilmiş, konuya ilişkin dağılımlara yer verilmiştir.

Ebelerin doğum yapma durumlarına ilişkin dağılım Grafik 4.7' de yer almaktadır.

Grafik 4.7: Ebelerin Doğum Yapma Durumlarına İlişkin Dağılımları



Araştırma kapsamında yer alan ebelerin %71,4'ü "Doğum yaptınız mı?" sorusuna "evet" cevabını verirken, %28,6'sı "hayır" cevabını vermiştir.

Ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumları Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1: Ebelerin Doğum Yapmalarına Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Bilme Durumları

Doğum Yaptınız mı?	Yöntemleri Biliyorum				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%	n	%
Evet	42	23,3%	138	76,7%	180	100,0%
Hayır	29	40,3%	43	59,7%	72	100,0%
Toplam	71	28,2%	181	71,8%	252	100,0%

Tablo 4.1' de görüldüğü gibi ebelerin doğum yapmaları ile nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumu arasındaki ilişki anlamlıdır ($\chi^2=7,297$, $p<0,05$).

Doğum yapan ebelerin %23,3'ü nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini **bildiğini** ifade ederken, %76,7'si nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini **bilmediğini** ifade etmiştir. Yanı sıra doğum yapmadığını belirten ebelerin %59,7'sinin yöntemleri **bilmediği**, %40,3'ünün ise yöntemleri **bildiği** görülmektedir.

Ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları Tablo 4.2’de yer almaktadır.

Tablo 4.2: Ebelerin Doğum Yapmalarına Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulama Durumları

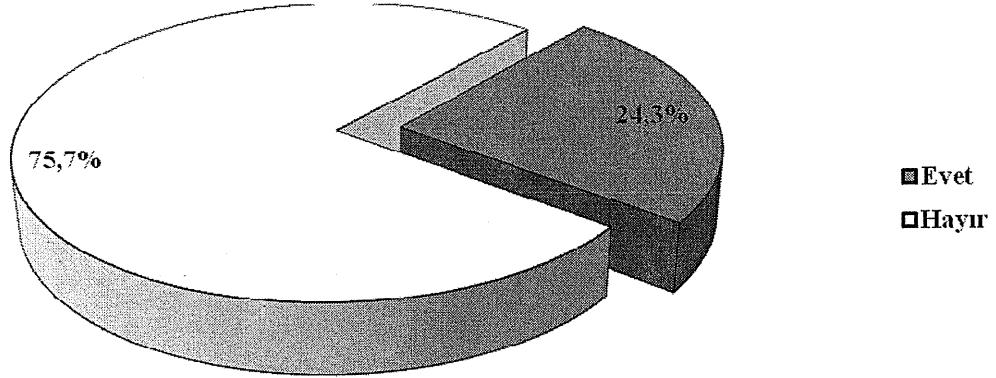
Doğum Yaptınız mı?	Yöntemleri Uyguluyorum				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Evet	45	25,0%	135	75,0%	180	100,0%
Hayır	27	37,5%	45	62,5%	72	100,0%
Toplam	72	28,6%	180	71,4%	252	100,0%

Tablo 4.2’ de görüldüğü gibi ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($\chi^2=3,938$, $p<0,05$).

Doğum yapan ebelerin **%75’inin** nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini **uygulamadığı**, **%25’inin** nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini **uyguladığı** görülmektedir. Doğum yapmayan ebelerin **%37,5’i** nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini **uyguladığını** belirtirken, **%62,5’i** nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini **uygulamadığını** ifade etmiştir.

Ebelerin doğumlarında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini kullanmalarına ilişkin dağılım Grafik 4.8’ de yer almaktadır.

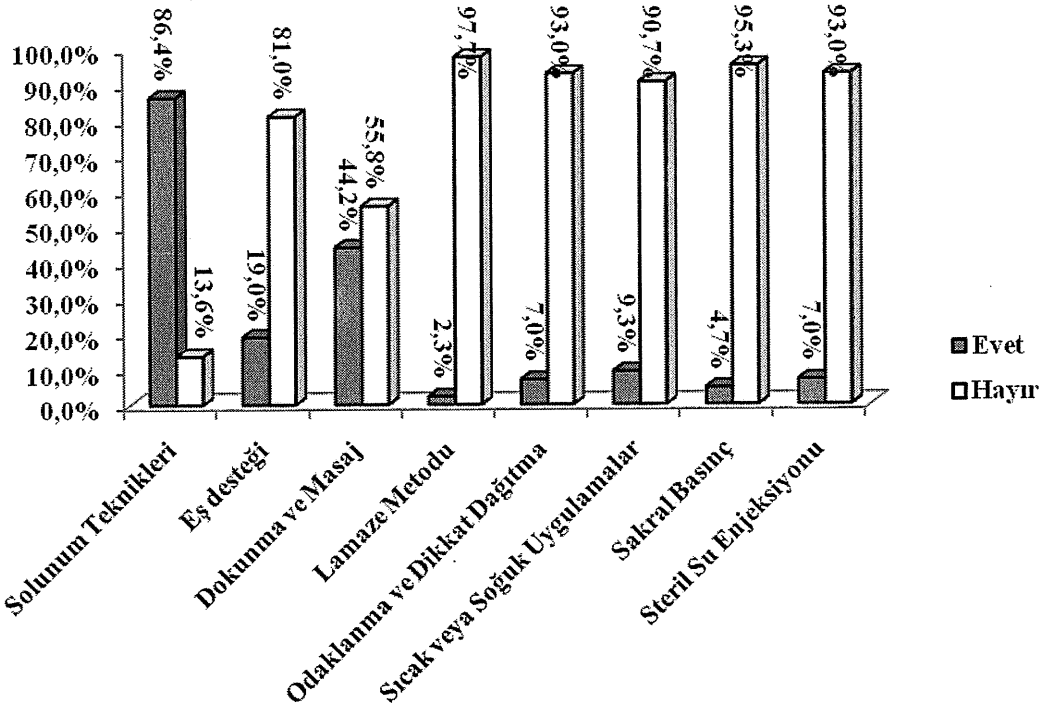
Grafik 4.8: Ebelerin Doğumlarında Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Kullanmalarına İlişkin Dağılımları



Grafik 4.8'e göre; doğum yapan ebelerin (%71,4), %75,7'si doğumlarında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini kullanmadıklarını ifade etmiştir. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini kullandıklarını belirtenlerin oranı ise %24,3'tür.

Ebelerin doğumlarında kullandıkları nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin dağılım Grafik 4.9' da yer almaktadır.

Grafik 4.9: Ebelerin Doğumlarında Kullandıkları Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Dağılım



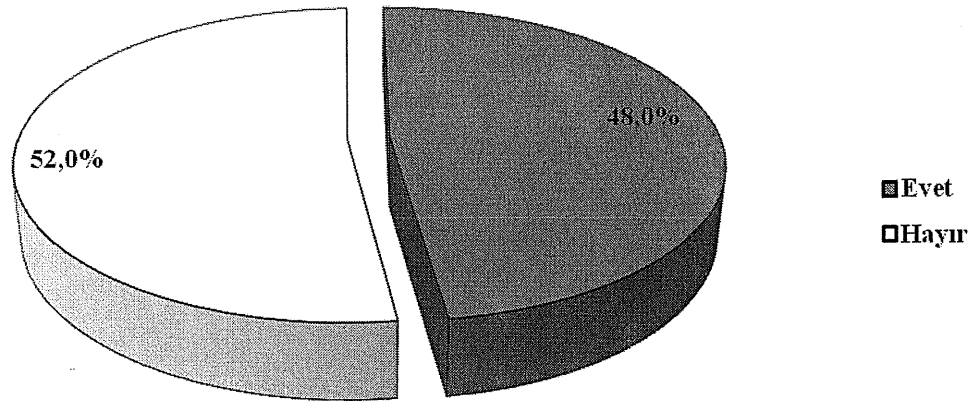
Grafik 4.9’ da açık uçlu soru olarak sorulan “Doğumunuzda nonfarmakolojik ağrı yöntemlerinden hangisini/hangilerini kullandınız?” sorusuna araştırmaya katılan ebelerin %86,4’ü “solunum teknikleri” cevabını vermişlerdir. Dokunma ve masaj tekniğini kullanan ebelerin oranı %44,2’i, eş desteği yöntemini kullananların oranı ise %19’dur. Lamaze metodunu kullananların oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir (%2,3).

4.2.1 Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Bilme Durumu

Araştırmada ebelere nonfarmakolojik ağrı yöntemlerine ilişkin herhangi bir bilgi alıp almadıkları ve aldıkları bu bilgiyi nereden aldıklarına ilişkin sorulara verilen cevaplar doğrultusunda aşağıda yer alan dağılımlara ulaşılmıştır.

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda aldıkları bilgiye ilişkin dağılım Grafik 4.10’da yer almaktadır.

Grafik 4.10: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri Konusunda Aldıkları Bilgiye İlişkin Dağılım



Grafik 4.10’da görüldüğü gibi ebelerin %52’si nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında bilgi almadıklarını, %48’i ise bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi alma durumları Tablo 4.3’ de yer almaktadır.

Tablo 4.3: Ebelerin Öğrenim Durumuna Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri Konusunda Bilgi Alma Durumları

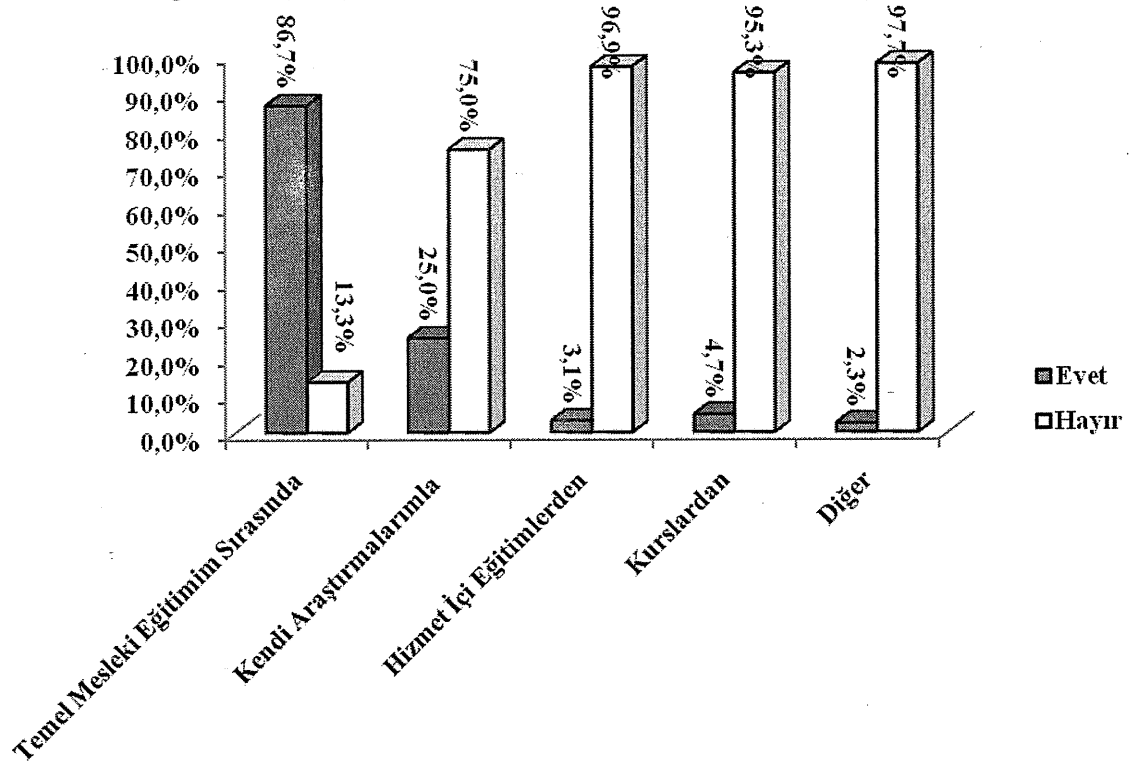
Öğrenim Durumu	Nonfarmakolojik Ağrı Yöntemleri Konusunda Alınan Bilgi				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Sağlık Meslek Lisesi	14	30,4%	32	69,6%	46	100,0%
Ebelik Ön Lisans	31	31,0%	69	69,0%	100	100,0%
Lisans	72	74,2%	25	25,8%	97	100,0%
Yüksek Lisans	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%
Doktora	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Toplam	120	48,0%	130	52,0%	250	100,0%

Tablo 4.3’ te görüldüğü gibi ebelerin öğrenim durumu ile nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda aldıkları bilgi karşılaştırıldığında; lisans mezunu ebelerin %74,2’si nonfarmakolojik ağrı yöntemleri konusunda **bilgi aldıklarını** ifade etmişlerdir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının %69,9’u ve ebelik ön lisans mezunu

olanların %69'u nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi almadıklarını belirtmişlerdir ($\chi^2=44,127$, $p<0,05$).

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda aldıkları bilginin kaynağına ilişkin dağılım Grafik 4.11' de yer almaktadır.

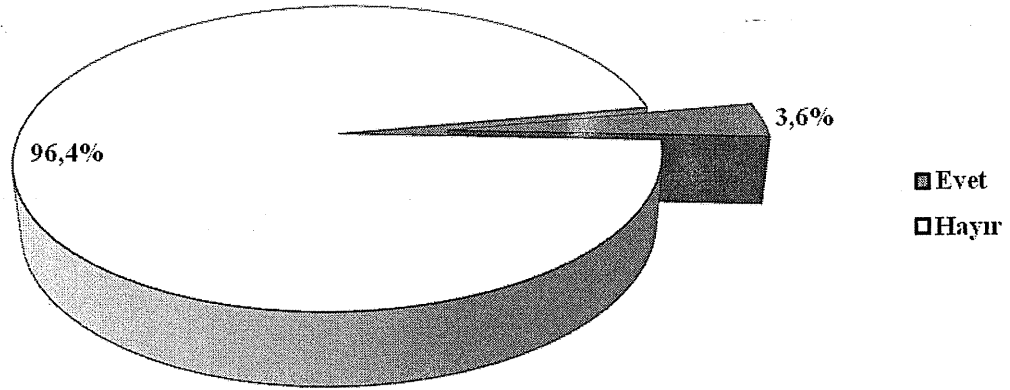
Grafik 4.11: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri Konusunda Aldıkları Bilginin Kaynağına İlişkin Dağılımları



Araştırma kapsamında yer alan ebelerin %86,7'si temel mesleki eğitimleri sırasında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Ebelerin %25'i nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda aldıkları bilginin kaynağı olarak kendi araştırmalarını, %4,7'si kursları, %3,1'i de hizmet içi eğitimleri göstermiştir. Diğer seçeneğini tercih edenler ise çalıştıkları servisten öğrendiklerini ifade etmişlerdir.

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına katılmaları ile ilgili dağılım Grafik 4.12'de yer almaktadır.

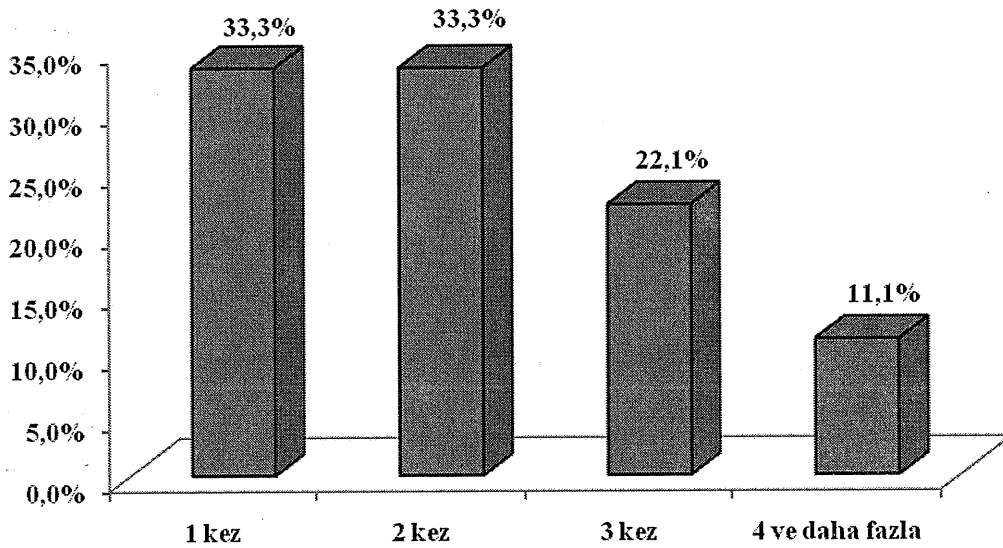
Grafik 4.12: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bir Kurs veya Hizmet İçi Eğitim Programına Katılmaları İle İlgili Dağılım



Grafik 4.12’de görüldüğü gibi ebelerin %96,4’ü nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına **katılmadıklarını** ifade etmişlerdir.

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına kaç kez katıldıkları ile ilgili dağılım Grafik 4.13’te yer almaktadır.

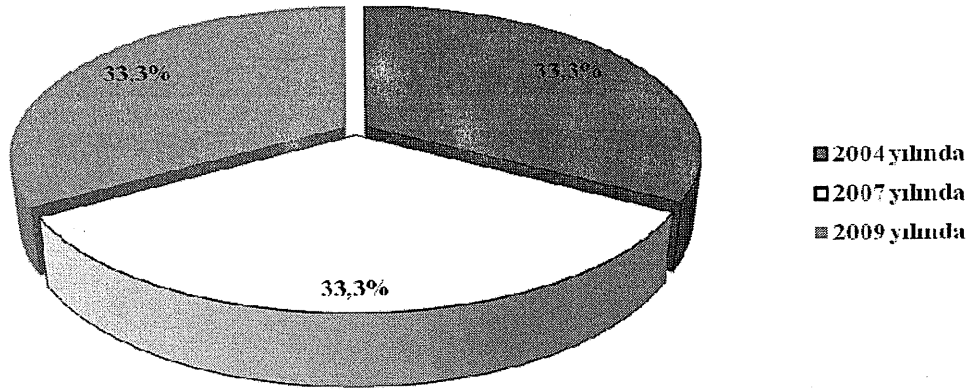
Grafik 4.13: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Bir Kurs veya Hizmet İçi Eğitim Programına Kaç Kez Katıldıkları İle İlgili Dağılım



Araştırmaya katılan ebelerden nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına katılanların %33,3'ü bir kez ve iki kez, %22,1 üç kez, %11,1'i de dört ve daha fazla kez katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına ne zaman katıldıkları ile ilgili dağılım Grafik 4.14' te yer almaktadır.

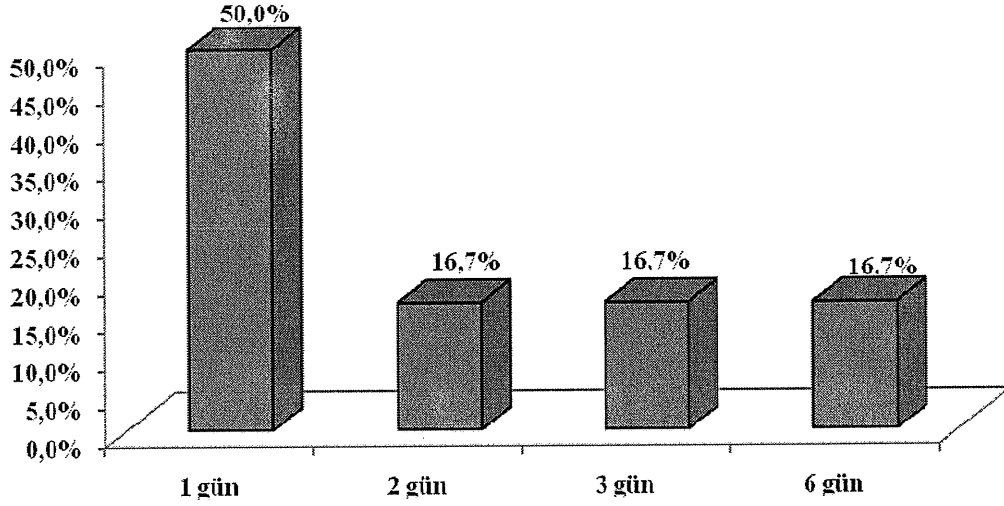
Grafik 4.14: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Yöntemlerine İlişkin Bir Kurs Veya Hizmet İçi Eğitim Programına Ne Zaman Katıldıkları İle İlgili Dağılım



Grafik 4.14'e göre; araştırmaya katılan ebelerin %33,3'ü 2004 yılında, 2007 yılında ve 2009 yılında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programına katıldıkları görülmektedir.

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin katıldıkları kurs veya hizmet içi eğitim programının ne kadar sürdüğü ile ilgili dağılım Grafik 4.15'te yer almaktadır.

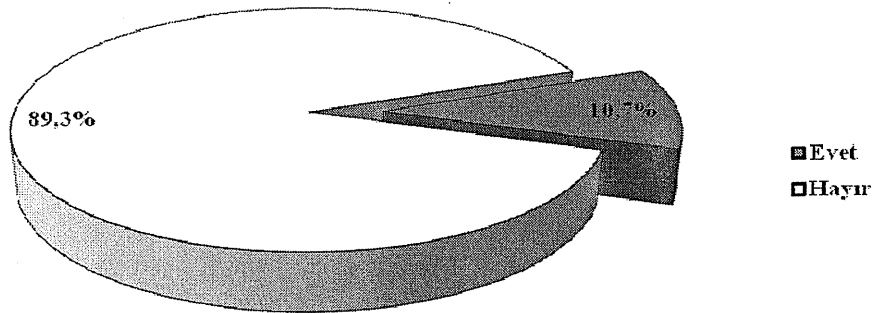
Grafik 4.15: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Katıldıkları Kurs veya Hizmet İçi Eğitim Programının Ne Kadar Sürdüğü İle İlgili Dağılım



Araştırma kapsamında yer alan ebelerin **yarısı** nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bir kurs veya hizmet içi eğitim programının bir gün sürdüğünü, **%16,7'si** de iki gün, üç gün ve altı gün sürdüğünü ifade etmiştir.

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin eğitim sırasında uygulama yapmaları ile ilgili dağılım Grafik 4.16' da yer almaktadır.

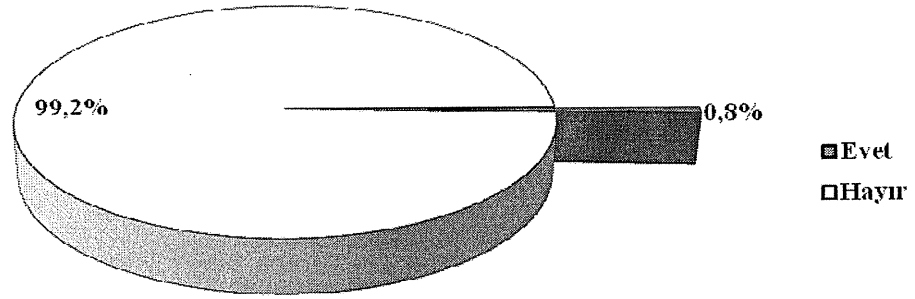
Grafik 4.16: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Eğitim Sırasında Uygulama Yapmaları İle İlgili Dağılım



Grafik 4.16'da görüldüğü gibi ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin eğitim sırasında uygulama yapanların oranı **%89,3'** tür.

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin eğitim sonrası aldıkları sertifika ile ilgili dağılım Grafik 4.17' de yer almaktadır.

Grafik 4.17: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Yöntemlerine İlişkin Eğitim Sonrası Aldıkları Sertifika İle İlgili Dağılım

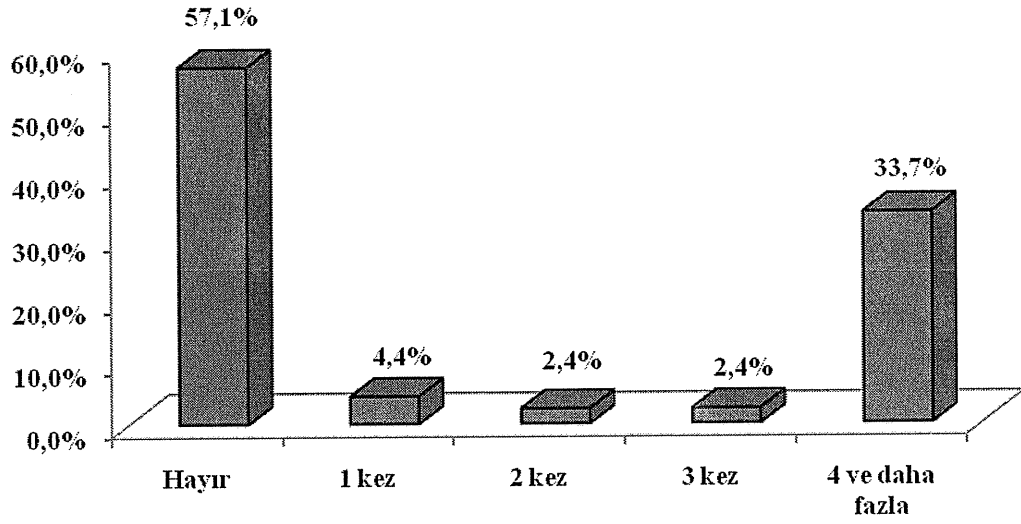


Grafik 4.17'de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan ebelerin yaklaşık olarak hepsi (%99,2) nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin eğitim sonrasında herhangi bir sertifika almadıklarını belirtirken, %0,8'i sertifika aldıklarını ifade etmişlerdir.

4.2.2. Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulama Durumu

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini hastanelerde uygulamalarına ilişkin dağılım Grafik 4.18' de yer almaktadır.

Grafik 4.18: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Hastanede Uygulamalarına İlişkin Dağılım



Ebelerin %57,1'i nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamadıklarını, %33,7'si, dört ve daha fazla uyguladıklarını belirtirken, %4,4'ü bir kez, %2,4'ü de iki ve üç kez uyguladıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4'te ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarına yönelik dağılım yer almaktadır.

Tablo 4.4: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerinden Bildikleri ve Uyguladıkları Yöntemlere İlişkin Dağılımlar

YÖNTEMLER	BİLİYORUM		UYGULUYORUM	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Efloraj ve Sakral Basınç	32,9%	67,1%	18,3%	81,7%
Sıcak veya Soğuk Uygulamalar	54,0%	46,0%	29,4%	70,6%
Hidroterapi-Banyo	40,1%	59,9%	10,7%	89,3%
Dokunma ve Masaj	58,7%	41,3%	41,3%	58,7%
Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı	20,6%	79,4%	0,8%	99,2%
Steril Su Enjeksiyonu	23,8%	76,2%	4,8%	95,2%
Bitkisel İlaçlar	21,8%	78,2%	4,4%	95,6%
Aromaterapi	9,1%	90,9%	1,2%	98,8%
Homeopati	3,2%	96,8%	1,2%	98,8%
Akupunktur	25,0%	75,0%	1,6%	98,4%
Akupressure	1,2%	98,8%	0,4%	99,6%
Refleksoloji	7,5%	92,5%	1,6%	98,4%
Odaklanma ve Dikkat Dağıtma	45,2%	54,8%	35,3%	64,7%
Dick-Read Metodu	6,0%	94,0%	1,2%	98,8%
Lamaze Metodu	28,8%	76,2%	9,9%	90,1%
Bradley Yöntemi	2,0%	98,0%	2,0%	98,0%
Solunum Teknikleri	67,4%	35,3%	45,6%	54,4%
Hipnoz	23,4%	76,6%	1,2%	98,8%
Biofeedback	17,1%	82,9%	4,8%	95,2%
Müzik	42,1%	57,9%	10,3%	89,7%
Doğum Öncesi Eğitim	65,5%	34,5%	45,6%	54,4%
Eş-Partner Desteği	48,0%	52,0%	27,0%	73,0%
Aile Üyeleri ya da Doğum Yardımcısı Desteği	59,1%	40,9%	34,1%	65,9%

Tablo 4.4'e göre; araştırmaya katılan ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinden en çok bildikleri %67,4'lük oranla "solunum teknikleri", %65,5'lik oranla "doğum öncesi eğitim", %59,1'lik oranla "aile üyeleri ya da doğum yardımcısı desteği" ve %58,7'lik oranla "dokunma ve masaj"dır. Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinden en çok bilmedikleri ise; %98,8'lik oranla "akupressure", %98'lik oranla "bradley yöntemi", %96,8'lik oranla "homeopati" ve %94'lük oranla "dick-read metodu"dur. Yanı sıra araştırmaya katılan ebelerin en çok uyguladıkları nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri %45,6'lık oranla "solunum teknikleri" ve

“doğum öncesi eğitim”, %41,3'lük oranla “dokunma ve masaj” ve %35,3'lük oranla “odaklanma ve dikkat dağıtma”dır. Ebelerin en az uyguladıkları yöntemler ise %99,6'lık oranla “akupressure” ve %99,2'lik oranla “deri altı elektrik sinir uyarımı”dır.

Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumu Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo 4.5: Ebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Bilme Durumları

Öğrenim Durumu	Yöntemleri Biliyorum				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Sağlık Meslek Lisesi	3	6,5%	43	93,5%	46	100,0%
Ebelik Ön Lisans	14	13,7%	88	86,3%	102	100,0%
Lisans	53	54,6%	44	45,4%	97	100,0%
Yüksek Lisans	0	,0%	5	100,0%	5	100,0%
Doktora	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Toplam	71	28,2%	181	71,8%	252	100,0%

Yapılan ki-kare analizine göre ebelerin öğrenim durumu ile nonfarmakolojik ağrı yöntemlerinden bildikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($\chi^2=57,184$, $p<0,05$).

Lisans mezunu ebelerin %54,6'sı yöntemleri **bildiklerini** ifade ederken %45,4'ü nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini **bilmediğini** ifade etmiştir. Aynı şekilde sağlık meslek lisesi mezunu ebelerin %6,5'inin yöntemleri **bildiği**, %93,5'inin yöntemleri **bilmediği** görülmektedir.

Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumu Tablo 4.6' da yer almaktadır.

Tablo 4.6: Ebelerin Öğrenim Durumlarına Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulama Durumları

Öğrenim Durumu	Yöntemleri Uyguluyorum				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Sağlık Meslek Lisesi	5	10,9%	41	89,1%	46	100,0%
Ebelik Ön Lisans	16	15,7%	86	84,3%	102	100,0%
Lisans	50	51,5%	47	48,5%	97	100,0%
Yüksek Lisans	0	,0%	5	100,0%	5	100,0%
Doktora	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Toplam	72	28,6%	180	71,4%	252	100,0%

Tablo 4.6' da ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($\chi^2=42,900$, $p<0,05$).

Tablo 4.6' ya göre; araştırmaya katılan lisans mezunu ebelerin **%51,5'inin** nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini **uyguladığı**, **%48,5'inin** yöntemleri **uygulamadığı** görülmektedir. Yanı sıra ebelik ön lisans mezunu olduğunu belirten ebelerin **%15,7'si** den nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini **uyguladığını** belirtirken, **%84,3'ü** yöntemleri **uygulamadığını** ifade etmiştir.

Ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma sürelerine göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumu Tablo 4.7' de yer almaktadır.

Tablo 4.7: Ebelerin Ebelik Mesleğinde Toplam Çalışma Sürelerine Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Bilme Durumu

Ebelik Mesleğinde Çalışma Süresi	Yöntemleri Biliyorum				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
1 ay-1 yıl	7	58,3%	5	41,7%	12	100,0%
2-7 yıl	32	45,1%	39	54,9%	71	100,0%
8-13 yıl	18	40,0%	27	60,0%	45	100,0%
14-19 yıl	12	16,4%	61	83,6%	45	100,0%
20-25 yıl	1	2,4%	41	97,6%	42	100,0%
26 ve üstü yıl	1	12,5%	7	87,5%	8	100,0%
Toplam	71	28,3%	180	71,7%	251	100,0%

Tablo 4.7’ de ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma süreleri ile nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($\chi^2=38,173$, $p<0,05$).

Ebelik mesleğinde 1 ay–1 yıldır çalışan ebelerin **%58,3’ü** “*Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini biliyor musunuz?*” sorusuna evet cevabını verirken, **%42,7’si** hayır cevabını vermiştir. Araştırmaya katılan ebelerden ebelik mesleğinde 2–7 yıldır çalışan ebelerin **%45,1’nin** aynı soruya evet, **%54,9’unun** da hayır cevabını verdiği görülmektedir.

Ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma sürelerine göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları Tablo 4.8’ de yer almaktadır.

Tablo 4.8: : Ebelerin Ebelik Mesleğinde Toplam Çalışma Sürelerine Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulama Durumları

Ebelik Mesleğinde Çalışma Süresi	Yöntemleri Uyguluyorum				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
1 ay-1 yıl	6	50,0%	6	50,0%	12	100,0%
2-7 yıl	31	43,7%	40	56,3%	71	100,0%
8-13 yıl	14	31,1%	31	68,9%	45	100,0%
14-19 yıl	15	20,5%	58	79,5%	73	100,0%
20-25 yıl	6	14,3%	36	85,7%	42	100,0%
26 ve üstü yıl	0	,0%	8	100,0%	8	100,0%
Toplam	72	28,7%	179	71,3%	251	100,0%

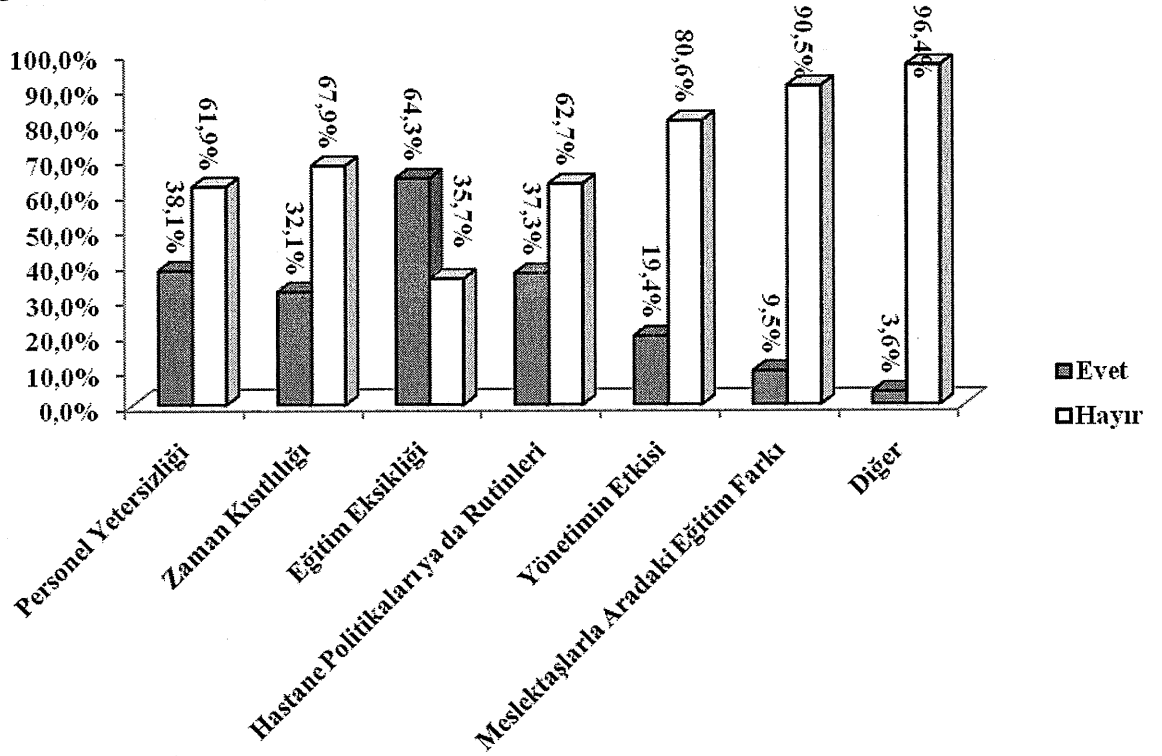
Tablo 4.8’ e göre ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma sürelerine göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($\chi^2=20,417$, $p<0,05$).

Araştırmaya katılan ebelerin, ebelik mesleğinde 1 ay-1 yıldır çalışanların **yarısı** nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini **uyguladıklarını** yine **yarısı** yöntemleri **uygulamadıklarını** ifade etmişlerdir. Ebelik mesleğinde 2–7 yıldır çalıştığını ifade edenlerin **%43,7’si** nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini **uyguladıklarını**, **%56,3’ü** de yöntemleri **uygulamadıklarını** belirtmişlerdir.

4.2.3. Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerin Durumu

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlere ilişkin dağılım Grafik 4.19’ da yer almaktadır.

Grafik 4.19: Ebelerin Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Dağılım



Araştırmaya katılan ebelerin %64,3’ü nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörü “*eğitim eksikliği*” olarak görmektedir. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen diğer bir faktör %38,1’lik oranla “*personel yetersizliği*”, %37,3’lük oranla “*hastane politikaları ya da rutinleri*”, %32,1’lik oranla “*zaman kısıtlılığı*”, %19,4’lük oranla “*yönetimin etkisi*” ve %9,5’lik oranla “*meslektaşlarla aradaki eğitim farkı*”dır. Diğer seçeneğini tercih edenler ise doğumhanede aktif olarak çalışmadıklarını ve fiziki şartların yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir.

Ebelerin çalıştığı kuruma göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden personel yetersizliği durumu Tablo 4.9’ da yer almaktadır.

Tablo 4.9: Ebelerin Çalıştığı Kuruma Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerden Personel Yetersizliği Durumu

Çalıştığı Kurum	Personel Yetersizliği				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Kayseri Doğumevi	44	30,1%	102	69,9%	146	100,0%
EÜ Tıp Fakültesi	12	70,6%	5	29,4%	17	100,0%
Özel Erciyes Hastanesi	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%
Özel Hüma Hastanesi	7	46,7%	8	53,3%	15	100,0%
Bünyan Devlet Hastanesi	1	8,3%	11	91,7%	12	100,0%
Develi Devlet Hastanesi	8	57,1%	6	42,9%	14	100,0%
Felâhiye Devlet Hastanesi	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%
İncesu Devlet Hastanesi	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%
Özvatan Devlet Hastanesi	1	16,7%	5	83,3%	6	100,0%
Pınarbaşı Devlet Hastanesi	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%
Sarız Devlet Hastanesi	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%
Tomarza Devlet Hastanesi	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%
Yahyalı Devlet Hastanesi	0	,0%	2	100,0%	2	100,0%
Yeşilhisar Devlet Hastanesi	0	,0%	4	100,0%	4	100,0%
Toplam	96	38,1%	156	61,9%	252	100,0%

Araştırmaya katılan ebelerden en fazla oranla Pınarbaşı Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %75'i, Özel Erciyes Hastanesi ve Felâhiye Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %71,4'ü, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan ebelerin %70,6'sı çalıştıkları hastanede personel yetersizliği olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan ebelerden en az oranla Bünyan Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %8,3'ü çalıştıkları hastanede personel yetersizliği olduğunu belirtirken Yahyalı ve Yeşilhisar Devlet Hastanelerinde çalışan ebeler çalıştıkları hastanede personel yetersizliği **olmadığını** belirtmişlerdir.

Ebelerin çalıştığı kuruma göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden zaman kısıtlılığı durumu Tablo 4.10' da yer almaktadır.

Tablo 4.10: Ebelerin Çalıştığı Kuruma Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerden Zaman Kısıtlılığı Durumu

Çalıştığı Kurum	Zaman Kısıtlılığı				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Kayseri Doğumevi	42	28,8%	104	71,2%	146	100,0%
EÜ Tıp Fakültesi	2	11,8%	15	88,2%	17	100,0%
Özel Erciyes Hastanesi	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%
Özel Hüma Hastanesi	11	73,3%	4	26,7%	15	100,0%
Bünyan Devlet Hastanesi	4	33,3%	8	66,7%	12	100,0%
Develi Devlet Hastanesi	0	,0%	14	100,0%	14	100,0%
Felâhiye Devlet Hastanesi	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%
İncesu Devlet Hastanesi	2	28,6%	5	71,4%	7	100,0%
Özvatan Devlet Hastanesi	1	16,7%	5	83,3%	6	100,0%
Pınarbaşı Devlet Hastanesi	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
Sarız Devlet Hastanesi	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%
Tomarza Devlet Hastanesi	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%
Yahyalı Devlet Hastanesi	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Yeşilhisar Devlet Hastanesi	0	,0%	4	100,0%	4	100,0%
Toplam	81	32,1%	171	67,9%	252	100,0%

Yapılan ki-kare analizi sonucu ebelerin çalıştığı kurum ile nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden zaman kısıtlılığı arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür ($\chi^2=40,088$, $p<0,05$).

Araştırmaya katılan ebelerden Sarız Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %83,3'ü, Özel Hüma Hastanesi'nde çalıştığını ifade eden ebelerin %73,3'ü, Felâhiye Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %71,4'ü, nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden birinin zaman kısıtlılığı olduğunu belirtirken, Yeşilhisar Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin zaman kısıtlılığını bir faktör olarak belirtmedikleri görülmektedir.

Ebelerin çalıştığı kuruma göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden eğitim eksikliği durumu Tablo 4.11' de yer almaktadır.

Tablo 4.11: Ebelerin Çalıştığı Kuruma Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerden Eğitim Eksikliği Durumu

Çalıştığı Kurum	Eğitim Eksikliği				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Kayseri Doğumevi	103	70,5%	43	29,5%	146	100,0%
EÜ Tıp Fakültesi	9	52,9%	8	47,1%	17	100,0%
Özel Erciyes hastanesi	1	14,3%	6	85,7%	7	100,0%
Özel Hüma hastanesi	3	20,0%	12	80,0%	15	100,0%
Bünyan devlet hastanesi	5	41,7%	7	58,3%	12	100,0%
Develi devlet hastanesi	14	100,0%	0	,0%	14	100,0%
Felâhiye devlet hastanesi	6	85,7%	1	14,3%	7	100,0%
İncesu devlet hastanesi	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%
Özvatan devlet hastanesi	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%
Pınarbaşı devlet hastanesi	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
Sarız devlet hastanesi	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%
Tomarza devlet hastanesi	3	60,0%	2	40,0%	5	100,0%
Yahyalı devlet hastanesi	0	,0%	2	100,0%	2	100,0%
Yeşilhisar devlet hastanesi	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%
Toplam	162	64,3%	90	35,7%	252	100,0%

Araştırmaya katılan ebelerin çalıştığı kurum ile nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden eğitim eksikliği arasındaki ilişki karşılaştırıldığında; Develi Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin hepsi nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktör olarak eğitim eksikliği olduğunu belirtmişlerdir. Felâhiye Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %85,7'si, Yeşilhisar Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %75'i, İncesu Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %71,4'ü, Kayseri Doğumevi Hastanesi'nde çalışan ebelerin %70,5'i nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktör olarak eğitim eksikliği olduğunu belirtmişlerdir.

Ebelerin çalıştığı kuruma göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden hastane politikaları ya da rutinleri durumu Tablo 4.12' de yer almaktadır.

Tablo 4.12: Ebelerin Çalıştığı Kuruma Göre Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerini Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerden Hastane Politikaları ya da Rutinleri Durumu

Çalıştığı Kurum	Hastane Politikaları ya da Rutinleri				Toplam	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Kayseri Doğumevi	46	31,5%	100	68,5%	146	100,0%
EÜ Tıp Fakültesi	9	52,9%	8	47,1%	17	100,0%
Özel Erciyes Hastanesi	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%
Özel Hüma Hastanesi	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%
Bünyan Devlet Hastanesi	2	16,7%	10	83,3%	12	100,0%
Develi Devlet Hastanesi	10	71,4%	4	28,6%	14	100,0%
Felâhiye Devlet Hastanesi	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%
İncesu Devlet Hastanesi	2	28,6%	5	71,4%	7	100,0%
Özvatan Devlet Hastanesi	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%
Pınarbaşı Devlet Hastanesi	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
Sarız Devlet Hastanesi	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
Tomarza Devlet Hastanesi	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%
Yahyalı Devlet Hastanesi	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Yeşilhisar Devlet Hastanesi	0	,0%	4	100,0%	4	100,0%
Toplam	94	37,3%	158	62,7%	252	100,0%

Tablo 4.12'de görüldüğü gibi ebelerin çalıştığı kurum ile nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden hastane politikaları ya da rutinleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ($\chi^2=27,931$, $p<0,05$).

Özvatan Devlet Hastanesi'nde çalışan ebelerin %83,3'ü, Develi Devlet Hastanesi'nde ve Özel Erciyes Hastanesi'nde çalışan ebelerin %71,4'ü nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörlerden birinin hastane politikaları ya da rutinleri olduğunu belirtmişlerdir. Yanı sıra Yeşilhisar Devlet

Hastanesi'nde çalışan ebeler ise hastane politikaları ya da rutinlerinin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkilemediğini belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkındaki bilgileri, uygulamaları ve uygulamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma Kayseri genelinde doğum yaptırılan hastanelerde çalışan ebelere uygulanmış ve ebelerin demografik özelliklerine yönelik şu verilere ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan ebelerin yarısından fazlası (%57,9) Kayseri doğumevinde görev yapmaktadır. Ebelerin %31,9'u 32-37, %29'u 26-31, %24,6'sı 38 ve üstü, %14,5'i de 18-25 yaş arasındadır. Ebelerin %18,3'ü sağlık meslek lisesi, %40,5'i ebelik ön lisans, %38,5'i lisans mezunudur. Ebelerin %29,1'i ebelik mesleğinde 14-19 yıl, %17,9'u 8-13 yıl, %16,7'si 20-25 yıl, %4,8'i 1ay-1 yıl arası, %3,2'si ise 26 ve üzeri yıldır çalışmaktadır.

Demografik özelliklerine göre ebelerin çalışma süreleri, yaş ortalamaları ve mezuniyet düzeyleri incelendiğinde; sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu ebelerin 15 ve üzeri yıl çalıştıkları ve lisans mezunu ebelerin hastanelerde sayısal olarak daha az oldukları ve bu durumun nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumunu etkileyeceği düşünülmektedir.

Dünya ve ülkemizde tıbbi literatür incelendiğinde yakın zamana kadar ağrıya ya hiç ya da çok az yer verildiği, tıp ve ebelik müfredatlarında ağrı kontrolüne ilişkin bir dersin bulunmadığı görülmektedir (Eti-Aslan ve Badır, 2005). Ön lisans veya lisans mezunu ebelerin sağlık meslek lisesi mezunu olup dışarıdan ön lisans ya da lisans tamamlama yoluyla mezuniyet derecelerinin arttığı göz önüne alındığında ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda temel mesleki eğitim sırasında aldıkları eğitimin yeterli olmadığı düşünülmektedir.

Öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında bilgi alma durumları karşılaştırıldığında (Tablo 4.3) sağlık meslek lisesi mezunu ebelerin %30,4'ü, ön lisans mezunu ebelerin %31'i, lisans mezunu ebelerin %74,2'si nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında bilgi almıştır. Ebelerin eğitim düzeyi

yükseldikçe nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumları artış göstermiştir.

Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumları incelendiğinde (Tablo 4.5 ve 4.6) lisans mezunu ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini daha fazla bildiği ve uyguladığı, sağlık meslek lisesi ebelerin daha az bildiği ve uyguladığı görülmektedir. Bu durum sağlık meslek lisesi düzeyinde verilen ebelik eğitiminin istendik düzeyde olmadığını düşündürmektedir.

Ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma sürelerine göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumları incelendiğinde (Tablo 4.7 ve 4.8) 20 yıl ve üzeri süredir çalışan ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarının azaldığı görülmektedir. Ebelerin öğrenim durumları (Tablo 4.5 ve 4.6) ve ebelik mesleğinde çalışma sürelerine (Tablo 4.7 ve 4.8) göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarına bakıldığında eğitim seviyesi arttıkça nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumları artmıştır. Bu durumun temel mesleki eğitim sırasında verilen eğitimden kaynaklandığı dolayısıyla yeni mezun ebelerin bu konuda daha bilgili oldukları düşünülmektedir. Dolayısıyla hastanelerde sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu ebelerin sayısal anlamda daha çok olması doğumhanelerde nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanma oranının az olduğunu düşündürmektedir.

Doğum, yaşam mucizesinde önemli, kadın ve ailesi için çok özel bir deneyimdir (Kömürcü ve Berkiten, 2008). Araştırmaya katılan ebelerin %71,4'ünün bu önemli ve özel deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir.

Doğum eylemi, bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Günümüzde gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım, doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir. Doğumun doğal işleyişine yapılan her türlü müdahale doğumun doğal gidişini etkiler (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Bu bağlamda doğum eylemi sırasında ağrı kontrolünü sağlamada kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin önemi büyüktür. Araştırmaya katılan ebelerin % 48'inin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi

aldıkları bulunmuştur. Bu oranın istenen düzeyde olmaması ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusundaki eğitim eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğum yapan ebelerin (%71,4) %75,7'si doğumlarında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemi kullanmamışlardır. Ayrıca doğum yapan ebelerin %23,3'ünün nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bildiği, %25'inin uyguladığı, doğum yapmayan ebelerin %40,3'ünün nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bildiği, %37,5'inin uyguladığı bulunmuştur. Doğum deneyimi yaşamayan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumunu önemli oranla etkilemediği görülmektedir.

Ebelik mesleğini icra eden ebelerin mesleği gereği olarak dahi nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini kendi doğumlarında kullanmamaları oldukça düşündürücüdür. Bu durumun temel sebebi mesleki eğitim sırasında verilen teorik eğitimin yeterli olmaması, hastanelerde uygulama alanlarının oluşturulamaması, yanlış bir şekilde sezaryen ile doğuma yönlendirilmelerin olması dolayısıyla sezaryen ile doğumun artması, ebelerin doğum eyleminde yaşanan ağrı sürecini bilmesi ve bu süreci yaşama korkusundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebelerin doğumlarında en çok kullandıkları nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemi %86,4 oranla solunum teknikleridir. Avcıbay' ın (2009) yaptığı çalışmada gebelere travayın latent fazında doğum ağrısını hafifletmek amacıyla solunum egzersizi, gevşeme ve pozisyon değişikliği konusunda eğitim verilmiştir. Gebelerin kaygı puan ortalamaları eğitim öncesi 59,37 iken, eğitim sonrası 35,70' e düştüğü belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan ebelerin doğumlarında 2. çoğunlukla kullandıkları diğer bir yöntem %44,2 oranla dokunma ve masajdır. Field (2010) doğum eylemi sırasında masaj tedavisi alan kadınların daha az ağrı algıladığını ve tıbbi ilaç gereksinimlerinin önemli ölçüde azaldığını belirtmiştir. Öztürk (2006) gebelerde doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajının etkisini incelemiş ve LI4 bölgesine yapılan masajın etkili olmadığını belirlemesine rağmen gebeler yapılan uygulamaların ağrılarını azalttığını/hafiflettiğini sözel olarak belirtmişlerdir. Değirmen (2006) yaptığı çalışmada

el ve ayağa uygulanan masajın ağrının kontrol edilmesinde etkili yöntemler olduğu, el bölgesine uygulanan masajın ayak masajına oranla ağrı şiddetini daha çok azalttığı ayrıca masaj süresi uzadıkça ağrı azaltıcı etkisinin arttığını bildirmiştir.

Ebelerin doğumlarında kullandıkları diğer nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri ise eş/partner desteği (%19), sıcak veya soğuk uygulamalar (%9,3), odaklanma ve dikkat dağıtma (%7), steril su enjeksiyonu (%7), sakral basınç (%4,7), ve lamaze (%2,3) metodudur.

Yıldırım (2001) doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum teknikleri ve tensel uyarılma) hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alan annelerin almayan annelere oranla doğum eyleminde doğuma yönelik olumsuz duygusal tepkilerinin daha az olduğu ve bu tür duygularla daha iyi başa çıktıkları, doğum ağrısının şiddetini daha düşük ifade ettikleri, doğum ağrısı ve doğum eylemi hakkında daha olumlu düşündüklerini belirtmiştir.

Mamuk (2008) doğumun ikinci aşamasında perineye sıcak uygulamanın ağrıyla azalttığını, perineyi 3. ve 4. derece travmalarına karşı korumada etkili olduğunu ayrıca annenin konforunu olumlu yönde etkilediğini belirtmiş; sıcak uygulamanın perine bütünlüğünün korunması ve doğum ağrısının kontrol edilmesinde kullanılabileceğini bildirmiştir.

%48 oranla nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi aldığını ifade eden ebelerin %86,7'si bu bilgiyi temel mesleki eğitimleri sırasında almışlardır. %3,6'sı bir kurs veya hizmet içi eğitim programına katılan ebelerin bu bilgiyi hastane bünyesinde düzenlenen kurs veya hizmet içi eğitim programından aldığı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığının 2010–2011 yılı hizmet içi eğitim planı incelendiğinde doğum ağrısına yönelik herhangi bir eğitim konusu olmadığı görülmektedir (segm@sağlik.gov.tr).

Doğum ağrısının kontrolü, doğum yapan kadınlara verilen bakımın temel amaçlarından biridir. Ağrının azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik ve destekleyici metodlar ebelik uygulamalarının bir parçasıdır (Dağlar ve Güler, 2004; Mucuk ve Başer, 2005).

Yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlayan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajlara sahiptir. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri, anne-fetüs açısından zararsızdır ve kişinin kendi kontrol ve uygulamasına bağlıdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz ve yan etki ya da alerji riskleri yoktur. Nonfarmakolojik metod hem alternatiftir hem de ilave ilaçlar kullanılabilir (Kömürcü ve Berkiten, 2008; Öztürk, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Etkili ebelik girişimleri ile doğum ağrısını hafifletmek mümkündür. Ebenin doğum ağrısı konusundaki duyarlılığı ve iletişim kurma becerisi, doğum anında annenin rahatsızlığını gidermede, doğru nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemi seçimine ve ebelik bakımının etkin planlamasında önemli rol oynar (Ertem ve Sevil, 2005).

Araştırmaya katılan ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme ve uygulama durumları incelendiğinde (Tablo 4.4) ebelerin en çok bildikleri nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemi %67,4'lük oranla solunum teknikleri, %65,5 oranla doğum öncesi eğitim, %59,1'lik oranla aile üyeleri ya da doğum yardımcısı desteği ve %58,7'lik oranla dokunma ve masajdır.

Ebelerin en çok uyguladıkları nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemi %45,6'lık oranla solunum teknikleri ve doğum öncesi eğitim, %41,3'lük oranla dokunma – masaj ve %35,3'lük oranla odaklanma ve dikkat dağıtmadır.

Ebelerin kendi doğumlarında kullandıkları yöntemler ile normalde en çok bilip uyguladıkları yöntemler solunum teknikleri, dokunma – masaj, eş/partner desteği ve odaklanma – dikkat dağıtmadır.

Araştırmaya katılan ebeler %45,6'lık oranla doğum öncesi eğitim uyguladıklarını ifade etmelerine karşın Şahin ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada travaydaki kadınların korkuları ve beklentileri yüksek bulunmuş, antenatal bakım alma oranları Dünya Sağlık Örgütü'nce (DSÖ) önerilen sayıların üzerinde olmasına rağmen doğuma yeterince iyi hazırlanamadıkları ve doğum korkusu yaşadıkları belirlenen grubun yarısından fazlasına herhangi bir ağrı ile baş etme girişimi uygulanmadığı bildirilmiştir. Şahin ve ark. (2009) yaptıkları çalışmanın sonucu bizim araştırmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol

yöntemleri konusundaki bilgi eksikliği ve uygulama yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 4.4' e göre ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinden en çok bilmedikleri %98,8'lik oranla akupressure, %98'lik oranla bradley yöntemi, %96,8'lik oranla homeopati ve %94'lük oranla dick-read metodudur. Bu yöntemlerin son yıllarda geliştirilen yöntemler olması ayrıca ülkemizde genel olarak kullanılmaması ve bazı yöntemlerin kullanılabilmesi için hastanelerde yeterli alt yapı ve donanımın olmaması nedeniyle çoğu ebe tarafından bilinmediği düşünülmektedir.

Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri bakımın güçlü pozitif etkilerini göstermesine rağmen, ebelerin bu tip bakım vermelerini önleyen birçok engel vardır. Bunlar personel yetersizliği, zaman kısıtlılığı, eğitim eksikliği, teknolojik bakımı ön planda tutan hastane politikaları ya da rutinleri ve yönetimin etkisi vb. olarak özetlenebilir (Hodnett et al. 2002; Güvenç, 2004).

Araştırmaya katılan ebelerin %64,3'ü nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktörü eğitim eksikliği olarak görmektedir. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen diğer faktörler; %38,1'lik oranla personel yetersizliği, %37,3'lük oranla hastane politikaları ya da rutinleri, %32,1'lik oranla zaman kısıtlılığı, %19,4'lük oranla yönetimin etkisi ve %9,5'lik oranla meslektaşlarla aradaki eğitim farkıdır. Ayrıca ebelerin %3,6'sı nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktör olarak çalıştıkları hastanenin fiziki şartlarının yeterli olmamasını ve aktif olarak doğumhanede çalışmamaları olarak belirtmişlerdir.

Şahin ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada travaydaki gebelerin yarısının (%58) doğum ağrısıyla baş etmede hiçbir şey yapılmadığını ifade etmesine karşın ilgili birimde çalışan ekibin sayısal yetersizliğinden ve doğum sayısı fazla olan bir kamu hastanesinde iş yükü fazlalığından kaynaklandığı sebep olarak gösterilmiştir.

Ebelerin çalıştığı kuruma göre personel yetersizliği ve zaman kısıtlılığı durumu incelendiğinde (Tablo 4.9 ve Tablo 4.10) hastanelerin özel hastane ya da devlet hastanesi olması, merkeze yakın olan hastanelerin sevk etmesi ya da hastaların

doğrudan merkezdeki hastaneleri tercih etmesi ve hastanelerin doğum yaptırma oranlarına göre personel yetersizliği ve zaman kısıtlılığına olan farklı görüşler dikkati çekmektedir. Örneğin; Pınarbaşı Devlet Hastanesinde çalışan ebelerin (n:4) %75'i buldukları hastanede personel yetersizliği olduğunu belirtirken, Yeşilhisar Devlet Hastanesinde çalışan ebeler (n:4) buldukları hastanede personel yetersizliği olmadığını belirtmişlerdir. Personel yetersizliği bulunan hastanelerde çalıştırılmak üzere ebe alımlarının yapılması gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusundaki uygulamaları ve uygulamalarını etkileyen faktörleri ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmanın sonucuna göre;

- ✧ Ebelerin %48'i nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi almıştır.
- ✧ %48 oranla bilgi alan ebeler bu bilgileri %86,7 temel mesleki eğitim sırasında, %25 kendi araştırmaları, %4,7 kurslar, %3,1 hizmet içi eğitimler ve %2,3 çalıştıkları servisten öğrenmişlerdir.
- ✧ Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgi alma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=44,127$, $p<0,05$).
- ✧ Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=57,184$, $p<0,05$).
- ✧ Ebelerin öğrenim durumlarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=42,900$, $p<0,05$).
- ✧ Ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma sürelerine göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=38,173$, $p<0,05$).
- ✧ Ebelerin ebelik mesleğinde toplam çalışma sürelerine göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=20,417$, $p<0,05$).
- ✧ Ebeler nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulamalarını etkileyen faktör olarak %64,3 eğitim eksikliği, %38,1 personel yetersizliği, %37,3 hastane politikaları ya da rutinleri, %32,1 zaman kısıtlılığı, %19,4 yönetimin etkisi, %9,5 meslektaşlarla aradaki eğitim farkı ve %3,6 hastane fiziki şartlarının yetersizliği ve aktif olarak doğumhanede çalışmama olarak belirtmişlerdir.
- ✧ Ebelerin %71,4'ü doğum yapmıştır.

- ✧ Ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini bilme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=7,297$, $p<0,05$).
- ✧ Ebelerin doğum yapmalarına göre nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=3,938$, $p<0,05$).
- ✧ Doğum yapan ebelerin (%71,4) %75,7'si doğumlarında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemi kullanmamışlardır.
- ✧ Doğumlarında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemi kullanan ebelerin (%24,3) %86,4'ü solunum tekniklerini, %44,2'si dokunma ve masajı, %19'u eş/partner desteğini, %9,3'ü sıcak veya soğuk uygulamaları, %7'si odaklanma ve dikkat dağıtma ve steril su enjeksiyonunu, %4,7'si sakral basıncı, %2,3'ü lamaze metodunu kullanmıştır.

Ebelik mesleğinin doğum ağrılarının kontrolü ve annelerin olumlu doğum deneyimi yaşamalarında çok büyük rolü olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusundaki bilgi eksiklerinin giderilmesi ve güncel bilgilerle donanmaları önemlidir.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda hastanede çalışan ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulama eksiklerinin bulunduğu ve bunların giderilecek düzeyde olduğu saptanmıştır. Annelerin olumlu doğum deneyimi yaşamalarında ve doğum ağrısının kontrolünde etkin rol alan ebelerin bilgi ve uygulama eksikliklerinin giderilmesi amacıyla;

- ✧ Ebelik eğitimi verilen tüm üniversitelerde nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusuna yeterince zaman ayrılmalı, mümkünse ayrı bir ders oluşturularak teorik ve uygulamalı eğitim yapılmalı,
- ✧ Hastanede çalışan ebelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalı, bu amaçla hastane bünyesinde düzenlenen hizmet içi eğitimlerde farklı aktif öğretim yöntemleri kullanılarak eğitim programları düzenlenmesi sağlanmalı,
- ✧ Hastaneler kendi bünyelerinde doğumhane servisinde çalışan ebelere nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri konusunda düzenli teorik ve uygulamalı eğitim programı düzenlemeli,
- ✧ Sağlık Bakanlığının hizmetiçi eğitim programlarında nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine yer vermesi sağlanmalı, bu amaçla nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin Sağlık Bakanlığı onaylı ve sertifikalı teorik ve uygulamalı kurs düzenlenmesi sağlanmalı, ayrıca bilgilerin güncellenmesi için kursların belirli aralıklarla tekrar edilmesi sağlanmalı,
- ✧ Sonuç olarak, annelerin olumlu doğum deneyimi yaşamaları, doğum ağrısının kontrolü ve müdahalesiz kolay doğumlar için yeterli bilgi ve donanıma sahip ebelerin yetiştirilmesine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve mevcut eğitim kurumlarında ayrı bir ders başlığı altında eğitim verilmesi önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Adams E, Bianchi A (2008) A Practical Approach to Labor Support, JOGNN, 37 (1): 106–115.
2. Afşar F, Pınar R (2003) Kanser Hastalarında Ağrı ve Ağrı ile Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3): 19–28.
3. Altıparmak S, Koca A (2009) 15–49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(5): 421–426.
4. Amis D (2009) Let Labor Begin On Its Own, Healthy Birth Practices From Lamaze International, s.1–6.
5. Arslan H, Karahan N, Çam Ç (2008) Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(2):54–59.
6. Arslan S, Çelebioğlu A (2004) Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar, İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN:1303–5134, s. 1–7.
7. Avcıbay B (2009) Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi.
8. Ay F, Alpar ŞE (2010) Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları, Ağrı, 1(22): 21–29.
9. Babacan A (2011) Ağrı, Ağrı Yolları ve Ağrılı Hastaya Yaklaşım, www.med.gazi.edu.tr, Erişim Tarihi: 28 Mart 2011.
10. Bacaksız BD (2007) Hastaya Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Ağrı Kontrolünde Uyguladıkları Girişimlerin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, Gaziantep Üniversitesi.
11. Bağtathı H, Eşer İ (2010) Hemşirelerin ve Kanserli Hastaların Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 26(1): 11–13.
12. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Ankara (2008) Kadın ve Sağlık, www.ksgm.gov.tr, Erişim Tarihi: 30 Mart 2011.
13. Bergh HE (2011) Comparison of the Pain Matcher and The Visual Analogue Scale for Assessment of Labour Pain Following Administered Pain Relief Treatment, Midwifery, 27: 134–139.
14. Berkiten Ergin A (2009) Doğum Ağrısı ve Yaklaşımlar, I. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul.
15. Billington M, Stevenson M (2007) Critical Care in Childbearing for Midwives: Pain Management of The Critically III Women, USA, Blackwell Publishing, s. 228.
16. Brown S, Douglas C, Flood L (2001) Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used During Labor, The Journal of Perinatal Education, 10 (3): 1–8.
17. Burns E et al. (2007) Aromatherapy in Childbirth: A Pilot Randomised Controlled Trial, BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 114: 838–844.
18. Burroughs A, Leifer G (2001) Maternity Nursing: An Introductory Text, W.B Saunders Company, USA.
19. Cabioğlu MT, Ergene N (2003) Akupunkturun Etki Mekanizmaları ve Klinik Uygulamaları, Genel Tıp Dergisi, 13 (1): 35–40.

20. Caton D et al. (2002) The Nature and Management of Labor Pain: Executive Summary, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5):1–15.
21. Chattopadhyay S, Narayanaswamy M (2006) *Obstetrics for Undergraduates the Five Fingers*, BI Publications, New Delhi.
22. Chattopadhyay S, Narayanaswamy M (2009) *Midwifery*, BI Publications, New Delhi.
23. Christiaens W, Verhaeghe M, Bracke P (2010) Pain Acceptance and Personal Control in Pain Relief in Two Maternity Care Models: A Cross-National Comparison of Belgium and The Netherlands, *BMC Health Services Research*, 6(7): 1–10, Retrived 22 Eylül 2010, from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/268>.
24. Crenshaw J (2009) *Keep Mother and Baby Together – It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding*, Healthy Birth Practices From Lamaze International, s. 1–6.
25. Cunningham G et al. (2005) *Williams Doğum Bilgisi*, Çeviren AC Akman, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, s. 363.
26. Çoçelli L ve ark. (2008) Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14: 53–58.
27. Daftary S, Chakravarti S, Daftary G (2005) *Manual of Obstetrics*, Elsevier, New Delhi.
28. Daftary S, Jani N (2006) *Prep Manual for Undergraduates: Obstetrics*, Elsevier.
29. Dağlar G, Güler H (2004) Ebelerin Doğum Anında Annelere Verdiği Bakım Hizmeti: Annelerin Değerlendirmeleri ve Beklentileri, *Artemis*, 5(1):42–47.
30. Değirmen N (2006) *Sezaryen Ameliyatı Sonrası Ağrı Kontrolünde El ve Ayak Masajının Etkinliği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, Osmangazi Üniversitesi.
31. Demir SC, Balcıoğlu O, Atay Y ve ark. (1998) Doğum Anestezisi ve Analjezisi, *SDÜ Tıp Fakültesi*, 5(2): 69–77.
32. Demirok H (2006) *Epidural Anestezinin Normal Doğum Üzerine Etkileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Antalya, Akdeniz Üniversitesi.
33. Deniz Sayınır F, Özerdoğan N (2009), *Doğal Doğum*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):143–148.
34. Düzel V (2008) *Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi.
35. Erdine S (2000) *Ağrı*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
36. Erdine S (2007) *Ağrı*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
37. Ersanlı C (2007) *İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelerde Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
38. Ertem G, Sevil Ü (2005) *Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2):117–123.
39. Eti-Aslan F (2002) *Ağrı Değerlendirme Yöntemleri*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1):9–16.
40. Eti-Aslan F, Badır A (2005) *Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları*, *Ağrı*, 17(2): 44–51.
41. Field T (2010) *Pregnancy and Labor Massage*, *Expert Rev Obstet Gynecol*. Author manuscript, 5 (2): 172–181.
42. Fraser D, Cooper M (2003) *Myles Textbook for Midwives: Pain Relief and Comfort in Labor*, China, Churcill livingstone, s. 473.

43. Fraser D, Cooper M (2009) Myles Textbook for Midwives, Churchill Livingstone Elsevier, China.
44. Frith L, Draper H (2004) Ethics and Midwifery: Midwifery and Homeopathy. M Brands (Ed), China, Books for Midwives, s. 204–205.
45. Green J, Amis D, Hotelling B (2007) Continuous Labor Support, Journal of Perinatal Education, 16 (3): 25–28.
46. Güneş Ü, Eşer İ, Khorshid L (2005) Hekim ve Hemşirelerin Hastaların Yaş ve Cinsiyetine Göre Ağrıya Verdikleri Yanıtlara İlişkin İnanışları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(21):145–156.
47. Güney M ve ark (2006) Kliniğimizde 2001–2005 Yılları Arasında Sezaryen Oranı ve Endikasyonları, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 3(4):249–254.
48. Güngör İ (2009) Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
49. Gürler H (2007) Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları ile ilgili Görüşleri ve Memnuniyet durumları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
50. Güvenç G (2004) Doğum Eylemi Sürecinde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Tanımlanması ve Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
51. Hodnett ED et al. (2007) Continuous Support for Women During Childbirth, The Cochrane Collaboration, Published by John Wiley, 3: 1–14.
52. Hodnett, ED, Lowe, NK, Hannah, ME, et al. (2002) Effectiveness of Nurses as Providers of Birth Labor Support in North American Hospitals, Journal of American Medical Association, 288, 11: 1373-1381.
53. Hotun Şahin N (2009) Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3): 93–98.
54. <http://www.homeopatiderneği.org> , Erişim Tarihi: 13 Eylül 2010.
55. [http://www.pozitifbeden.com/tech/akupressur_\(shiatsu\)_nedir?-1502.html](http://www.pozitifbeden.com/tech/akupressur_(shiatsu)_nedir?-1502.html) Erişim Tarihi: 13 Ekim 2010.
56. Işık G (2011) Ağrı Fiziyojisi, <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/agri.htm>, Erişim Tarihi: 26 Mart 2011.
57. Kalyon TA (2007) Akupunktur Tedavisi, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 53 (2): 52–57.
58. Kennedy BB, Ruth DJ, Martin EJ (2009) İntrapartum Management Modules: A Perinatal Education Program, USA, Wolters Kluwer Lippincott Williams and Wilkins, s. 99–137.
59. Khorshid L, Yapucu Ü (2005) Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (2): 124–130.
60. Kızılkaya N (1997) Kadınların Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri, Perinatoloji Dergisi, 5(3):113–117.
61. Kömürcü N, Berkiten Ergin A (2008) Doğum Ağrısı ve Yönetimi, İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, s. 57–121.
62. Kömürcü N, Gençalp NS (2002) Geçmişten Günümüze Doğuma Yardım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(5):78–82.
63. Ladewing P, London M, Davidson M (2006) Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care, Pearson Prentice Hall.
64. Leblebici H (2006) Hasta Kontrollü Epidural Teknik ile Doğum Analjezisi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.

65. Leslie SM, Storton S (2007) The Coalition for Improving maternity Services: Evidence Basis for The Ten Steps of Mother-Friendly Care Step One. *The Journal Of Perinatal Education*, 16(1): 10–19.
66. Linton A, Peterson MR, Williams TV (2004), Effect of Maternal Characteristics on Cesarean Delivery Rates Among U.S. Department of Defense Healthcare Beneficiaries 1996–2002, *Birth*, 31(1): 3–5.
67. Lowdermik D, Perry S (2003) *Maternity Nursing, USA*, Mosby.
68. Macintyre P, Schug S, Scott D, Visser E, Walker S (2007) *Acute Pain Management: Scientific Evidence*, Australian and New Zealand College of Anaesthetists.
69. Mamuk R (2008) Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
70. Mamuk R, Davas N (2010) Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 44 (3): 137–144.
71. Mucuk S, Başer M (2009) Doğum Ağrısını Hafifletmede Kullanılan Tensel Uyarılma Yöntemleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3):61–66.
72. Özer H (2004) Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin, Mersin Üniversitesi.
73. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z (2006) Hemşirelerin Ağrı ile ilgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Yeteneklerinin İncelenmesi, *Ağrı*, 18(4):36–43.
74. Öztürk Can H, Saruhan A (2008) Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1: 18–37.
75. Öztürk H (2006) Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
76. Parkin D, Devlin N (2006) Is There A Case for Using Visual Analogue Scale Valuations in Cost-Utility Analysis?, *Health Economics*, 15: 653–664.
77. Phillips C (2003) *Family-Centered Maternity Care*, Canada, Jones and Bartlett Publishers, s. 60.
78. Phumdoung S, Rattanaparikonn A, Maneechot K (2004) Pain During The First Stage of Labor, *Songkla Medical Journal*, 22 (3): 163–171.
79. Pınar G ve ark (2009) Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler, *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3): 184–190.
80. Purtuloğlu ve ark (2008) Elektif Sezaryen Uygulaman Olgularda Genel ve Spinal Anestezinin Maternal ve Fetal Etkilerinin Karşılaştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi*, 50: 91–97.
81. Rond ME (2000) A Pain Monitoring Program for Nurses: Effects on Nurses' Pain Knowledge and Attitude, *Journal of Pain and Symptom Management*, 19 (6): 457–467.
82. Sağlık Bakanlığı (2010) Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB>, Erişim Tarihi: 19 Şubat 2011.
83. Sağlık Bakanlığı 2010 Yılı Hizmet İçi Eğitim Planı, Ankara, Erişim tarihi: 1 Eylül 2010, segm@saglik.gov.tr
84. Sağlık Bakanlığı 2011 Yılı Hizmet İçi Eğitim Planı, Ankara, Erişim tarihi: 15 Ağustos 2011, segm@saglik.gov.tr.

85. Sarıyıldız D (2006) Travmalı Hastalarda Ağrı Şiddeti ve Ağrı Geçirme Uygulamalarından Memnuniyetin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
86. Shields SG, Candib LM (2010) Women Centered Care in Pregnancy and Childbirth, The Forest Stewardship Council, United Kingdom.
87. Simkin P (2007) Comfort in Labor, Erişim Tarihi: 24 Eylül 2010, www.childbirthconnection.org.
88. Simkin P, Ancheta R (2011) The Labor Progress Handbook, Wiley-Blackwell.
89. Simkin P, Bolding A (2004) Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering, Journal Midwifery Womens Health, 49 (6): 489–504.
90. Smith C, Crowther AC, Collins CT, Coyle ME (2008) Acupuncture to Induce Labor, Obstetrics and Gynecology, 112(5):1067–1074.
91. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M (2009) Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2(40):47–62.
92. Şirin A (2008) Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul.
93. Tan E (2011) Nöropatik Ağrı ve Tedavisi, www.tihud.org.tr, Erişim Tarihi: 29 Mart 2011.
94. Taşçı E, Sevil Ü (2007) Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar, Genel Tıp Dergisi, 17(3):181–186.
95. Taşkın L (2005) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
96. TNSA (2008) www.hips.hacettepe.edu.tr, Erişim tarihi: 19 Şubat 2011.
97. Tournaire M, Theau-Yonneau A (2007) Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labour, eCAM, 15: 1–9.
98. Turkish Medical Association (2008) Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet, Kadın Ve Sağlık, <http://www.ttb.org.tr>, Erişim Tarihi: 30 Mart 2011.
99. Uçan Ö, Ovayolu N (2006) Müzik ve Tıpta Kullanımı, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1 (3): 14–22.
100. Uyar Y (2011) Ağrı Fizyolojisi, www.baskent.edu.tr, Erişim Tarihi: 30 Mart 2011.
101. Walsh D (2007) Evidence Based Care for Normal Labor and Birth: A Guide For Midwives, USA.
102. World Health Statistics (2010), www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html, Erişim tarihi: 2 Mart 2011.
103. Yavaşcaoğlu B ve ark (2009) Erişkinlerde Anestezi Sonrası Görülen Komplikasyonların Retrospektif Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 35(2): 73–78.
104. Yerby M (2000) Pain in Childbearing, Balliere Tindall, China.
105. Yıldırım G (2001) Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
106. Yıldırım G, Güngör İ (2009) Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetiminde Kanıtı Dayalı Uygulamalar, Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 3: 53–64.
107. Yıldırım G, Hotun Şahin N (2003) Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1):14–20.

108. Yıldızeli Topçu S (2008) Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, Trakya Üniversitesi.

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE NONFARMAKOLOJİK AĞRI KONTROL YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN UYGULAMALARI VE UYGULAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doğum çok özel bir olgu olup anne ve baba adayları için yaşamlarındaki en güzel deneyimlerden biridir. Ancak doğum sadece anneyi ve aileyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyen bir olay değil doğuma yardımcı ekip üyeleri içinde başlı başına bir deneyimdir. Doğumun olumlu koşullarda geçirilmesi anne ve ailenin gereksinimlerinin karşılanması için ekip yaklaşımı, bilgi ve beceri gereklidir. Doğum eyleminde anne fiziksel yönden olduğu kadar duygusal yönden de hazır ve desteklenmiş olmalıdır.

Doğum eyleminde ağrı ile baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması ebe/hemşireler tarafından yapılmaktadır. Çalışmamda ebe/hemşirelerin bu konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olup olmadıklarını belirlemek ve mevcut durumu ortaya koyabilmek adına bu çalışma önemli olacaktır. Mevcut durum ortaya konulduğunda, elde edilen bulgular, ebe/hemşirelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkındaki bilgilerini artırmaya, var olan bilgilerini güncellemeye, yanlış bilgilerini düzeltmeye ve eksik bilgilerini tamamlamaya olanak sağlayacaktır.

Bu doğrultuda yapacağımız çalışma, Kayseri İl merkezi ve İlçelerindeki hastanelerde çalışan ebe/hemşirelerin nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerini, uygulamalarını ve uygulamalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bugünün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginize teşekkür ederiz.

YUKARIDA BELİRTİLEN AMACA YÖNELİK EBELERİN
NONFARMAKOLOJİK AĞRI YÖNTEMLERİ HAKKINDAKİ BİLGİLERİ,
UYGULAMA DURUMLARI VE UYGULAMALARINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERE İLİŞKİN SORU FORMUNU DOLDURMAYI KABUL EDİYORUM.

TARİH

AD-SOYADI

İMZA

EK 2

SORU FORMU

Anket No:

Tarih:

1. Çalıştığınız kurumun adı:

2. Yaşınız:

3. Mesleki öğrenim durumunuz:

() Sağlık Meslek Lisesi

() Sağlık Yüksek Okulu

() Ebelik Ön Lisans (A.Ö.F dahil)

() Yüksek Lisans

() Doktora

4. Mezun olduğunuz okuldan aldığınız unvan adı?

() Ebe

() Ebe-Hemşire

5. Ebelik mesleğinde toplam çalışma süreniz ne kadardır? (Ay ve yıl olarak belirtiniz):

.....

6. Hastanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz?.....

7. Doğum yaptınız mı?

() Evet

() Hayır (10. soruya geçiniz)

8. Doğumunuzda nonfarmakolojik ağrı yöntemlerinden birini kullandınız mı?

() Evet

() Hayır (10. soruya geçiniz)

9. Doğumunuzda nonfarmakolojik ağrı yöntemlerinden hangisini/hangilerini kullandınız?

.....

10. Nonfarmakolojik ağrı yöntemleri konusunda bilgi aldınız mı?

() Evet

() Hayır (12. soruya geçiniz.)

11. Nonfarmakolojik ağrı yöntemleri konusunda bilgiyi nereden aldınız?

- () Temel mesleki eğitimim sırasında
() Kendi araştırmalarımla (kitap-makale, internet vs.)
() Hizmet içi eğitimlerden
() Kurslardan
() Diğer (Açıklayınız.....)

12. Nonfarmakolojik ağrı yöntemlerine ilişkin bir kursa veya hizmet içi eğitim programına katıldıysanız?

- a. Kaç kez:.....
b. Ne zaman:.....
c. Bu kurs veya hizmet içi eğitim programı ne kadar sürdü (Gün, ay, yıl)
.....

13. Nonfarmakolojik ağrı yöntemlerine ilişkin eğitimde uygulama yaptınız mı?

- () Evet () Hayır

14. Nonfarmakolojik ağrı yöntemleri kursu sonucu sertifika aldınız mı?

- () Evet () Hayır

15. Şimdiye kadar hastanede nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini uyguladınız mı?

- () Hayır
() 1 kez
() 2 kez
() 3 kez
() 4 ve daha fazla

16. Aşağıdaki nonfarmakolojik ağrı yöntemlerinden bildiğiniz ve uyguladığınız yöntemleri işaretleyiniz. (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

Yöntemler	Biliyorum		Uyguluyorum	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Efloraj ve sakral basınç				
Yüzeysel sıcak veya soğuk uygulamalar				
Hidroterapi-banyo				
Dokunma ve masaj				
Deri altı elektrik sinir uyarımı (TENS)				
Steril su enjeksiyonu				
Bitkisel ilaçlar				
Aromaterapi				
Homeopati				
Akupunktur				
Akupressure (Shiatsu)				
Refleksoloji				
Odaklanma ve dikkat dağıtma				
Dick-Read metodu				
Lamaze metodu				
Bradley yöntemi				
Solunum teknikleri				
Hipnoz				
Biofeedback				
Müzik				
Doğum öncesi eğitim				
Eş/partner desteği				
Aile üyeleri ya da doğum yardımcısı desteği				

17. Nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini uygulamanızı etkileyen faktörleri işaretleyiniz. (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

- Personel yetersizliği
- Zaman kısıtlılığı
- Eğitim eksikliği
- Hastane politikaları ya da rutinleri (teknolojik bakımı ön planda tutan)
- Yönetimin etkisi
- Meslektaşlarımız ile aramızdaki eğitim farkı
- Diğer (Açıklayınız.....)

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1987 yılında Kayseri’de doğdu. İlkokulu Malazgirt İlköğretim Okulu’nda, ortaokulu Kadı Burhanettin Ortaokulu’nda, lise eğitimini Aydınlikevler Lisesi’nde tamamlayarak 2004 yılında mezun oldu. 2005 yılında Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü’nde başladığı lisans eğitimini 2009 yılında tamamlayıp aynı yıl Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü’nde yüksek lisans eğitimine başladı.