



T. C.

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN DOĞUM AĞRISININ
YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK
YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ TUTUM DAVRANIŞLARI**

**AYFER ARSLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. GAMZE TEMİZ**

2018-İSTANBUL



T. C.

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN DOĞUM AĞRISININ
YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK
YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ TUTUM DAVRANIŞLARI**

**AYFER ARSLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. GAMZE TEMİZ

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. ZEHRA DURNA

Doç. Dr. NURTEN KAYA

Yrd. Doç. Dr. GAMZE TEMİZ

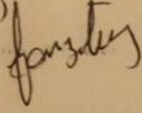
2018-İSTANBUL

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

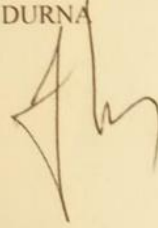
17 Ocak 2018

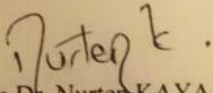
Yüksek Lisans öğrencisi Ayfer ARSLAN, Ebelik Yüksek Lisans Programı'nda hazırlamış olduğu "Ebelik Öğrencilerinin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yönelmlere İlişkin Bilgi, Tutum, Davranışları" konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI / ~~BAŞARISIZ~~ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ / ~~OYÇÖĞÜNLUĞÜ~~ ile KABUL / ~~DÜZELTME~~ / ~~RED~~ kararı verilmiştir.

Yard.Doç.Dr. Gamze TEMİZ
(Danışman)



Prof.Dr. Zehra DURNA
(Üye)
(Başkan)




Doç.Dr. Nurten KAYA
(Üye)

BEYAN

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün ilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine tezin çalışması ve yazım sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ayfer ARSLAN



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam süresince tecrübeleri, hoşgörüsü, sabırı ve daima arkamda hissettiğim desteklerinden dolayı değerli hocam FNH Hemşirelik Yüksekokul Müdürümüz Prof. Dr. Zehra DURNA'ya,

Tezimin planlanması, yürütülmesi ve hazırlanması aşamalarında titiz çalışmalarıyla bana önderlik eden danışmanım Yard. Doç. Dr. Gamze TEMİZ'e,

Tez izleme komitesindeki değerli Hocalarıma,

Çalışmanın istatistiksel analizinde ve yorumlanmasında bilgi ve tecrübesi ile rehberlik eden değerli hocamız Onur MENDİ'ye

Verilerin toplanması aşamasında anketleri içtenlikle cevaplayan İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü öğrencilerine,

Tüm yaşamım boyunca her konuda hep yanımda olan, maddi ve manevi desteğini asla esirgemeyen, meslek yaşamımda ilerlememde bana destek olan sevgili annem Keziban ARSLAN'e ve sevgili babam Abdurrahman ARSLAN'a, Kız kardeşlerim Dilara ARSLAN, Demet ARSLAN, Aylin ARSLAN'a

Çalışmanın her aşamasında manevi desteğini esirgemeyen hocam Prof. Dr. Ahsen Şener Şirin'e ve arkadaşım Ayşe AKDAĞ'a

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Ayfer ARSLAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
1.ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. DOĞUM EYLEMİ.....	5
4.1.1. Doğum Eyleminin Evreleri.....	5
4.2. DOĞUM AĞRISI VE ÖZELLİKLERİ.....	10
4.3. DOĞUM AĞRISININ NÖROFIZYOLOJISI VE AĞRI YOLLARI	12
4.4. DOĞUM EVRELERINE GÖRE AĞRI	12
4.5. DOĞUM AĞRISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	14
4.6. DOĞUM AĞRISININ OLUMSUZ ETKİLERİ.....	15
4.7.DOĞUM AĞRISININ KONTROLÜNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER.....	15
4.7.1. DERİSEL AĞRI TEDAVİSİ TEKNİKLERİ.....	16
4.7.2. İŞİTSEL/GÖRSEL TEKNİKLER.....	25
4.7.3.DOĞUMDA KULLANILAN POZİSYONLAR VE DOĞUM AĞRISINA ETKİSİ	33
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	37
5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	37
5.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	37
5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	37

5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	37
5.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	38
5.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	38
5.8. VERİLERİN TOPLANMASI.....	38
5.9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	39
5.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	40
6. BULGULAR.....	41
6.1. EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	41
6.2. EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ.....	43
6.3. DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR.....	46
6.3.1. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formuna İlişkin Bulgular.....	46
6.3.2. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formuna Verilen Yanıtların Dağılımı.....	50
6.3.3. Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Dağılımı.....	52
6.4. EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE DOĞUM AĞRISINDA KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	52
6.4.1. Öğrenci Ebelerin Önemli Sosyo-Demografik ve Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Özelliklerinin, Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	52

7. TARTIŞMA.....	58
7.1. ÖĞRENCİ EBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	58
7.2. ÖĞRENCİ EBELERİN DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI.....	59
7.3.ÖĞRENCİ EBELERİN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRMESİ VE BİLGİ DÜZEYİ FORMU PUANLARINDAN ELDE EDİLEN SONUÇLARIN TARTIŞILMASI.....	61
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
9. KAYNAKLAR.....	69
EKLER	
EK 1: ÖZGEÇMİŞ.....	73
EK 2: ETİK KURUL ONAYI.....	74
EK3: ANKET FORMU.....	76
EK 4: TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZILARI.....	82

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
C/S	Sectio
FKA	Fetal Kalp Atımı
IDSS	Intradermal Steril Su
ISSE	Intradermal Steril Su Enjeksiyonu
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NST	Non Stres Test
TENS	Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu

Araştırma Projesi Numarası: E/YL/2322015

TABLolar LİSTESİ

		Sayfa No
Tablo 1	Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 2	Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	44
Tablo 3	Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4	Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Davranış Boyutu Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	49
Tablo 5	Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Dağılımı	50
Tablo 6	Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanları Arasındaki İlişki	52
Tablo 7	Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 8	Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Öğrenim Gördüğü Sınıfa Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 9	Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Aile Yapısına Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 10	Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 11	Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Mezun Olduğu Lise Türüne Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 12	Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Daha Önce Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Bilgi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	55

Tablo 13 Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısında Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler Hakkında Bilgisi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması 56

Tablo 14 Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Bildiği Yöntemleri Bir Gebeye Uygulama Durumuna Göre Karşılaştırılması 57



ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Tutum Boyutu Puanlarının Dağılımı	51
Şekil 2. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Davranış Boyutu Puanlarının Dağılımı	51



1. ÖZET

Ebelik Öğrencilerinin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Tutum Davranışları

Öğrencinin Adı: Ayfer ARSLAN

Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Gamze TEMİZ

Anabilim Dalı: Ebelik

Amaç: Bu çalışma ebelik öğrencilerinin doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve farkındalıklarının artırılması amacıyla planlandı ve uygulandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümünde okuyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 60 öğrenci ile tanımlayıcı olarak yürütüldü. Veriler kurum izni ve etik kurul onayı alınarak anket formu ile toplandı. Anketler SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya göre ebelik öğrencilerinin %43.3'nün (n=26) nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi sahibi olduğu ve bu yöntemlerden en az bir tanesini gebeye uyguladığı tesbit edildi. Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, ebelik öğrencilerinin yaş grubuna göre karşılaştırıldığında; davranış alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark olduğu, öğrenim gördükleri sınıfa göre karşılaştırıldığında; 2. sınıfların tutum alt boyutu puanlarının, 4. sınıfların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu, yaşları karşılaştırıldığında ise 18-19, 22-23 ve 24 yaş ve üzeri öğrenci ebelerin *Davranış* alt boyutu puanlarının, 20-21 yaş grubundaki öğrenci ebelerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ve daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında ise *Tutum* alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tesbit edildi ($p<0,05$).

Sonuç: Öğrencilerin doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler konusunda bilgilerinin artırılmasına gereksinim vardır. Bunun için öğrencilerin konu ile ilgili teorik eğitimlerinin yanı sıra, görsel öğrenme teknikleri ve simülasyon uygulama yöntemleri kullanılarak bilgileri pekiştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Öğrenci Ebe, Gebe, Doğum, Doğum Ağrısı, Nonfarmakolojik Yöntemler

2. SUMMARY

Knowledge, Attitude and Behaviors of Midwifery Students Related to Nonpharmacological Methods Used in the Management of Labor Pain

The Name of the Student: Ayfer ARSLAN

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Gamze TEMİZ

Department: Midwifery

Purpose: This study was planned and applied in order to determine the level of knowledge and raise the awareness of midwifery students in relation to nonpharmacological methods used in the management of labor pain.

Material and Methodology: The study was conducted as a descriptive study with 60 students who study at the Midwifery Department of Vocational Health School of Istanbul Bilim University and agreed to participate in the study. The data was collected using a questionnaire form with the permit of institution and approval of ethics committee. The questionnaires were evaluated using the SPSS 22.0 program.

Findings: According to the study, it was found that 43.3% (n=26) of midwifery students have knowledge about nonpharmacological methods and applied at least one of these methods to a pregnant woman. It was also found that there is a significant difference between the behavior sub-dimension scores when the scores of evaluation form of knowledge level on nonpharmacological methods used in the management of labor pain are compared by age group of midwifery students, the attitude subdimension scores of 2nd grade midwifery students are significantly higher than that of 4th grade midwifery students when compared by their current grades, the behavior sub-dimension scores of 18-19, 22-23 and 24 years old and older midwifery students are significantly higher than 20-21 years old midwifery students when compared by their ages, and there is a statistically significant difference between the attitude sub-dimension scores when compared by getting information about the management labor pain ($p<0.05$).

Conclusion: There is a need to improve the knowledge of students about the nonpharmacological methods used in management of labor pain. To that end, the knowledge of students should be reinforced by means of relevant theoretical education as well as visual learning techniques and simulation application methods.

Keywords: Midwifery Student, Pregnant, Labory, Labor Pain, Nonpharmacological Methods

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyeti sonucu gelişen, kişinin geçmiş deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şeklidir (Erdine, 1990; Erdine, 2013; Eti-Aslan, 2011).

Doğum ağrısı kompleks bir deneyim olup, bireysel ve duyuşsal uyarılara cevabı içermektedir. Bu ağrı diğer ağrı çeşitlerine göre farklıdır. Doğum eylemi, bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Primipar olan kadınların % 60'ının, multipar olanların ise % 40'ının şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir. Özellikle primiparlarda uterin kontraksiyon ağrısı ve doğum, karşılaştıkları en şiddetli ağrı deneyimini olmuşturmaktadır (Taşkın, 2004; Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Berkiten, 2005).

Ağrı iki temel bileşenle tanımlanır. Birincisi, duyu reseptörlerinden afferent çıktıları içerir. Fizyolojik temellidir, duyu reseptörlerinin cevabı ve uyarılması ile sonuçlanır. İkincisi, süreç ve reaksiyonları kapsar. Ağrının kabulü, süreci ve duyu reaksiyonlarını içerir. Doğum ağrısı uyarılan duyularına karşı çok boyutlu verilen cevaptır (Kömürcü ve Berkiten-Ergin ,2008; Erdine 2007; Eti-Aslan, 2011).

Doğumdaki ağrıyı gidermede kullanılan yöntemlerin amacı, anneye ve bebeğe herhangi bir etkide bulunmadan doğrudan doğum ağrısını azaltmak ya da gidermektir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Avcıbay ve Aydın, 201; İpek ve Eryılmaz, 2014).

Non-farmakolojik yöntemler, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol edilmesidir. Non-farmakolojik yöntemler doğumda ilaç kullanılmadan tamamen kadının gevşemesini sağlayan, ağrısını en az algılamaya yönelten yöntemlerdir (Taşçı ve Sevil, 2007; Kömürcü ve Ergin, 2009; Simkin ve Boldig, 2004; Karaçam ve Akyüz,2011; Mete ve Uludağ, 2014).

En sık kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler, masaj, terapötik dokunma, sakruma bası uygulama, sıcak ve soğuk uygulamalar, hidroterapi, efloraj, dikkat odaklama, dikkat dağıtma, geribildirimle gevşeme, solunum teknikleri, hipnoz,

müzik, su terapileri/suda doğum, deri altı elektrik sinir uyarımı (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation=TENS), hayal etme, yoga, biyolojik geri bildirim (biofeedback), aromaterapi, fitoterapi, doğum öncesi eğitim, acupressure (Shiatsu), akupunktur, sofroloji (zihin kontrol bilimi) hareket ve pozisyon değişiklikleridir (Kömürcü ve Ergin, 2009; Simkin ve Boldig, 2004; Yıldırım ve Şahin- Hatun, 2009; Avcıbay ve Alan, 2011; Coşkun, 2012).

Doğum ağrısının azaltılmasında kullanılan non-farmakolojik yöntemler ebelik/hemşirelik uygulamalarının bir parçasıdır ve doğum eyleminde güvenle kullanılabilir (İpek ve Eryılmaz, 2014; Coşkun, 2012).

Çalışmamızın amacı öğrenci ebelerin doğum ağrısına yönelik nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve farkındalıklarının artırılmasını sağlamaktır. Araştırma sonucunda öğrenci ebelerin doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili bilgi ve uygulamaları değerlendirilerek buna yönelik öneriler sunulacaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. DOĞUM EYLEMİ

Doğum; ağırlığı 500 gramın üzerinde olan ya da baş topuk mesafesi 25 cm ve üzerinde olan, dölleme ile oluşan fetus ve eklerinin anne vücudundan atılmasına doğum eylemi denir (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008).

Doğum eylemi, son menstrual periyottan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetus ve eklerinin ekstrauterin atıldığı süreçtir. Normal bir doğum eyleminin;

- Termde (son menstrual period'dan 40 hafta sonra),
- Kendiliğinden başlaması,
- Tek ve canlı bir fetusun varlığı ile,
- Verteks pozisyonunda,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,
- Sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (Şirin ve Kavlak, 2008; Coşkun, 2012).

4.1.1. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi farklı dört evreden oluşmaktadır;

I. Evre: Düzenli uterin kontraksiyonların başlamasından servikal dilatasyonun tam olmasına kadar devam eder.

II. Evre: I. evrenin bitiminden bebek çıkışının tamamlanmasına kadar sürer.

III. Evre: Bebeğin doğumundan plasenta ve membranların atımına kadar geçen süredir.

IV. Evre: Plasentanın doğumundan sonraki 1-2 saatlik süreyi içerir. Bu süre bazen dört saate kadar uzayabilir. Erken post-partum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Coşkun, 2012).

Doğumun I. Evresi (Dilatasyon): Doğumun birinci evresi silinme (incelme) ve dilatasyon (açılma) evresidir. Düzenli aralıkla ve her 10 dakikada bir gelen ağrıyla başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Birinci evre doğumun en uzun evresidir. Nullipar kadınlarda doğumun birinci aşamasının ortalama 12 saat, multiparlarda 6-8 saat olduğu bildirilmektedir. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazlarını içerir. Bu fazların her biri fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin sonunda gerçekleşir (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Coşkun, 2012; Smith, Collins, 2010).

Latent Faz: Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar; efasman nulliparlarda %70-80, multiparlarda % 30-40, dilatasyon ise her iki grupta 3 cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nuliparlarda 0, multiparlarda pelvisteki ölçümü 0 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Erken membran rüptürü gelişmediği sürece membranlar kapalıdır. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelip, 15-20 saniye sürer. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5-7 dakikaya, süreleri de 30-40 saniyeye çıkar. Hazırlanma dönemi olan bu fazda, gebeye eğitim hazırlıkları yapılır (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Coşkun, 2012; Smith, Collins, 2010).

Bu fazda gebeler genellikle rahattır. Odaklandıkları noktalar kontraksiyon ve fetüstür. Dikkatli ve iletişime açıktırlar. Ağrı kontrolüne odaklanabilirler, planlamalarını yaparak hareket edebilirler. Gebe bu süreçte heyecanlı olabilir. Bu dönemde gebe kadınlar genellikle susuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, karın ve sırt ağrısı, sık idrara çıkma belirtilerinden süreç uzadığında yakınırırlar. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan ebelik girişimleri arasında; gezdirme/dinlendirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, kontraksiyonlar sırasında gevşeme ve solunum tekniklerini uygulatma, duş aldırma, bilgilendirme, sık sık pozisyon değiştirme yer almaktadır (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Coşkun, 2012; Smith, Collins,2010).

Aktif Faz: Dilatasyon (collumun açılması) 4 cm olduğunda başlar ve 8 cm olduğunda tamamlanır. Efasman (collumun incelmesi) nuliparlarda % 80-100, multiparlarda %30-80'dir. Bu dönemde prezante (yerleşen) olan kısmın ilerleyişi nuliparlarda pelviste prezente olan kısmın seviyesi +1 ile +2, multiparlarda +1 ile -2

düzleminde yer almaktadır. Amniyon kesesi 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. Ağrı ifadesi kontraksiyonların seviyesi, şiddeti, sıklığı ile değişkenlik gösterir. Anne ile iletişimin zorlaştığı bu fazda şiddetli ağrı, ağrının sırta ve bacaklara yayılması, pubisin üstünde ve sakrumda basınç hissi, terleme, yüzde kızarma, yorgunluk ve uyuklama gözlenir. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan ebelik girişimleri arasında; sık sık pozisyon değiştirme, gezdirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, sırt ve bacaklara efloraj masajı, ılık duş, solunum ve gevşeme teknikleri, sıcak soğuk uygulama, odaklanma, müzik terapi, bilgilendirme, analjezik ve anestezi uygulamalar yer almaktadır (Şirin ve Kavlak, 2008; Yaltkaya ve ark, 1998; Yıldırım ve Şahin, 2003; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Kordi ve ark., 2014).

Geçiş Fazı: Eylemin en son evresidir. Dilatasyon 8 cm olduğunda başlar ve 10 cm olduğunda tamamlanır. Efasman nullipar ve multiparlarda %100'dür. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nulipar ve primiparlarda +2 ile +3 düzleminde yer almaktadır. Membranlar açılmıştır. Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelip ortalama 40-90 saniye sürer ve şiddetlidir. Annenin bu dönemi yaşaması sonucunda anksiyetesi artar. Yorgun olabilir, ağrı nedeni ile sık sık pozisyonunu değiştirebilir. Yalnız kalmaktan korkar, bu nedenle ebenin anneyi yalnız bırakmaması önemlidir. Bu sırada annenin yanında ona yardım eden bir yakını bulunabilir. Anneye ve yakınlarına hemşireye nasıl ulaşabilecekleri de söylenmelidir. Geçiş fazının olağan değişiklikleri ve yakınmaları arasında; susuzluk, bulantı, kusma, şiddetli ağrı, rektal basınç, alın ve dudak üzerinde terleme, kontraksiyonlar arasında uyuklama, dışkı çıkışı, kanamada artış, bacaklarda titreme ve kramp yer almaktadır (Şirin ve Kavlak, 2008; Rathfisch, 2012; Curtisn ve ark., 2012; Berkiten, 2005; Eti Aslan ve Karadakovan, 2011).

Doğumun II. Evresi (Ekspulsiyon): Eylemin ikinci evresi serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Literatürde ikinci evre süresine ilişkin tam bir fikir birliği yoktur ancak bu evrenin iki saatten uzun sürmesinin risk

faktörlerini arttıracakları belirtilmektedir. Uzamış ikinci evrede yaşanacak riskler; fetal mortalite ve morbidite ile annede atoni kanama riskinin artmasıdır. Doğumun ikinci evresi birinci evrede olduğu gibi pariteden etkilenmekte ve pek çok kaynak bu evrenin nulipar kadınlarda ortalama 1-2 saat, multiparlarda 5-30 dakika sürdüğünü bildirmektedir. Doğumun 2. evre süresi parite kadar, epizyotomi, fundal basınç, oksitosin indiksiyonu, amniyotomi, kullanılan doğum pozisyonu, ıkınma tekniği, farmakolojik anestezi vb. girişimlerden de etkilenmektedir. Bazı kaynaklar doğumun ikinci aşamasını safhalara ayırmaktadır. Avrupalı araştırmacılar doğumun ikinci evresini basit olarak iki safhada incelemişlerdir. Servikal dilatasyonun tamamlanmasından ıkınma isteğinin oluşmasına kadar olan dönem erken (ilk) safha ve aktif olarak ıkınmanın yapıldığı andan doğuma kadar olan dönem ise geç (ikinci) safha olarak adlandırmışlardır. Doğumun ikinci evresini üç safhada tanımlayan kaynaklar da bulunmaktadır. Buna göre; ıkınma girişiminin olmadığı veya az olduğu dönem Latent faz (dinlenme), etkili ıkınmaların olduğu dönem aktif faz (iniş), fetal başın görünür olduğu veya taçlanmanın başladığı dönem ise geçiş fazı (son), olarak adlandırılmaktadır. İkinci evrede annenin itici güçleriyle fetüsü aşağı doğru itmesi başın pelvik tabana dayanmasına ve sonuçta spontan ıkınma hissinin gelişmesine yol açmaktadır. Bu aşamada yaşanan güçlü ıkıntı hissi, rektal basınç, defekasyona ve sırt bölgesinde ağrıya neden olmaktadır. Perinide meydana gelen gerilme ve taçlanma ise bu bölgede ateş çemberi ya da ateş topu şeklinde tanımlanan güçlü yanma ve ağrılara sebep olmaktadır. Çoğu gebe doğumun ikinci evresini, doğumun en zor ve ağrılı dönemi olarak tanımlamaktadır. Gebeler bu dönemde gücünün tükendiğini, yardımsız kaldığını ve kontrolünü kaybettiğini hisseder. Artık panik içinde olan annelerle iletişim kurmak oldukça güçleşmiştir. Prenatal bakım kılavuzunda anne ve fetus güvenliğinin sağlanması için doğum eyleminin ikinci aşamasında her gebeye bir ebe veya hemşirenin bakım vermesi gerektiği bildirilmektedir. İkinci evre annenin desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir. Anne bu dönemde kontraksiyonla gelişen itici gücünü nasıl kullanacağı konusunda cesaretlendirilmeli, kontraksiyon aralarında ise tam gevşemesi ve dinlenmesi sağlanmalıdır. Gevşeme anlarına bakıldığında;

- 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 baskısıdır (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Rathfisch, 2012; Coşkun, 2012; Yılar, 2014; Coşkun ve ark, 2014).

Doğumun III. Evresi: Bebeğin doğumundan sonra başlayıp, plasenta ve eklerinin tam olarak ayrılıp atılması ile sonlanır. Üçüncü evrenin ortalama süresi 5–10 dakikadır ve 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. Üçüncü evrede anne; titreme, hafif orta şiddetli uterus kasılmaları, susuzluk, açlık, yorgunluk, uyuklama, perinede ağrı ve analjezi azlığı yaşamaktadır. Uterus kasılmalarının plasentanın ayrılmasından sonra da devam ettiği bilinmektedir. Bu kontraksiyonlar plasenta ile birlikte fetal membranların da atılmasına yardım ederler. Plasentanın uterustan ayrılmasından sonra uterus kavitesi çok küçülür. Plasentanın doğumundan sonra retroplasental hematoma da vajenden atılır. Plasenta uterustan ayrıldıktan sonra iki şekilde doğar.

Bunlar;

- Duncan tarzı, önce retroplasental hematoma boşalır, sonra maternal yüz doğar. Maternal yüz, plasentanın uterusu tutunan pürüzlü yüzüdür.
- Schultze tarzı, duncan tarzına göre “kirli Duncan” da denilmektedir. Schultze tarzının diğer adı “parlak Schultze” dur. Bu tarzda ayrılma plasenta merkezinde başlar, önce fetal yüz doğar. Arkasından retroplasental hematoma boşalır. Plasentanın ayrılma belirtileri;
 - Ani vajinal kanama
 - Umblikal kordun boyunda uzama
 - Uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi
 - Uterusun küre şeklini alması

Uterusun kontraksiyonlarının üçüncü devre bittikten sonra da devam etmesi nedeni ile açık ven ağzları 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 (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Turan, Öztürk ve Kaya, 2007).

Doğumun IV. 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 umbilikus arasındadır. Kasılma sonucunda plasentanın ayrılma bölgesindeki damar sinüsleri kapanır. Doğumdan hemen sonra serviks yaygın bir görünüm alır ve kalınlaşır. Eylemin dördüncü evresinde anne acıkmış ve susamış olabilir. Fizik yorgunluğa bağlı (eylemdeki aktiviteleri nedeni ile) olarak titreme görülebilir. Mesane, travmaya ve anestezisyeye 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. Ayrıca yenidoğan ölüm riskinin yüksek olduğu bu dönemde, yenidoğanın dış ortama adaptasyonunun desteklenmesi ve değerlendirmesi gerekmektedir. Bu dönemde anne konforunu sağlamak için anneyi sıcak tutmak, doğumda gelişen sırt ağrılarını azaltmak için uygun pozisyon verdimen ise yapılacak diğer yararlı girişimlerdenidir (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Kömürcü, Berkiten-Ergin, 2008; Coşkun, 2012; Coşkun ve ark., 2014).

4. 2. DOĞUM AĞRISI VE ÖZELLİKLERİ

Doğum, kadın ve ailesi için çok özel bir deneyimdir. Bu dönemde yaşanan diğer ağrılara göre farklı olup, en şiddetlisi ve kontrolü en zor olanıdır. Doğum ağrısını; doğum süresi, epidural analjezi ya da anestezinin süresi ve dozu, oksitosin ya da misoprostol kullanımı, amniotomi, fetüsün büyüklüğü ve pozisyonu, annenin psikolojisi, doğum pozisyonu, doğum sayısı ve pelvik yapısı gibi faktörlerle birlikte,

kadının bireysel, fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel özellikleri de etkilemektedir (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Kömürcü, Berkiten-Ergin, 2008; Taşçı ve Sevil, 2007; Erdine, 1990; Coşkun, 2012).

Doğum ağrısı, kadının doğum eylemine yönelik algısını da olumsuz etkilemektedir. Doğum ağrısının kontrol altına alınamaması gebelerin doğumu negatif algılamasına, doğumla ilgili olumsuz deneyimler yaşamasına ve memnuniyetlerinin azalmasına neden olmaktadır (Kannan ve ark., 2001; Mete ve Uludağ, 2011).

Kadınların doğum eylemine yönelik algısı, kadının kendi sağlığını, bebeğinin sağlığını ve aile ilişkilerini etkilemektedir. Olumsuz bir doğum deneyimi kadında postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, istenmeyen gebeliklerde kürtaj, sonraki doğumlarda sezeryan isteği, cinsel disfonksiyon, anne-bebek bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları, bebeği ihmal gibi durumlara neden olabilmektedir (Kannan ve ark., 2001; Erdine, 1990; Mete ve Uludağ, 2011).

Ağrı, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA; North American Nursing Diagnosis Association) tarafından hemşirelik tanıları arasında gösterilmektedir. Doğum ağrısı, NANDA Hemşirelik tanıları içerisinde akut ağrı tanısı olarak değerlendirilmektedir (Coşkun, 2008).

Doğum Ağrısının Özellikleri: Normal sürecin bir parçasıdır. Diğer tip ağrılar bir hastalığı veya bozukluğu gösterir. Doğum ağrısı beklenir, hazırlık dönemi vardır. Belirli bir zaman süreci içerir. Günlerce, aylarca sürmez. Sürekli değildir, dinlenme dönemleri vardır. Doğum ilerledikçe ağrının şiddeti ve süresi artar, dinlenme dönemlerinde ise kısa süre de olsa hafifler (Taşkın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Taşçı ve Sevil, 2007; Erdine, 1990; Coşkun, 2012).

4.3. DOĞUM AĞRISININ NÖROFİZYOLOJİSİ VE AĞRI YOLLARI

Doğum eylemi bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Özellikle primigravidalarda uterin kontraksiyon ağrısı ve doğum ağrısı, karşılaştıkları en şiddetli deneyimdir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Kömürcü ve Ergin, 2009; Erdine, 2007).

Doğum ağrısı sürecinde iki neden vardır. Doğumun I. evresindeki viseral ağrı baskındır; serviksin dilatasyonu, uterin alt segmenti ve uterus kontraksiyonları ile kasılıp toraks ve lomber sinir uçlarına iletilmesini içerir. Fetusun kardinal hareketlerini yapmasıyla lumbosakral pleksusa bası nedeniyle ağrı hissi oluşur (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Kömürcü ve Ergin, 2009; Erdine, 2007; Avcıbay ve Alan, 2011; Edirne, 1990; Coşkun, 2012).

İniş fazında ağrı pelviste olup, perineal veya somatic tiptedir. Doğumun ilk evresinin sonlarında perineal ağrının olması, fetusun inişi doğumun II evresinde olduğunu gösterir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Kömürcü ve Ergin, 2009; Erdine, 2007; Avcıbay ve Alan, 2011; Edirne, 1990; Coşkun, 2012).

4.4. DOĞUM EYLEMİNİN EVRELERİNE GÖRE AĞRI

Doğum ağrısı primer olarak uterus ve perinedeki nosiseptörlerden kaynaklanır. Uterus, serviks, pelvis ve perineden ağrılı uyarıyı alan spinal kord segmentleri tarafından inerve edilen dermatomlar yoluyla hissedilir. Bu ağrı giderilmediğinde uyarılar santral sensitizasyona ve komşu segmentleri de aktive ederek ağrının yayılmasına neden olur (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Kömürcü ve Ergin, 2009; Erdine, 2007; Avcıbay ve Alan, 2011; Edirne, 1990; Coşkun, 2012).

Doğumun Birinci Evresindeki Ağrı: Gerçek uterus kontraksiyonlarının başlamasından servikste efasman ve dilatasyonun tamamlanmasına kadar geçen süredir. Servikal dilatasyon hızına göre, yavaş latent faz ve daha hızlı olan aktif faz olarak ikiye ayrılır. Latent faz, progresif servikal efasman ve minör dilatasyonla (2-4 cm); aktif faz, daha sık kontraksiyonlarla (3-5 dk.'da bir 30-60 saniye) ve 10 cm'e

kadar progresif servikal dilatasyonla karakterizedir. İlk evre nulipar hastalarda 8-12 saat, multipar hastalarda 5-8 saat sürer. Uterus kontraksiyonları sırasında amniyotik sıvının basıncı artar, uterus alt segmenti ve serviks gerilir. Uterus kontraksiyonlarının uterus ve fundustaki kas lifleri arasında bulunan sinir lifleri arasında basınç oluşturarak meydana getirdiği inflamatuvar değişiklikler, iskemik myometriyum, serviksin kontraksiyonu ve sempatik hiperaktiviteye bağlı vazokonstrüksiyon, ağrıya neden olan faktörlerdir. Bu durum yaygın ve kötü lokalize edilen, genellikle göbek ve pubis arasında hissedilen, sırtta yayılabilen viseral karakterde ağrıya neden olur (Taşkın, 2004; Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Kömürcü ve Ergin, 2009; Erdine, 2007; Avcıbay ve Alan, 2011; Edirne, 1990; Coşkun, 2012; Erdine, 2007).

Doğumun İkinci Evresindeki Ağrı: Tam servikal dilatasyonla başlar, fetüsün komplet doğumu ile tamamlanır. Nuliparlarda 30 dk-2 saat, multiparlarda 5-20 dk. sürmektedir. Fetüsün seviye seviye ilerlemesi ile pelvis ve perinede ağrı hissedilir. Karnın şişmesi ile vajen, üretra, mesane, pelvik alan kasları, karın zarları ve uterus ligamentlerin, fasya ve subkutan dokuların gerilmesi ve yırtılması sonucu somatik ağrı hissedilir. Somatik ağrı daha keskin ve bölgeseldir. Fetusun doğum kanalında ilerlemesi sonucunda ortaya çıkan ağrı somatik sinirler aracılığı ile önce ileti pudental sinire ve bununla da medulla spinalis S 2-4 arka boynuzuna taşınır. Pelvik alanın peritonu germesi, pelvik alandaki mesane, üretra, rektum gibi organlara ve lumbosakral sinir köklerine baskısı sonucu bazı gebeler sacral alanda ve bacaklarında yanıcı, sızlayıcı ve kramp tarzı ağrı duyabilirler. Hareket etmede zorlanabilirler. Doğum sırasında oluşan akut doku harabiyeti oluşabilmektedir (Taşkın, 2004; Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Kömürcü ve Ergin, 2009; Erdine, 2007; Avcıbay ve Alan, 2011; Edirne, 1990; Coşkun, 2012; Erdine, 2007).

Doğumun Üçüncü Evresindeki Ağrı: Bebeğin doğumundan sonra plasentanın çıkışının olduğu evredir. Çoğunlukla 15- 30 dakika bazen daha uzun sürer. Fetüsün aşağı iniş ve plasentanın ayrılışına eşlik eden ağrılı uyarın devam eder. Epizyotomi gibi A-beta liflerin oluşturduğu mekanik hiperaljezi birkaç gün devam eder. Bu konuda gerekli bilgilendirme yapıp anksiyete önlenerek ağrı ile baş etmede daha etkin olduğu görülür (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Avcıbay ve Alan, 2011; Edirne, 1990; Erdine, 2007).

4. 5. DOĞUM AĞRISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Doğum ağrısı, doğum süresi, epidural analjezi ya da anestezinin süresi ve dozu, oksitosin ya da misoprostol kullanımı, amniotomi, fetüsün büyüklüğü ve pozisyonu, annenin psikolojisi, doğum pozisyonu, doğum sayısı ve pelvik yapı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Ancak ilaç dışı teknikler kullanıldığında etkileyen faktörlerde değişkenlikler görülür (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Erdine, 2003; Phumdoung ve Good, 2003).

Bu ağrı, anneyi motor faaliyetleri açısından yoran, stres ve anksiyeteye neden olan hiperventilasyon ile oksijen ihtiyacını arttıran bir olaydır. Ağrı ile mücadelede başarısız olunması; annenin tükenmesine sebep olarak, anne bebek etkileşimini zorlaştırmakta, doğum eyleminden alınacak mutluluğu engellemekte, doğum sonu konforu azaltmakta ve annenin diğer doğumlara yönelik tepkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bundan dolayı baş etme tekniklerini kullanamayan annede öz bakım eksikliğinde de değişkenlikler görülebilmektedir. Bu durum, doğum ağrısının kabul edilebilir veya gerekli olduğu düşüncelerini ortadan kaldırmış ve doğum ağrısının varlığı tedavi için bir endikasyon olarak kabul edilmiştir. Durumu kabullenemeyen, uyum sağlayamayan gebede postpartum depresyon riski artmaktadır. Bu nedenle doğumu ağrıdan bağımsız kılmak amacıyla çok fazla yol denenmiştir. Fakat doğum ağrısının azaltılmasındaki yapılan çalışmalarda ilerlemeler olmasına rağmen, ağrı kadınların tamamında belirgin olarak yönetilemediği belirlenmiştir. Bu durum hem kadınları hem de bakım verenleri ağrının yönetiminde farklı arayışlara yönlendirmiştir (Kömürcü ve Ergin, 2009; Avcıbay ve Alan, 2011; Erdine, 2003; Phumdoung ve Good, 2003)

Fiziksel Faktörler: Diğer akut ağrılarda olduğu gibi doğum sırasında fetusun doğumuna yakın kısımda, perinenin bombeleşmesi esnasında doku yaralanması meydana gelmektedir. Bununla hissedilen ağrı, stres yanıtı neden olmakta ve bu maternal değişiklik fetusu de olumsuz etkilemektedir (Erdine, 2003; Phumdoung ve Good, 2003; Anderson ve Johnson, 2005).

Psikososyal Faktörler: Korku, gerilim ve ağrı, uterus aktivitesini azaltarak doğum süresini uzatabilmektedir. Şiddetli ağrı, gebenin mental sağlığını bozabilecek, bebeği ve eşi ile ilişkilerini uzun süreli ve ciddi şekilde etkileyebilecek duygusal bozukluklara, depresyon ve anksiyeteye yol açabilmektedir. Stresle baş etme tekniklerini öğretmek bilinç kazandırmak psikolojik faktörleri kontrol etmede önemlidir (Erdine, 2003; Phumdoung ve Good, 2003; Anderson ve Johnson, 2005).

Metabolik Etkiler: Gebelikte ve özellikle doğum anında dolaşım hızı ve oksijen tüketimi artar. Doğumda, ağrı nedeniyle metabolik değişkenlikler görüldüğü, katekolamin serbestleşmesi ve sempatik yolla oluşan lipolitik metabolizma ile serbest yağ asitleri ve laktat düzeyinin önemli derecede arttığı belirlenmiştir. Doğumun ikinci evresinde ağrı kontrolü iyi olmazsa maternal asidoz görülebilir. Bunun nedeni maternal ağrı ve yineleyen ya da kontrolsüz ıkmama sırasında harcanması gereken çabayla kaybedilen enerjidir (Erdine, 2003; Phumdoung ve Good, 2003; Anderson ve Johnson, 2005).

4. 6. DOĞUM AĞRISININ OLUMSUZ ETKİLERİ

Ağrı ve acı birlikte görülse de, birey acı çekmeksizin ağrı hissedebilir veya ağrı hissetmeden acı çekebilir. Yalnızlık, bilgisizlik, çaresizlik ve doğumun sıkıntı verici yönleriyle başa çıkmak için yetersiz kaynaklar, uygun olmayan tedavi yaklaşımı ya da duyarsız tedavi, geçmişteki psikolojik ya da fiziksel sıkıntıların çözülmemesi, kadının zarar görme ihtimalini artırır. Korku, anksiyete ve ağrı arasında bir kısır döngü oluşmaktadır. Bu durum doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz etkilemektedir (Erdine, 2007; Mamuk, 2008).

4.7. DOĞUM AĞRISININ KONTROLÜNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Doğum ağrısının giderilmesi uzun yıllar araştırmacıların merak konusu olmuş ve bunun için pek çok farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler geliştirilmiştir. Doğumdaki ağrıyı gidermede kullanılan yöntemlerin amacı, anneye

ve bebeğe herhangi bir etkide bulunmadan doğrudan doğum ağrısını azaltmak ya da onu düzenlemektir. Farmakolojik yöntemler, çeşitli analjezi ve anestezi maddelerinin farklı yollarla kullanılması esasına dayanır. Doğumda kullanılan farmakolojik yöntemlerin genellikle ağrı seviyesini azaltmada, farmakolojik olmayan yöntemlerden daha etkili olduğu bulunmuştur; ancak pahalı olması ve potansiyel yan etkilerinin bulunması nedeni ile farmakolojik olmayan yöntemler gelişmeye başlamıştır. Bunun en önemli nedeni, yöntemlerin invaziv olmaması ile birlikte ekonomik, kullanımının kolay, etkili ve yan etkilerinin daha az olmasıdır. Ayrıca, farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanıldığı kadınlar, kontrol ve güç kendilerinde olduğu için daha fazla memnuniyet ifade etmektedirler (Kanna, Jamison ve Dattla, 2001; Edirne, 1990; Öztürk ve Sevil, 2013; Karaçam ve Akyüz, 2011; Mete ve Uludağ, 2011).

Ağrıya kontrolünde kullanılan ilaç dışı yaklaşımlar, sadece ağrının fiziksel duyularını değil aynı zamanda bakımın psikoemotional ve manevi bileşenlerini artırarak acıyı önlemek için çok çeşitli teknikler içermektedir. Aslında bir kadın tarafından algılanan doğum ağrısı düzeyini en iyi şekilde öngören unsur, doğumun üstesinden gelme kabiliyetine olan güven seviyesidir. Sağlık personeli kadın ve eşini, algılanan doğum ağrısını azaltmak ve doğumun ilerlemesini arttırmak için kendine güveni arttıran teknikler ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılması konusunda rehberlik etmeli ve desteklemelidir. Bu tür bir bakım olan kadınlar, doğum ağrısı ve stresiyle başarıyla baş edebildiklerini, acıyı aşılabildiklerini ve doğum sırasında güçlü bir ruh gücü ve derin psikolojik ve ruhsal rahatlık deneyimleyebildiklerini" ifade etmektedirler (Kanna, Jamison ve Dattla, 2001; Edirne, 1990; Öztürk ve Sevil, 2013; Mete ve Uludağ, 2011).

4. 7. 1. DERİSEL AĞRI TEDAVİSİ TEKNİKLERİ

Efloraj ve Sakral Basınç: Efloraj, deriye sıvazlama hareketiyle uygulanan, derin kas kütlelerinde basınca neden olmayan ve bunları hareket ettirmeyen tüm hafif masajlardır. Bu yöntemlerin etkinliği kapı-kontrol teorisi ile açıklanabilmektedir. Kasılmalar sırasında solunumla ritmik olarak karnın hafifçe okşanması şeklinde yapılan efloraj, kadının dikkatini kasılma sırasında oluşan ağrıdan uzaklaştırmak için

kullanılır. Doğum sürecindeki gebe kadının karnına, kollarına ve/veya bacaklarına ritmik daireler çizerek veya yukarı ve aşağıya doğru hafifçe ovularak yapılan bir masajdır. Kadın monitöre bağlı iken monitörün (NST) kemerleri eflorajın karına uygulanmasını zorlaştıracığından, bu sürede masaj üst bacak veya göğüs bölgesine uygulanabilir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Taşçı ve Sevil, 2007; Yıldırım ve Şahin, 2003; Aydın, Turan ve Malkoç, 2015; Coşkun, 2012).

Doğum ağrısının neden olduğu, sakroiliyak bağ dokularındaki gerilmelerden kaynaklanan sakroiliyak ağrıyı azaltmak için bölgesel basınç uygulanabilir. Bu amaçla kullanılan karşı basınç yönteminde, iki taraflı kalça basıncı ve diz basıncı teknikleri kullanılabilir. Karşı basınç tekniği, fetal oksipital kemiğin sakruma yaptığı basıncın şiddetini karşılayacak derecede bir gücün uygulanmasını gerektirir. Destek veren kişinin elinden ya da başka bir sert cisimden gelen düzenli basınç, fetal oksiputun sebep olduğu sakroiliyak bağ dokularındaki gerilmeye karşı basınç oluşturarak ağrıyı azaltmaktadır (Taşın, 2004; Şirin ve Kavlak, 2008; Taşçı ve Sevil, 2007, Yıldırım ve Şahin, 2003; Aydın, Turan ve Malkoç, 2015).

Yüzeysel Sıcak veya Soğuk Uygulamalar: Doğum sırasında yüzeysel sıcak ve soğuk uygulamalar çeşitli şekillerde kullanılabilir. Bu uygulama doğum ağrısında yaygın olarak kullanılmaktadır. Kullanımı kolay, ucuz ve invaziv olmayan bir yöntemdir. Önceden hazırlık yapılmasına, hekim istemine gerek yoktur ve obstetri dışında da kullanımı yaygındır. Her iki uygulamada ebeler, gebe kadının yaralanma olasılığına karşı dikkatli olmalıdır. Termometre ile sıcaklık derecesi ayarlanır. Sıcak ve soğuk uygulamalar kadının sırtına, alt karın bölgesine, kasık ve/veya perineye uygulanır. Isı kaynakları, sıcak su fliflesi, ısıtılmış piriñ dolu çorap, sıcak kompres, elektrikli ısıtıcı pedler, ılık battaniye, termofor, jakuzi, ılık banyo veya duş olabilir. Ticari ısıtma ürünleri kullanılırken hastanın ısıyı tolere edebileceğinden ve ısının hasara yol açmayacağından emin olunmalıdır. Kadının ısı algısı doğumdaki bazı durumlara bağlı olarak değişebilir. Bu nedenle ebeler yaralanma ihtimallerine karşı dikkatli olmalıdır (Erdine , 2007; Erdine, 2003; Mamuk, 2008).

Soğuk uygulama kas spazmını azaltır, inflamasyonu ve ödemi azaltır. Kalın çaplı sinir liflerinin sitümlasyonu ile derinin duyarlılığını azaltarak, ağrının hafiflemesini sağlar. Eğer doğum eyleminde kadın çok terlemiş ve bunalmış ise soğuk uygulama kadının rahatlamasına yardımcı olabilir. Soğuk uygulama genellikle

kadının bel, göğüs, alın, yüz, kol ve ellerine uygulanır (Coşkun, 2012; Anderson ve Johnson, 2005).

Hidroterapi-Banyo: Hidroterapi-Banyo (Jet Hidroterapi, Masaj Küvetleri) travay takibinde, doğumda ve doğumdan sonra ağrıyı azaltıp, rahatı artırmak ve gevşeme sağlamak için kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde gebenin abdomeni suyun altında kalacak kadar derin ılık su içine girer. Ilık su, gevşemeyi artırmak, doğum ağrısını azaltmak ve doğum ağrısı döneminde süreci iyileştirmek için kullanılır. Bu banyolar ABD dâhil birçok ülkede tercih edilen ve kullanılan yöntem haline gelmiştir. Gebeler genellikle travay takibinde doğum ağrısı dönemlerinde birkaç dakikadan, birkaç saate kadar banyoda kaldıkları, doğum ağrısı sırasında hidroterapi kullanımının rahatlığı artırdığı, ağrıyı azalttığı, kan basıncını düşürdüğü ve diüzezi artırdığı bildirilmiştir. Başlıca hidroterapi yöntemleri vücudun tamamına veya bir kısmına uygulanan; oturma banyoları, buhar banyoları, kolon irrigasyonu, sıcak/soğuk kompresleri ve buz uygulamalarıdır. Görüldüğü gibi sıcak ve soğuk uygulamayı destekleyici niteliktedir. Doğum sırasında hidroterapi kullanımının avantajları; ağrıyla baş etmede farmakolojik yöntemlerin kullanımının azaltılması, gevşemeyi artırması, doğum ağrısını azaltması, doğum eylemini hızlandırması, annede doğum eylemini kontrol edebilme duygusunu yükseltmesi, doğum kanalı ve perine elastikiyetini artırtırarak dokunun sağlığını artırarak yırtıkların şiddetini, insidansını ve epizyotomiye duyulan gereksinimi azaltmasıdır (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Koçak, Can ve Soğukpınar 2010; Berkiten, 2005).

Dokunma ve Masaj: Diğer bir insana dokunmak onu önemsemek, düşünmek, güven vermek ve sevgisini hissettirmek gibi pozitif mesajların iletilmesine yol açabilir. Masaj, sağlık ve iyileşmeyi arttırmak amacıyla vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik olarak manipüle edilmesidir ve doğum ağrısı anında rahatlığı arttırmak, ağrı ve acıyı azaltmak amacıyla terapatik dokunuşlar kullanılır. Ebeler, hemşireler, doulalar ve doğum desteği veren diğer kişiler dokunmayı, bilinçli olarak ya da olmayarak eylem boyunca desteklerini belirtmek, kas gerginliğini önlemek ve doğum ağrısını azaltmak için bu tekniği kullanırlar (Taşçı ve Sevil, 2007; Kömürcü ve Ergin, 2009; Yıldırım ve Şahin, 2003; Coşkun, 2012).

Gebelik döneminde özellikle de eşin ya da doğumda yanında olan destekçinin kadının sırtına, kollarına, bacaklarına, omuzlarına ve hatta karın bölgesine masaj yapmaları kadının gevşemesini ve rahatlamasını sağlar. Ayrıca doğum eylemine yakın kadın kendi kendine de masaj yaparak kaslarındaki gergin ve kasılı yerleri hissedebilir. Bununla baş bölgesine yapılan hafif masajlarla zihinsel gerginliği azaltarak ağrıyı kontrol etmek için gevşemeye yardımcı olur (Rathfisch, 2012; Coşkun, 2012).

Alt Sırt Masajı: Tüm doğum eylemi süresince hipofiz ile uterus arasındaki ağrı uyaranlarının iletiminde olan alt sırt bölgesi masaja en çok ihtiyaç duyulan alandır. Bu alana uygulanan masaj, bel ve sırt ağrısının giderilmesinde çok etkilidir. Bel ağrısı, her bir kontraksiyonu ile fetüs başının koksikse ve sakruma yaptığı basınçtan oluşmaktadır.

Üst Sırt masajı: Gebenin omuz çevresine, omuzdan kürek kemiğine kadar ve omuzların üst kısmına ve boyuna ve omuzların orta kısmına uygulanan masajdır.

Abdominal Masaj: Kontraksiyonlar arasında abdomene saat yönünde dairesel hareketlerle uygulanan masaj türüdür.

Bacak Masajı: Bacak ve ayak üzerine yapılan masajdır. Kontraksiyonlar arasında yapılan genel bacak ve ayak masajı ile kaslarının gevşemesi ve annenin rahatlatılması, kramp ifadesi olan gebelerin kramp ağrılarını azaltmak amacıyla uygulanır. Aktif hareketlerin uygulanması için dinlenme aralarında rahatlıkla uygulanabilir. Aynı zamanda doğumun uyarılmasına yardım edilir.

Doğum Noktalarına Masaj: Ayaktaki bazı Shiatsu ve refleksoloji noktalarına masaj yapılması gebeleri rahatlattığı ve doğum ağrısını azalttığı ifade edilir. Bu yöntemin uygulanması kolaydır. Eğitimli kişiler rahatlıkla uygulayabilirler (Kömürcü, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; İpek ve Eryılmaz, 2014).

Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı (TENS): Düşük voltajlı elektrik dalgalarının veya uyarının cilde uygulanan düz elektrotlar ile verildiği bir sistemdir. Transkütan elektrik uyarım birimleri doğum ağrısı sırasında her zaman uygulanabilirse de, en faydalı olduğu dönem doğumun ilk evresidir. TENS, belirli frekans ve yoğunluktaki

elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığı ile deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine uygulanan basit bir sistemdir. Bu yöntem invaziv değildir; hem akut hem de kronik ağrılarda oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Bugün için TENS'in etkinliği üzerine en fazla kabul edilen ağrı teorilerinden, görüş kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisi. TENS'te iki bölgeye elektrot kullanılır. Birincisi, T11-L1 üzerine, ikincisi S2-S4 üzerine uygulanır. Düşük şiddetli akımlar endorfinlerin serbest kalmasını sağlar ve sıklıkla spinal aralığı açarak ağrı veren yol bloklar. Kontraksiyon anında gebe cihaz üzerindeki düşmeyle uyarım seviyesini artırır. TENS kullanımı anne ya da fetus için risk taşımaz. Ağrının giderilmesinde etkisi "iyi" ile "çok iyi" arasındadır; ancak kadınlar bu hissi ürpertici olarak tanımlar (Taşçı ve Sevil, 2007; Rathfisch, 2012; Erdine, 1990; Öztürk, 2006).

TENS, rahatlamayı sağlamak ya da zihinden ağrıyı çıkarabilmek için, elektrik uyarılarını spesifik sinirlere ileten televizyon kumandası boyutunda bir araçtır. Cilde yerleştirilen elektrotlarla sinir sistemine kontrollü, düşük voltajlı elektrik akımı uygulanması esasına dayanır. Akut ve kronik ağrılarda çok geniş kullanımı vardır. Sırtta dört noktaya uygulanan TENS'in analjezik tüketimini belirgin olarak azalttığı ve doğumun birinci evresinde çok etkili olduğu gösterilmiştir (Taşçı ve Sevil, 2007; Rathfisch, 2012; Erdine, 1990; Öztürk, 2006).

Steril Su Enjeksiyonu: Bu yöntemin özellikle fetus oksiputoposterior pozisyondayken, şiddetli ve sürekli sırt ağrısını azalttığı, sırt ağrısının da doğumda yaklaşık %30 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Dört ayrı 0.1 ml'lik steril su enjeksiyonu kadının sırtında sakrum üzerine uygulanır; böylece tüberküloz testine benzer şekilde geçici sıvı dolu papüller oluşur. 20-30 saniye içinde etkisi başlar. Doğumun birinci evresindeki sırt ağrısını nasıl giderdiği tam olarak bilinmese de, bazı araştırmacılar açıklama olarak kapı kontrol teorisini kabul etmiştir. Steril su sinir uçlarını rahatsız ederek diğer ağrılı hisleri bloke eder. Sırt ağrısı olan kadınlara intradermal steril su (IDSS) verilmesinden bir saat sonra kadınların %93'ü ağrının tamamen yok olduğunu belirtmişlerdir (Kömürcü ve Ergin, 2009; Taşçı ve Sevil, 2007; Erdine, 1990; Erdine, 2007; Yılar, 2014).

İntradermal steril suyun etkileri normal salin enjeksiyonu ile karşılaştırıldığında ise, steril su verilen kadınların daha az ağrı ifade ettiği bulunmuştur. Yöntemin başlıca avantajı, neredeyse hiç fizyolojik yan etkisi olmayan bir işlemle alt sırt ağrısının azaltılmasıdır. İntradermal steril su enjeksiyonları, doğumda alt sırt ağrısı olan, ancak epidural analjezi kullanmak istemeyen kadınlar için alternatif olabilir. Anne ve yenidoğan üzerinde olumsuz bir etkiye sahip değildir. Ebe/hemşireler tarafından kolaylıkla uygulanabilecek basit bir işlemdir. Doğumdaki uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrıda rahatlama sağlamaması ya da çok az sağlaması ve etkisinin kısa sürmesi dezavantajıdır (Lee ve ark., 2011; Smith ve ark., 2010; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Yılar, 2014).

ISSE uygulamasının doğum eyleminde bel ağrısının azaltılması amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Bunun yanında doğum eylemi sırasında fetal rotasyon, pelvik taban kasları ve servikal dilatasyon üzerine olumlu etkisi vardır (Lee ve diğerleri, 2011; Camann ve Alexander, 2008; Yılar, 2014).

Bitkisel İlaçlar (Fitoterapi): Fitoterapi (Bitkisel Tedaviler), “tıbbî bitkilerle tedavi” anlamına gelmektedir. Hastalıkların, tedavi edici değere sahip taze veya kurutulmuş bitki kısımları ya da bunlardan elde edilen ekstraksiyon ürünleri kullanılarak üretilen çay, damla, draje, kapsül, şurup, tablet ile tedavi edilmesi anlamındadır (Kömürcü ve Ergin, 2009; Koçak ve Öztürk, 2010).

Anadolu halk kültüründe; “Meryem Ana Eli” denen bitkinin içine koyulan sudan içmenin doğumu kolaylaştırdığına inanılmaktadır. Üzüm, badem, ayva yedirilmesinin doğum sırasında gebeye enerji verdiği, sıcak pekmezli kavrulmuş susam, karanfil, defne tohumu, bal karışımli macun, sarımsak ve nane karışımı, hemşe otu, ısırgan otu, manda yoğurdu yedirme ya da vajene yumurta akı sürme gibi uygulamaların ise doğumu yardımcı olduğu belirtilmektedir. Koçak ve arkadaşlarının aktardığına göre Tayland’da yeşil sebzenin ve özel bitki çaylarının üç gün süre ile içilmesinin, doğumu kolaylaştırdığına inanılmaktadır (Koçak ve Öztürk, 2010).

Aromaterapi: Çiçeklerden, bitkilerden ve ağaçlardan elde edilen esansiyel yağların, sağlığı ve iyilik durumunu arttırmak amacıyla kullanılmasına aromaterapi adı verilmektedir. Aromaterapi terapatik olarak yaklaşık 6000 yıldır kullanılmaktadır. Aromaterapi, “tedavi edici” özelliklerini kullanabilmek için bitkilerden damıtılan

yüksek konsantrasyonlu öz yağların ve kokuların kullanılmasıdır. Esansiyel yağların vücutta yatıştırıcı, uyarıcı ve rahatlatıcı etki gösteren nörotransmitterlerin (asetilkolin, dopamin, serotonin vb.) salgılanmasını artırdığı düşünülmektedir. Yağlar deriye masaj yöntemiyle, inhalasyon ve yağların yanması sonucu oluşan kokunun solunması şeklinde uygulanmaktadır. Doğum sırasında aromaterapi uygulaması; gül, lavanta, neroli, adaçayı vb. esansiyel yağlarının travaydaki annenin cildine sürülmesini içerir. Bebeğin inişi ve doğumunun gerçekleştiği ikinci evrede nane yağının güç hissi verdiği, lavanta yağının panik duygusunu azalttığı ve kontraksiyonları güçlendirdiği, yasemin yağının analjezik ve antispazmotik etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Kömürcü ve Ergin, 2009; Smith ve diğerleri, 2010; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Camann ve Alexander, 2008).

Oral yolla, inhalasyon yoluyla, deri yoluyla (Masaj, kompres veya banyo eşliğinde) uygulanabilir. Bazı yağlar taşıyıcı bir diğer yağ ile birlikte ya da su ile seyreltilerek kullanılabilir. Sardunya yağının inhale olarak kullanıldığı bir çalışmada travayda gebenin anksiyetesini azaltmada etkili olduğu tespit edilmiş ve doğum sürecinde kullanımı önerilmiştir. Narenciye kullanılan başka bir çalışmada da collum 3-4 cm ve 6-8 cm dilate iken 30 dakika uygulanan aromaterapinin gebenin anksiyetesini azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. Luo ve ark. yaptıkları bir meta analizde (2014), aromaterapinin doğumun 1. ve 2. evresinin süresini kısaltmada etkili olduğunu, fakat farmakolojik ajan kullanımı, spontan vajinal doğum, C/S ve müdahaleli doğuma etkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Sağlıklı annelerde aromaterapi masajının etkisinin incelendiği bir çalışmada aromaterapi masajının postpartum annelerin fiziksel ve zihinsel durumlarını iyileştirmek ve anne-bebek etkileşimini kolaylaştırmak için etkin bir müdahale olabileceğini belirtilmiştir. Lavanta aromaterapisinin rolü, Lavanta yağı rolünde önemli bir yağ solunum yoluyla emilir ve kortizol sekresyonu veya serotonin düzeyini artırır. Kan basıncında veya kalp atış hızında herhangi bir değişikliğe neden olmaz. Zihinsel durum, anksiyete, korku ve ağrıyı tolere etmede etkilidir. Kullanımda gebenin alerjisi, cilt tahrişi ya da cilt hastalığı olmamalı, onam alınmalı, gebe tercih etmeli, ebe ve doktorlar eğitilmiş olmalı, rehber ve protokole göre uygulanmalıdır (Kömürcü ve Ergin, 2009; Smith ve diğerleri, 2010; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Camann ve Alexander, 2008).

Homeopati: Homeopati Yunanca'dan gelen “homoios” (benzer) ve “pathos” (hastalıktan acı çekmek) kelimelerinden oluşmaktadır. Temel prensip, “benzeri benzerle tedavi” etmektir. Sağlıklı bir bireyde herhangi bir hastalık meydana getirerek, hastalık bulguları ortaya çıkartan doğal bir maddenin, aynı bulguları taşıyan sağlıklı bireye belli yöntemlerle sulandırılarak ve gücü artırılarak verilmesi sonucu bireyin sağlığına kavuşturulması prensibine dayanır. Yani daha basit olarak, bir madde sağlıklı bir kişide hastalık belirtileri oluştururken, aynı hastalık belirtilerini gösteren bir hasta o maddeyle tedavi edilebilir. Örneğin “sağlıklı bir insana tekrarlayan dozlarda verildiğinde beden ısısında yükselmeye yol açan Aconitum, soğuk havaya maruz kalan yüksek ateşli bir hastada ateşi düşürebilmektedir (Smith ve diğerleri, 2010; Bulduklu, 2015).

Doğru dozda ve doğru yolla uygulanan homeopatikler gebe doğum sırasında aşırı bel ağrısı yaşadığında, ilerlemeyen doğum eyleminde ve annenin çok bitkin olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Bazı ebeler bu konuda uzmandır ve doğum ağrısında kullanılmaktadır (Smith ve diğerleri, 2010; Bulduklu, 2015).

Rahim kasılmalarının uyarılmasında özellikle pulsatilla kullanılır ancak kullanılırken uzamana danışmak önemlidir. Hint yağından 56 gr içilmesi ve baharatlı yiyecekler yenilmesi bağırsak kramplarına neden olur. Bu teoriye göre bağırsak krampları rahimi uyarır ve kasılmaların başlamasına neden olur. Amniyon kesesi açılan gebeye kullanımı önerilmemektedir. Ancak doğumu başlatmak için köri yenilmesi sıklıkla önerilmektedir (Rathfisch, 2012; Coşkun, 2012).

Akupunktur, Akupressure (Shiatsu): Akupunktur, alternatif tıp terapilerinin en eski kullanılan yöntemlerden biridir. Çin'de 2000 yıldan beri uzun bir süredir uygulanmaktadır. Tedavi amaçlı olarak belirli vücuttaki noktaların uyarılmasıyla etkisini gösterir. Kulak akupunkturunu, ince bir iğnenin veya bandın kulağın üzerindeki uygun yerlere konulması ile yapılır. Kadınlar uyarıcı elektrik akım miktarını kendi kendilerine kontrol edebilmekte bu etkiyi ifade ederek kontrol edilebilmektedir. Akupunktur ile uyarılan bölgeler bütün vücutta genel analjezik etki gösterirler ve kasılmaları tetiklerler. İşleme başladıktan 20 dakika sonra akupunktur uygulanan gebe kendisini daha rahat ve sakin hisseder. Uygulamada bir uzmana ihtiyaç vardır.

Bu yöntem aynı zamanda, gebelikte bulantıyı azaltmak, doğum sonrasında uterusu kalan plasentayı çıkarmak, hemoroid oluşumunu engellemek, annedeki süt miktarını artırmak ve doğum sonrası depresyonu azaltmak için de uygulanılabilen yöntemdir (Erdine,2007; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Camann ve Alexander, 2008).

İngiltere ve İskandinavya ülkelerinde ebeler doğum anında akupunktur kullanımı için ek bir eğitim alabilmektedir. Parmaklarla veya küçük boncuklarla yada kibrit çöpünün uç kısmı ile akupunktur noktalarına basınç uygulayarak, kan dolaşımı gibi vücut enerji yollarının etkin çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemle kadının vücudunun enerji ve hormonal kontrolünü düzenlenmektedir. Akupressure doğum eyleminde ağrıyı azaltmak ve doğum eyleminin süresini kısaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Doğumda güvenilir, etkili, maliyetsiz ve kolay uygulanabilir olduğu için tercih edilmektedir. Doğum eylemi anında birçok akupunktur noktası kullanılmaktadır. Bu noktalara yapılan basınç hipofiz bezini uyararak hormonal etkileri aktive ederek oksitosin salınımını teşvik eder ve kontraksiyonları uyararak etkin hale getirmektedir. Doğum ağrısını gidermek ve eylemin ilerlemesi sağlamak amacıyla sıklıkla SP6 noktası kullanılmaktadır (Taşcı ve Sevil, 2008; Kömürcü ve Ergin, 2009; Camann ve Alexander,2008).

Şiropraktik: Şiropraktik (chiropractic) kelimesi Yunanca “chiros” (el) ve “practicos” (uygulama) kelimelerinden gelmekte ve elle yapılan uygulama anlamını taşımaktadır. Şiropaksi; kas, eklem, kemik, tendon, kıkırdak ve ligamentlerin yer aldığı bağ dokularının ve kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının giderilmesinde kullanılan elle sıvazlama, baskı ve titreşim hareketlerdir (Turan, Öztürk ve Kaya 2010).

Refleksoloji: Refleksoloji, sinir noktalarının belirli tekniklerle uyarılması sonucu ortaya elektrokimyasal iletileri çıkaran bir uygulamadır. Bu uygulama ile, sinirsel iletilerin yardımıyla aktive edilmek istenen organlar uyarılarak, fiziksel ve zihinsel problemlerle ilgili gerginlik ve stresi azaltılır ve vücudun dengede kalması sağlanır. Doğumda refleksoloji uygulaması eylemin I. evresinde, her iki ayağın solar pleksus, beyin- omirilik, dalak, troid, barsak ve uterus-vajina-over refleks noktalarına yapılır. Doğum sırasında uterus kasılmalarını teşvik etmek için oksitosin salınımının uyarılmasında, doğum sırasındaki kasılmaların düzenlenmesinde, kasılmalar sırasında gevşemenin oluşmasında, deneyimlenen ağrı düzeyinin azaltılmasında ve

doğumun süresinin kısalmasında etkilidir (Dolation ve diğerleri, 2011; Öztürk ve Sevil, 2013).

Refleksoloji 10 dakikadan 60 dakikaya varan sürelerde uygulanır. Refleksoloji uzmanının kullandığı araçlar; desteklemek, masaj yapmak, bastırmak veya rahatlatmak amacıyla çeşitli biçimlerde kullandığı elleri, başparmakları ve diğer parmaklarıdır. Refleks bölgeleri masajı uygulaması için, toplam beş basma tekniği vardır; başparmak hareketi, parmak hareketi, ovma hareketi, sıvazlama hareketi ve sıkma hareketidir. Hafif stroking, derin stroking, göğüs açma, ayak rotasyon ve aşıl germe açılış hareketleri ile gevşeme sağlanır. Uygulama süresince tırtıl, kuş gagası, torna, kelebek, kanca ve yırtma teknikleri kullanılır. Bu teknikleri yapmak için taş, tornavida, spatula gibi yardımcı aletler de tercih edilebilir. Bu tekniklerin hangi bireylere nasıl uygulanacağı kişinin fiziksel yapısı, yaşı ve o andaki sağlık durumuna bakılarak karar verilir. Örneğin iri yapılı bir insana daha kuvvetli, zayıf, yaşlı ve çocuklara ise normal şekilde basarak masaj yapılır. Uygulama noktaları ve uygulamada kullanılacak bası teknikleri kişinin problemine göre belirlenir (Tabur ve Başaran, 2009)

4. 7. 2. İŞİTSEL/GÖRSEL TEKNİKLER

Odaklanma ve Dikkat Dağıtma: Dikkat dağıtma, ortamdaki gelen bir uyarıya kadının dikkatinin ağrıdan uzaklaştırılması sürecidir. Koridorda yürümek, sandalyede oturmak, ziyaretçilerle konuşmak, televizyon seyretmek ve telefonu kullanmak çoğu kadını meşgul edecektir. Bazı kadınlar doğum odalarına, kasılmaları sırasında ilgilerini odaklayabilecekleri fotoğraf gibi hoşlandıkları bir nesne getirirler. Diğerleri ise aynı amaç için odadaki sabit bir nesne seçerler. Her iki durumda da, kasılma başlarken ağrı algılarını azaltmak için nesneye odaklanırlar. Hemşireler ve ebeler kadınları içinde buldukları duruma göre “doğum kanalında hareket eden bebeğini düşün”, “bebeğini aşağı ve dışarı hareket ederken düşün”, “genişleyen doğum kanalını düşün” şeklinde canlandırma yapmaya sevk ederler. Canlandırma, kadını odaklanmış tutmak için ve kontraksiyonlarıyla uyumlu çalışmaya sevk etmek için kullanılır (Kömürcü ve Ergin, 2009; Yıldırım ve Şahin, 2003; Rathfish, 2012; Erdine, 2007).

Gezinmek, başkalarıyla konuşmak, televizyon seyretmek, telefonu kullanmak gibi gebeyi meşgul edecek durumlar dikkatin dağıtılmasını ve ağrıya odaklanılmasını önleyecektir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Şirin ve Kavlak, 2008; Kömürcü ve Ergin, 2009; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Doğuma Hazırlık Metotları: Doğuma hazırlık yöntemleri günümüzde, ebeveynlere, sağlık bakım çalışanları tarafından doğuma hazırlık sınıflarında eğitim verilmekte ve tavsiyelerde bulunmaktadır. ABD’de en fazla önerilen, Dick-Read ya da doğal doğum, Lamaze ya da psikoprofilaktik yöntem, Bradley yöntemi ya da eş destekli doğum yöntemleri bunlardan bazılarıdır. Odent yöntemi; doğum özel bir deneyimdir ve çiftler bu deneyimi “en iyi fiziksel ortamda sevgi ile yaşamalıdır” felsefesine dayanır. Kitzinger yöntemi; kadına doğal davranılması gerektiğini benimser. Leboyer yöntemi; Fransız Frederick Leboyer tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntemde doğum odasındaki kuvvetli ışıktan, gürültüden, bebeğin ilk solunumuna başlaması için poposuna vurulması, bebeğin solunumuna başlamadan umbilikal kordun kesilmesinden olumsuz etkilendiğini, bu yüzden bebeğin ağrı ve travmasının azaltılması gerektiğini savunur. Gayle Peterson; gebe eğitim sınıfında “kadınların kendi iç dünyalarını yansıtmak için cesaretlendirilmesinin doğum eyleminde kullanabilecekleri en güçlü yetenek olduğunu benimsemiştir. Janet Balaskas; İngiliz doğum eğitimcisi olup, ayakta dik pozisyonun yerçekimi kuvvetinin etkisiyle doğumun ilerlemesini sağladığı, böylece eylemin daha az ağırlı geçeceği fikrini savunmuştur (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Coşkun, 2012; Turan, Öztürk ve Kaya, 2010).

Uzman, ebe, hemşire, prenatal doğum terapisti ve doğum eğiticisi olan Pam England; doğumu bir sanat olarak görmüş, ailelere geçmiş “doğum hakkındaki deneyimleri, istekleri, korkuları ve gereksinimlerini resim çizerek rol- play yaparak veya maket kullanarak anlatmalarını istemiştir. Bütün bu tekniklerin temel amacı, doğum sürecinin pozitif geçmesini sağlamaktır (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Coşkun, 2012; Turan, Öztürk ve Kaya, 2010).

Solunum Teknikleri: Solunum teknikleri hakkında gebeyi bilgilendirip uygulamasını sağlaması anksiyete, korku, rahatsızlık ve ağrının azaltılmasında

oldukça etkili olacaktır. Bunun için en ideal zaman latent fazdır. Kadının dikkati solunum teknikleriyle ağrı anında değişik noktalara yöneltilir.

Solunum teknikleri doğru kullanıldığı takdirde annenin ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesini sağlar, utero-plasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar. Çeşitli solunum teknikleri vardır ve annenin gereksinimlerine göre uygulanabilir. Genellikle gevşeme ile birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır. Doğum ağrısıyla baş etmede Dick Read ve Lamaze olmak üzere iki önemli teknik kullanılmaktadır. Bunlardan Lamaze en yaygın kullanılan tekniktir.

Dick Read Metodu: Doğumun anatomisi ve fizyolojisi, gebelik hijyeni, relaksasyon teknikleri, solunum, egzersiz hareketleri hakkında gebenin eğitilmesini hedefler.

Lamaze Metodu: Pavlov' un şartlı cevap teorisine dayanmaktadır. Buna göre beynin bir bölümü üzerindeki stimülasyon belirli merkezleri uyarır. Kontraksiyonlar sırasında ağrıya ve korkuya cevap öğrenilebilir. Şartlı cevap durdurulabilir ya da pozitif bir şeyle yer değiştirebilir şeklinde bir felsefeye sahiptir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Coşkun, 2012).

Lamaze Solunum Modeli dört aşamada uygulanır. Bunlar:

İlk Düzey (Normal Solunum): Latent fazın başında uygulanır. Solunum sırasında sadece göğüs hareket eder. Burundan nefes alıp sıcak yemeği üfler gibi ağızdan nefes verilir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Coşkun, 2012).

İkinci Düzey (Yavaş-Derin Göğüs Solunumu): Aktif doğum eylemi başlayınca kadar kontraksiyonlarla baş etmeye yardımcı solunum tekniğidir. Her kontraksiyona normal solunumla başlanır. Nefes yine burundan alınır ağızdan verilir. Nefes alınırken de verilirken de yavaş davranılır, yaklaşık 5 saniyede alınır 5 saniyede verilir. Kontraksiyon biterken en son yine normal solunum yapılır (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Tournaire ve Theau- Yonneau, 2007).

Üçüncü Düzey (Hızlı Yüzeysel Solunum): Bu teknik sesli solunum olarak da adlandırılır. Yine kontraksiyonlarla beraber normal solunumla başlar. 'Ha. . ha. . ha. .' gibi gebenin sesli olarak ağızdan soluk alıp verme şeklidir. Kontraksiyon şiddeti artarken hızlanılır, yavaşlamaya başlarken yavaşlanır ve en son yine normal

solunumla bitirilir. Annenin ağızı kuruyabilir ağızının ıslatılması için biraz su verilmesinde ya da dudaklarının ıslatılmasında sakınca yoktur (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Tournaire ve Theau- Yonneau, 2007).

Dördüncü Düzey Solunum (Üfleme-Karın Solunumu): Geçiş aşamasında dilatasyon 8- 10 cm arasında yapılacak solunum şeklidir. Ancak ıkmmasının erken olması durumunda servikte ödem ve laserasyonların fazla olmasına neden olacaktır. Bu teknikle, karın solunumu yaptırmaya çalışılacaktır. Gebenin uygulamasını sağlamak diğer şekillere göre daha zordur. Ancak etkin bir şekilde yapılırsa ağrıyla baş etmede çok yardımcı olacaktır. Aynı hızlı yüzeysel solunuma benzer ancak bunda yaklaşık 5-6 kere sesli olarak soluk alıp verdikten sonra mum üfler gibi bir nefes verip tekrar başa dönmek gerekir. Kontraksiyon şiddeti arttıkça soluk alıp verme sayısı düşülür. Aynı şekilde devam edilir ve kontraksiyon biterken yine normal solunumla sonlandırılır. Bir el karnın üzerine konularak uygulanan tekniğin doğruluğu kontrol edilmelidir. Göğüs değil karın hareket etmelidir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Tournaire ve Theau- Yonneau, 2007).

Bradley Metodu: Herşey 1950'lerde, babalara bebeklerinin doğumunda nasıl aktif rol alabileceklerini, doğum esnasında ilaç veya anestezi almamış eşlerine ne şekilde koçluk edebileceklerini öğretmek hedefiyle başlamış; babaların doğumdan yalıtılmış bir vaziyette, bekleme odalarında tutulduğu dönemin koşullarında sıra dışı konsept olmuştur. Doğum ortamının sessiz, sakin ve loş olması gerektiği konusunda görüş bildiren ilk otorite olan Bradley, bizzat katıldığı doğumlarda bu koşullarda gerçekleştirmiş, doğumu kendi zaman çizelgesine göre ilerlemesi gereken süreç olduğunu savunmuştur. Gebeleri, eşleri veya doğum destekçisini doğuma ilişkin planlamalar ve çevresel faktörler konusunda teşvik ederek ve gerektiğinde onlara danışmanlık hizmeti vererek medical model ile son ayrılığı olduğunu göstermiştir (Rathfisch, 2012).

Hipnoz: Hipnoz 19 yy. 'den itibaren doğum ağrısını azaltmak için kullanılmaktadır. Mongan Metodu olarak yer alır. Kadınlara korku ve endişelerden uzak; rahat ve doğal bir doğum deneyimi yaşamalarında yardımcı olmak amacıyla Hipnoterapist Mair "Mickey" Morgan tarafından gelişmiş ve uygulamaya başlanmıştır (Rathfisch, 2012). Günümüzde doğum ağrısı dönemini kısaltmak ve ağrıyı azaltmak amacıyla,

holistik uygulamacılar ve bebek bekleyen ebeveynler arasında hipnoza ilgi yeniden artmıştır. Hipnoz için doğum öncesi dönemde hazırlığa ihtiyaç vardır; burada diğer doğum eğitimlerine benzer gevşeme teknikleri vurgulanır. İnvaziv olmayan bir yöntem olup hekim istemine ihtiyaç yoktur. Obstetri dışında da yaygın olarak kullanılmaktadır. Hipnoz uygulaması doğumda ağrıyı ve endişeyi azaltmak ya da ortadan kaldırmak için Amerikan Tıp Birliği tarafından kabul edilen bir yöntemdir. Hipnoz derin konsantrasyon gerektiren farklı bir bilinç durumudur. İyi hipnoz olabilen bir kadın farkındalığını kaybetmeden doğum ağrısını tam kontrolü altına alabilir. Ağrı ortadan kalkmaz ancak kadının ağrı algılamasında değişiklik olur. Kadın ağrıyı hisseder fakat canı yanmaz. Kadın kontraksiyonlar arasındaki dinlenme süresini olduğundan daha uzun ve ağrılı bir periyodu olduğundan daha kısa hisseder (Öztürk ve Sevil, 2013; Şenel, 2005).

Hipnozun doğumun ilk evresini kısalttığı, daha iyi analjezi sağladığı, doğumu hoş ve doyum verici bir tecrübe haline getirdiği, doğum süresince korkuyu, gerilimi ve ağrıyı azalttığı ve ağrı eşiğini arttırdığı da belirtilmektedir (Şenel, 2005; Roberts ve ark., 2004).

Ayrıca doğum ağrısının azaltılması konusunda etkin ve diğerlerine oranla farmakolojik ajan ve ekipman gerektirmemesi, fetüs ve yenidoğan üzerinde olumsuz etkilere sahip olmaması gibi avantajları da vardır. Bu avantajlara rağmen yaygın bir şekilde uygulanmamasının nedeni ise; gebeliğin son aylarında anne adayını ile birlikte eğitim toplantıları gerektirmesi, hipnozun yapılabilmesi için bu konuda uzman bir kişiye gereksinim olması ve bazı uygulamalar da etkin sonuç alınamamasıdır (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Karaçam ve Akyüz, 2011; Coşkun ve ark., 2014).

Profesyonel bir kişiye ihtiyaç duyulması ve bazı insanlar üzerinde etkisiz olması dışında önemli dezavantajı yoktur. Doğum eyleminde hipnoz, özellikle solunumu öğretmesi ve öğrenmesi daha kolay teknik olduğundan etkili ve derin solunumla gevşeme sağlanarak hipnoz uygulandığında korku uzaklaştırır (Rathfisch, 2012).

Doğum ağrısını azaltmada ve doğumun ağrılı döneminde gebe kadının memnuniyetini arttırmada hipnoz umut verici bir yöntemdir. Hipnozun doğumun ilk evresini kısalttığı, daha iyi analjezi sağladığı ve doğumu hoş bir tecrübe haline

getirdiği gösterilmiş; hipnoz kullanılan kadınlarda doğumun daha doyum verici olduğuna inanılmıştır. Gerçek değerini ortaya koymak için daha fazla kapsamlı çalışma yapılması gerekmektedir. Zararlı etkilerinin olmaması ve gönüllülüğe dayandığı için sağlık profesyonelleri tarafından kullanımı konusunda gebeler cesaretlendirilmelidir (Yıldırım ve şahin, 2003; Aydın ve Turan ve Malkoç, 2015; Camann ve Alexander, 2008; Öztürk ve Sevil, 2013).

Biofeedback: Biofeedback, biyolojik geri bildirim olarak Türkçeye çevrilebilir. Biofeedback'te ana ilke; doğum eyleminde yaşanılan fizyolojik olaylar, servikal dilatasyon, kontraksiyonlar hakkında bilgi verilmesi, sürecin işleyişi ve yaşanılanı algılama konusuna dikkati yöneltmek ve ağrının daha az algılanması sağlamaktır. Hipnozdan başka kullanılan diğer gevşeme tekniğidir. Biofeedback müzik ve hayal etme ile kullanılarak destek verilir.Yöntem, bireyin bedensel farkındalığını artırmakta ve ruhsal olarak gerginlikten kurtulup rahatlanmasını sağlamaktadır. Hekim istemine ihtiyaç duyulmayan yöntemdir (Yıldırım ve şahin, 2003; Mamuk, 2008).

Müzik: Müzik insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır. İnsan yavrusu doğumdan önce annesinin uterusunda ses ve müzikle örtülü bir ortamda gelişirken, annesi aracılığıyla müzikten etkilenir. Doğum öncesi başlayan insan-müzik ilişkisi, doğumdan sonraki dönemde de gittikçe zenginleşir ve derinleşir. Müzik, doğumun ağrılı dönemde dikkat dağıtma yöntemi olarak kullanılır. Müzik, belirli ritm ve melodi gibi organize bileşenleri içeren işitsel bir uyarandır. Müzik terapisi; stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış değişikliği yaratma ve duygu durumunu değiştirmeyi, yaşam kalitesini geliştirmeyi, kendini ifade etme kabiliyetini artırmayı, rahatlamayı öğretmeyi, baş etme stratejilerine yardımcı olmayı ve normal bir çevre sağlamayı hedefler (Yıldırım ve Gürkan,2007).

Farklı müzik türlerinin eylemdeki gebelerin ağrı ve anksiyete düzeylerinde olumlu düşüş sağladığı, eylemin seyrini hızlandırdığı, ağrı toleransını, destek ve güçlülük durumunu, ritmik olarak nefes almayı, hareket etme durumunu artırdığı bilinmektedir (Simkin ve Boulding, 2004; Camann ve Alexander, 2008).

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 kadında huzur ve rahatlama duygusu yaratarak ağrının giderilmesinde, ayrıca ruhsal durumun tedavisinde de faydalı olabilmektedir (Yıldırım ve Gürkan, 2007).

Yapılan çalışmalar müziğin doğum sırasında kadınların anksiyetelerini, ağrı ve rahatsızlıklarını azalttığını göstermektedir. Müziğin tam etkisi bilinmemekle beraber gevşeme ya da dikkati başka yöne çekme ile etkisi olduğu düşünülmektedir. Kadını ağırlı uyaranlardan uzaklaştırıp endorfin salınımını artırarak gevşemeyi başlatır. Diğer bir mekanizma ise işitsel uyarının ağrıyı doğrudan doğruya baskıladığıdır. Ebeler/Hemşireler, müziğin terapötik amaçlı kullanımında savunucu, kolaylaştırıcı, katılımcı, araştırmacı ve eğitimci rollerini üstelenerek bu yöntemi geliştirmelidir (Gentz, 2001; Simkin ve Boulding, 2004).

Yoga: Yoga kökeni Hindistan'a dayanan çok eskiden beri kullanılan bir zihin-beden uygulamasıdır. Kelime anlamı olarak "bedenin, zihin ve ruh bütünleşmesi" demektir. Yoganın amacı vücut mekaniklerini, solunum tekniklerini, zihin kontrolünü, meditasyonu ve tefekkür uygulamalarını kullanarak duygusal, zihinsel, bedensel ve ruhsal boyutta denge yaratmaktadır (Curtis, Weinrib ve Katz, 2012; Eti Aslan ve Karadakovann, 2011).

Fiziksel gücü koruyarak, artırarak ve esnekliği sağlayarak doğumda annenin enerjisinin ve dayanıklılığının artmasını sağlar. Gebeliğe bağlı duruş bozuklukları en aza indirir. Solunum ve dolaşım sistemi ile karın kasları güçlenir bu sayede gebe doğum sırasında kontraksiyonları ve solunum kaslarını etkin kullanır. Gebenin gerginlik ve dengesizlik alanlarını belirleyerek vücut farkındalığı öğretir ve doğum sırasında ağrının yapmış olduğu rahatsızlığı gidermek için esneklik ve dinlenme yeteneğini artırır. Doğumun kolay ve hızlı olmasını sağlar. Bedensel ve zihinsel gerginlikten uzaklaştırır. Gebenin stresini, öfkesini azaltır daha sakin ve daha kontrollü daha huzurlu olmasını sağlar. Doğum sonrasında da annenin bebeği kabullenme sürecini hızlandırır (Curtis, Weinrib ve Katz, 2012; Eti Aslan ve Karadakovann, 2011).

Yoga, zihni sakinleştirir ve neokortikal stimülasyonu azaltır. Endorfin salgısını artırır. Uterusun çalışmasında yerçekimin etkisinin farkındalığını sağlar. Ağrı yönetimini kolaylaştırır. Doğum için uygun olan dik pozisyonlara bedeni

hazırlar. Bedenin iç görü ve içgüdüsünün farkındalığını sağlar. Doğum yapma konusunda öz güveni artırır. Kişinin konsantrasyon gücünü artırarak doğumda kasılmalar yerine nefesine odaklanmasını sağlar (Serçekuş ve İşbir, 2012).

Biyoenerji: Biyoenerji, vücudu bir bütün olarak ele alıp rahatsızlıkların şifasında kullanılmaktadır. Biyoenerji, evrende var olan enerji akımının özel teknikleri ile yoğunlaştırılarak biyoenerji seansı alan kişinin bedenine dokunulmadan aktarılmasıdır. Bozulmuş enerji akışını dengeleyen, hızlı bir şekilde onarılmasını sağlayan, yan etkisi olmayan bir uygulamadır. Yaşadığımız ortam, yaşam tarzımız ve öfke, korku, üzüntü duygular enerji dengemizi bozabilmektedir. Bu aşamada; ağrı, uykusuzluk, çarpıntı gibi şikâyetler görülmektedir. Biyoenerji seansları ile vücudumuzdaki biyoenerji dengesizlikleri tedavi edilmektedir (Erdoğan ve Çınar, 2011).

Reiki: Dünyada ve ülkemizde kullanımı çok fazla yaygın olamamasına rağmen, reikinin kullanımı son yıllarda artmıştır. Reiki “evrensel enerji” ya da “yaşam enerjisi” denilebilir. Reiki iki kelimeden oluşmaktadır: “Rei” ve “ki”, kısaca bu enerji ve şifadır. ‘Ki’, yaşam gücünü içeren bir enerjidir. Reiki ise evrensel enerjinin yanı sıra insanda 20 uyandırılmayı bekleyen ruhsal bilgelikle dolu bir yapıyı tarif eder. Reiki uygulamasıyla bireydeki enerji akışı dengelenmeye çalışılmakta ve uygulayıcı enerji noktalarına kendi enerjisini yollayarak iyileşmeyi sağlamaya çalışmaktadır. Reikinin temeli, bir enerji merkezinde blokaj veya tıkanıklık oluşması sırasında hastalık veya dengesizliğin meydana gelmesi esasına dayanmaktadır. Reikinin terapötik etkisiyle ilgili yapılan çalışmalarda ağrıyı hafiflettiği özellikle ameliyat sonrası ağrı ve kanser ağrısında etkili olduğu, anksiyete ve depresyonu azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı, yorgunluğu azalttığı ve kan basıncını ve nabzı düzenlediği görülmektedir (Erdoğan ve Çınar, 2011).

4.7.3. DOĞUMDA KULLANILAN POZİSYONLAR VE DOĞUM AĞRISINA ETKİSİ

Pozisyon değişiklikleri (oturma, yürüme, diz çökme, ayakta durma, uzanma, elleri ve dizleri üzeri üzerind durma, doğum topu kullanma vb.) rahim kaslarının etkin hale gelmesinde, doğum eyleminin eyleminin ilerlemesinde ve doğum ağrısının azalttığına inanılmaktadır. Pozisyon değişiklikleri aynı zamanda yerçekiminden yararlanmayı kolaylaştırır ve doğum kanalını oluşturan kemik kısımlarının (pelvis kemiğini) doğumun hızlanmasına yardımcı olacak şekilde gevşeyip açılmasına neden olmaktadır (Rathfisch, 2012).

Kadınlar doğum ağrısı sırasında pozisyonlarını sıklıkla değiştirmeye teşvik edilmelidir. Kadınlar başlangıçta pozisyon değiştirme önerisinde direnebilir ve rahatsız yeni pozisyon bulabilirler. Bir kadının pozisyon değiştirmesi için cesaretlendirirken, ebe kadına rahat olup olmadığına karar vermeden önce birkaç kontraksiyon boyunca yeni pozisyonda kalması önermelidir (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008).

Doğumun Birinci Evresinde Kullanılan Pozisyonlar ve Bu Pozisyonların Ağrıya

Etkisi: Doğum ağrısı genellikle evde başlar. Kontraksiyonlar arttıkça annenin fiziksel konforu, pozisyon değişimi ve hareketlilik derecesi etkilenir. Bu evrede;

Ayakta durma, kasılmalar sırasında ve kasılmalar arasında yer çekiminden yararlanmayı artırır. Kasılmaların daha etkili olmasını ve ağrının tolerasyonunu artırarak bebeğin pelvis açısıyla uyumlu pozisyon almasına yardımcı olur.

Yürüyerek, ayakta durduğu pozisyona destek verir, pelvisin eklem yerlerinden rahatça gevşemesini destekler. Sırt ağrısını hafifletir, FKA'daki yavaşlamaları azaltır. Yorucu olabilir gebe bu yönden yönlendirilmelidir.

Ayakta ve önde partnere, yatağa ya da doğum toplarına dayanarak öne doğru uzanma, gebelerde ayaktaki pozisyona göre dinlendiricidir, NST ile birlikte uygulanabilir. Çiftlerin yakınlığını geliştirir, gebe yalnız hissetmez.

Yavaşça dans etme, gebe partnerinin boynuna sarılır, başını kişinin göğsüne veya omzuna yaslar, partner gebenin gövdesini sarar, parmaklarını sırtın altına kilitleyerek destekler. Sırta yapılan basınç ve masaj sırtı rahatlatır, müzik ile kullanıldığında ritim kullanarak gevşemeye destek olunur, yürüme ile avantajlıdır.

Yanlara doğru germe hamleleri, ayakta düz bir sandalye karşısında bir ayak yerde bir ayak sandalyenin oturma yerinde diz ve ayak dışı doğru dönük iken, kasılam sırasında yüksekteki dize kalça yanlara doğru hareketlerle eğilerek gerilir, her hamlede beş saniye boyunca durularak hareket tekrarlanır. Bebeğin rotasyonunu destekler, pelvis alanını tek bir yönde (gerilen yerde) genişletir.

Dik Oturma, dinlenme anlarında destekler, NST rahatlıkla kullanılabilir.

Tuvalet ya da komod üzerine oturma, dik oturma ile aynı avantajlara sahiptir, perinenin gevşemesini ve ıkmayı destekler.

Yarı oturma, yatakta ise kolay pozisyonudur, yatağı ona göre ayarlanılır. Dik oturmayla aynı etkiye sahiptir.

El-diz pozisyonu, kullanılarak sırt ağrısını azaltmaya, doğum kanalına yanlış yerleşmiş bebeğin rotasyonuna yardımcı olur.

Pelvik sallanma, beden hareketlerine izin veren uygun pozisyonudur, Hemoroitler üzerindeki basıncı azaltır, vajinal muayeneye imkan verir.

Yan yatma, dinlenmek için uygun pozisyonudur, birçok tıbbi müdahaleye de uygundur. Artmış kan basıncın azalmasına yardımcı olur, yürüme ve dönüşümlü kullanıldığında doğumun ilerlemesine yardımcı olur, kasılmalar arasında gevşemeyi kolaylaştırır (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Coşkun, 2012; Coşkun ve diğerleri, 2014).

Doğumun İkinci Evresinde Kullanılan Pozisyonlar ve Bu Pozisyonların Ağrıya Etkisi: Bebeğin inişi tamamlanana ve bebeğin başı perineal bölgede taçlanma oluşturacak şekilde basınç yapana kadar pozisyon gebe rahatlığına göre yapılabilir.

Yarı yatış pozisyonu, bebeğin rahat ve kolay ilerlediği zamanlarda kullanılmaktadır.Bebek aşağıya doğru ilerlerken yapılan nefes alıp vermeler ile derin gevşemeyi destekler.Bu pozisyonu almak için kuyruk sokumunun hemen üstüne oturacak şekilde yatağa uzanılır ve baş, bel ve omuzlar yastıkla desteklenir.Yatağın başı 45 derecelik açı oluşturarak yükseltilir.Gebenin tolerasyon durumuna göre çömelme pozisyonuna rahat geçmek için yardımcı olarak pelvis kemiğinin eklem yerlerinden açılıp genişlemesini sağlar (Kömürçü ve Berkiten-Ergin, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Coşkun, 2012).

Yan yatış pozisyonu, dinlenmek için uygun pozisyonudur, birçok tıbbi müdahaleye de uygundur. Meditasyon ve gevşeme tekniklerini uygulamada genellikle tercih edilir.Ara ara üstte kalan bacak bebeğin vajinadan çıkışını etkilemeyecek şekilde hafifçe ve nazik hareketler uygulatarak veya yastık ile destek verilir.

Sıçramaya hazır kurbağa pozisyonu, çömelme pozisyonu olarakta bilinir. Gebelikte çömelme pozisyonu kullanan gebeler rahat uygular, egzersiz yapmayan gebelerde bacaklarda yorgunluğa neden olabileceğinden gebeye göre uygulanmalıdır. Çömelme esnasında kapı kolu, yatak kenarları, partner desteği ile yardımcı olunur. Kolların dışarıya yerleştirilip çömelerek ayak uçları ile bedeni dengeleyerek destekleyen pozisyon vajinal açıklığı genişletir, yer çekiminden yararlanmayı sağlayarak doğum yolunu kısaltır bedeninin alt kısmının basınç altında kalmasını engellenir.

Destekle çömelme pozisyon, kurbağa pozisyonunun faydalarını desteklemek amaçlı kullanılır. Kolları kullanarak bedeni desteklemek yerine doğumda bulunan kişi desteği olarak gerçekleşir.

Tuvalet üstünde/doğum taburesinde oturma: Collum dilatasyonun olduğu evrede ve bebeği ıkınarak aşağı doğru itmek için gebeleri rahatlatan pozisyonudur. Barsak hareketlerini yer çekimi etkisi ile doğal itici refleksleri uyarır, bacaklardan destek olarak yorgunluğun azalmasında etkilidir.

El diz pozisyonu-dört ayak duruş: Bebeğin doğum kanalına en uygun pozisyonda yerleşmesine yardımcı olur. Gebeler rahatlıkla uygulayabilir.

Destekle Ayakta Duruş: Bu pozisyonda doğuma destek olacak kişi sert bir yere sırtını dayar, gebe destekçi kişinin önüne geçerek sırtını destekçiye dayar. Destek olan kişi gebenin koltuk altından tutarak gebenin aşağı yukarı iniş çıkış hareketlerinin uygulamasını sağlar. Kadının koksiksi, bebeğin başı doğum kanalında rotasyonlarını gerçekleştirirken, pelvisin hacmini arttırmak için geriye doğru esnemektedir. Kadın dik pozisyonda olduğunda, pelvisteki eklemler serbestçe genişler, hareket eder ve bebeğin inen başına uyum sağlar.

Rebozo Tekniği: Meksika'da çok iyi tanınan Ebe Guadalupe Trueba tarafından geliştirilmiştir. Renkli süslemelerden oluşan şal kullanılarak gebenin karnının altından geçirilerek kalçaların üzerinden yukarı çekilerek kalçalar yukarı kaldırılır. Yatağa ya da doğum toplarına dayanarak öne doğru uzanma pozisyonunda iken karın bölgesinden geçirilerek hafif tirememe hareketleri yapılarak masaj yapıyormuş gibi etki bırakır. Bebeğin uygun olmayan pozisyonunu değiştirip yeniden doğum kanalına uygun pozisyonla yerleşmesinde yardımcı olur (Kömürcü ve Berkiten-Ergin, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Coşkun, 2012; Rathfisch, 2012).

Alexander Tekniği: Doğum eyleminde pelvis kaslarının ve eklemlerinin genişleyerek bebeğin doğum kanalından daha kolay geçmesine yardımcı olmasıdır. Ayrıca serviksin daha hızlı açılmasına da etkisi olduğu iddia edilmektedir. Anne adayını bu teknik sayesinde doğuma konsantre olabilmekte ve düzenli ıkmalar ile daha ağrısız ve hızlı bir şekilde doğum eylemini tamamlayabilmektedir. (Crade R. ve Tüzel Akal Ö,2011)

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma ebelik öğrencilerinin doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi, tutum, davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma deneysel olmayan araştırma yöntemlerinden biri olan tanımlayıcı nitlikte bir araştırmadır.

5.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Ebelik öğrencilerinin doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
2. Ebelik öğrencilerinin doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin tutum ve davranışları nelerdir?
3. Ebelik öğrencilerinin doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyleri ile tutum, davranışlar ve okunulan sınıflar arasında fark var mı?

5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma İstanbul il merkezinde bulunan bir vakıf üniversitesinin ebelik 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri ile gerçekleştirildi.

5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini ebelik bölümünde 1., 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenimlerine devam etmekte olan 80 öğrencisi oluşturdu.

5. 6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini 15.11.2017-30.11.2017 tarihleri arasında ilgili bölümde 2., 3., 4. sınıflarda okuyan, örnekleme alınma kriterlerini karşılayan öğrenci ebeler oluşturdu.

Örnekleme alınma kriterleri;

- Ebelik bölümünün 2., 3. ve 4. sınıfında okuyor olmak,
- Temel ilke ve uygulamalar dersini almış olmak,
- Klinik uygulamaya çıkmış olmak,
- Araştırmaya katılma konusunda istekli olmak olarak belirlendi.

Buna göre araştırmanın örneklemini 25'si 2. sınıfta, 16'si 3. sınıfta ve 19'si 4. sınıfta öğrenimlerine devam etmekte olan 60 ebelik öğrencisi oluşturdu.

5. 7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yapılacağı Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nden gerekli izinler alındı (Ek 2, Ek 4). Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılarak elde edildi.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere araştırmanın amacı, değerlendirme sonunda elde edilen verilerin gizli kalacağı, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri, kimlik bilgilerinin alınmayacağı ve araştırma verilerinin kimseyle paylaşılmayacağı açıklandı ve bilgilendirilmiş gönüllü olurları alındı.

5. 8. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler 15.11.2017-30.11.2017 tarihleri arasında, araştırmanın amacı, kapsamı ve süresi açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenci ebelerden anket yöntemiyle elde edildi. Anketin doldurulması yaklaşık 10-15 dakikalık bir süre içinde tamamlandı.

5. 9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak Öğrenci Bilgi Formu ve Doğum Ağrısı Yönteminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Değerlendirme Formu kullanıldı.

1. Öğrenci Bilgi Formu: Öğrenci Bilgi Formu öğrencilerin sosyo- demografik özellikleri (yaş, sınıfı, aile yapısı, çalışma durumu, eğitim şekli, mezun olunan lise), çalışma durumu ve doğum ağrısı yönteminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi alma durumunu içeren 13 sorulardan oluşmaktadır.

2. Doğum Ağrısı Yönteminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Değerlendirme Formu: Araştırmacılar tarafından konu ile ilgili kaynaklardan yararlanılarak hazırlandı. Doğum ağrısı yönteminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin değerlendirme formu ‘Evet- Hayır’ şeklinde cevaplanan A bölümü ve ‘Doğru-Yanlış’ şeklinde cevaplanan B bölümünden oluşmaktadır. A ve B bölümü tutum ve davranışları belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Ankette doğru cevaplanan her bir ifadeye 1 puan, yanlış cevaplanan her ifadeye ise 0 puan verildi. Ankette A bölümünün şıklarından 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19 şıklara ‘Evet’ cevabı, 6, 7,11,16. şıklara ‘Hayır’ cevabı verildi ise, B bölümünün şıklarından 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16. şıklara ‘Doğru’ cevabı, 3, 15, 17. şıklara ‘Yanlış’ cevabı verildi ise doğru olarak kabul edildi.

Doğum Ağrısı Yönteminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Değerlendirme Formu’ndan minimum 0 puan, maksimum toplam puan 31’dir. Anket puanının artması bilgi düzeyinin arttığı şeklinde yorumlandı.

5. 10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen veriler SPSS 22 (Statistical Program For Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Veriler değerlendirilirken, Frekans dağılımı, Kruskal Wallis, Mann Whitney U Testleri kullanıldı.



6.BULGULAR

Öğrenci ebelerin doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve farkındalıklarının artırılması amacıyla yapılan araştırma kapsamında, 60 öğrenci ebe ile görüşülmüş ve elde edilen bulgular 4 başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. Öğrenci ebelerin sosyo-demografik özellikleri
2. Öğrenci ebelerin doğum ağrısı yönetimine ilişkin özellikleri
3. Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formuna ilişkin bulgular
4. Öğrenci ebelerin önemli sosyo-demografik ve doğum ağrısı yönetimine ilişkin özelliklerinin doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanlarına göre karşılaştırılması

6.1.EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin yaş, eğitim gördüğü sınıf, aile yapısı, çalışma durumu, eğitim şekli ve mezun olduğu lise türü değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 1’de verildi.

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=60)

Özellik	Kategori	n	%
Yaş	18-19	11	18,3
	20-21	21	35,0
	22-23	18	30,0
	24 ve üzeri	10	16,7
Eğitim Gördüğü Sınıf	2. sınıf	25	41,7
	3. sınıf	16	26,7
	4. sınıf	19	31,7
Aile Yapısı	Çekirdek aile	50	83,3
	Geniş aile	10	16,7

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (devam)

Özellik	Kategori	n	%
Çalışma Durumu	Evet	3	5,0
	Hayır	57	95,0
Eğitim Şekli	Burslu	1	1,7
	Ücretli	59	98,3
Mezun Olduğu Lise Türü	Düz Lise	58	96,7
	Sağlık Meslek Lisesi	2	3,3

Öğrenci ebelerin yaş grubuna göre dağılımları incelendiğinde, öğrencilerin %18,3'ünün (n=11) 18-19, %35'inin (n=21) 20-21, %30'unun (n=18) 22-23, %16,7'sinin (10) ise 24 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin eğitim gördüğü sınıfa göre dağılımları incelendiğinde, öğrencilerin %41,7'sinin (n=25) 2. sınıfta, %26,7'sinin (n=16) 3. sınıfta, %31,7'sinin (n=19) ise 4. sınıfta eğitim gördüğü belirlendi.

Öğrenci ebelerin %83,3'ünün (n=50) ailesinin çekirdek aile, %16,7'sinin (n=10) ailesinin ise geniş aile olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin yalnızca %5'inin (n=3) çalıştığı tespit edildi. Buna karşın öğrencilerin %95 (n=57) oran ile büyük çoğunluğunun çalışmadığı görüldü.

Öğrenci ebelerin %98,3 (n=59) ile tamamına yakınının ücretli eğitim gördüğü belirlendi. Buna karşın burslu eğitim gören öğrencilerin oranının %1,7 (n=1) olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin mezun olduğu lise türüne göre dağılımları incelendiğinde, öğrencilerin %96,7'sinin (n=58) düz lise, %3,3'ünün (n=2) ise sağlık meslek lisesi mezunu olduğu saptandı.

6.2. EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi alma durumu, bilgi alınan yer, doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgisi olma durumu, doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi alınan yer, bildiği yöntemler, bildiği yöntemleri bir gebeye uygulama durumu ve hangi yöntemi uyguladığı değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri tablo 2’de verildi.

Öğrenci ebelerin %63,3’ünün (n=38) daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi aldığı tespit edildi. Buna göre, öğrencilerin %56,7’sinin (n=34) şu an okuduğu okuldan, %3,3’ünün (n=2) internetten, %3,3’ünün (n=2) ise çalıştığı hastaneden doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi aldığı saptandı.

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin %70’inin (n=42) doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgisi olduğu belirlendi. Buna göre öğrencilerin %3,3’ünün (n=2) mezun olduğu okuldan, %63,3’ünün (n=38) şu an okuduğu okuldan, %1,7’sinin (n=1) kongre, seminer gibi bilimsel faaliyetlerden, %41,7’sinin (n=25) çalıştığı/staj yaptığı hastaneden, %1,7’sinin (n=1) bir hekimden, %43,3’ünün (n=26) bir ebeden, %13,3’ünün (n=8) bir hemşireden, %5’inin (n=3) kitap ve dergilerden, %35’inin (n=21) bilimsel yayınlardan, %41,7’sinin (n=25) ise internet ve sosyal ağlardan doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi aldığı tespit edildi.

Öğrenci ebelerin bildiği doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler incelendiğinde, öğrencilerin sırasıyla en çok masaj (n=47), hareket ve pozisyon değişikliği (n=43) ve terapötik dokunma (n=33) yöntemlerini bildiği, en az ise aromaterapi (n=1), sofroloji (n=2), acupressure (n=2) ve fitoterapi (n=2) yöntemlerini bildiği saptandı. Öğrencilerin %43,3’ünün (n=26) bildiği bu yöntemleri daha önce bir gebeye uyguladığı belirlendi. Buna göre öğrencilerin en çok uyguladığı yöntemler sırasıyla hareket ve pozisyon değişiklikleri (n=25), masaj (n=24) ve dikkat odaklama (n=20) olarak saptandı.

Tablo 2. Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=60)

Özellik	Kategori	n	%
Daha Önce Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Bilgi Alma	Evet	38	63,3
	Hayır	22	36,7
Daha Önce Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Bilgi Alınan Yer	Şu an okuduğum okuldan	34	56,7
	İnternet	2	3,3
	Çalıştığım hastane	2	3,3
Doğum Ağrısında Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler Hakkında Bilgisi Olma	Evet	42	70,0
	Hayır	18	30,0
Doğum Ağrısında Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler Hakkında Bilgi Alınan Yer	Mezun olduğum okul	2	3,3
	Şu an okuduğum okul	38	63,3
	Bilimsel Faaliyetler (Kongre vb.)	1	1,7
	Çalıştığım/staj yaptığım hastane	25	41,7
	Hekim	1	1,7
	Ebe	26	43,3
	Hemşire	8	13,3
	Kitaplar/Dergiler	3	5,0
	Bilimsel Yayınlar	21	35,0
	İnternet/Sosyal ağlar	25	41,7
Bildiği Yöntemler	Masaj	47	78,3
	Terapötik Dokunma	33	55,0
	Sakruma Bası Uygulamak	32	53,3
	Sıcak ve Soğuk Uygulamalar	32	53,3
	Hidroterapi	10	16,7
	Dikkat Odaklama	28	46,7
	Dikkat dağıtma	27	45,0
	Geribildirimle Gevşeme	15	25,0
	Solunum Teknikleri	28	46,7
	Hipnoz	7	11,7
	Müzik	32	53,3
Su Terapileri/Suda Havuzu	7	11,7	
Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı	3	5,0	

			Hayal etme	15	25,0
Tablo 2. Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (devam)					
Özellik			Kategori	n	%
			Yoga	6	10,0
			Biyolojik geri bildirim	3	5,0
			Aromaterapi	1	1,7
			Fitoterapi	2	3,3
			Doğum Öncesi Eğitim	31	51,7
			Acupressure	2	3,3
			Akupunktur	6	10,0
			Sofroloji	2	3,3
			Hareket ve Pozisyon değişiklikleri	43	71,7
Bildiği Yöntemleri Bir Gebeye Uygulama Durumu		Evet		26	43,3
		Hayır		33	55,0
Uyguladığı Yöntem		Masaj		24	40,0
		Terapötik Dokunma		18	30,0
		Sakruma Bası Uygulamak		19	31,7
		Sıcak ve Soğuk Uygulamalar		15	25,0
		Hidroterapi		0	-
		Dikkat Odaklama		20	33,3
		Dikkat dağıtma		17	28,3
		Geribildirimle Gevşeme		5	8,3
		Solunum Teknikleri		8	13,3
		Hipnoz		0	-
		Müzik		19	31,7
		Su Terapileri/Suda Havuzu		0	-
		Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı		0	-
		Hayal etme		9	15,0
		Yoga		0	-
		Biyolojik geri bildirim		0	-
		Aromaterapi		0	-
	Fitoterapi		0	-	
	Doğum Öncesi Eğitim		1	1,7	

6.3.DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formuna ilişkin bulgulara yer verildi.

6.3.1. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formuna Verilen Yanıtların Dağılımı

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu *Tutum* ve *Davranış* boyutu maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3 ve 4’de verildi. İlgili tablolarda doğru yanıtlar koyu renk ile belirtildi.

Öğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu *Tutum* boyutuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, öğrencilerin tamamının “18. *Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması gebenin sağlık çalışanına güvenini artırır*” (n=60) maddesine doğru yanıt verdikleri saptandı. Bu maddeyi sırasıyla “15. *Doğumun evrelerine göre uygun nonfarmakolojik yöntemler gebenin onayı ile uygulanmalıdır*” (n=59) ve “12. *Doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler gebenin rahatlamasını sağlar*” (n=58) maddelerinin izlediği tespit edildi.

Buna karşın en çok hatalı yanıt verdikleri madde “16. *Doğum ağrısında kullanılan yöntemin kayıt altına alınmasına gerek yoktur*” (n=49) maddesi olarak bulundu. Öğrencilerin en çok hatalı yanıt verdikleri diğer maddeler ise sırasıyla

“1. *Doğum ağrısının fizyolojisi hakkında eğitim aldım*” (n=44) ve “2. *Doğum ağrısı yönetimine ilişkin ağrı teorileri hakkında bilgim var*” (n=44) maddeleri olarak bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Tutum Boyutu Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=60)

Tutum Boyutu Maddeleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
1. Doğum ağrısının fizyolojisi hakkında eğitim aldım.	44	73,3	16	26,7
2. Doğum ağrısı yönetimine ilişkin ağrı teorileri hakkında bilgim var.	44	73,3	16	26,7
3. Doğum Ağrısını değerlendirme hakkında bilgim var.	42	70,0	18	30,0
4. Doğum Ağrısının doğum eylemi üzerine etkisi hakkında eğitim aldım.	41	68,3	19	31,7
5. Doğum Ağrısı yönetiminde doğum ağrısı kontrolü önemlidir.	53	88,3	7	11,7
6. Kullanılan yöntemler doğum ağrısına etkili değildir. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntem kullanılmasına gerek yoktur.	10	16,7	50	83,3
7. Doğum ağrısını azaltmak için kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri eğitimsiz herkes uygulayabilir.	17	28,3	43	71,7
8. Doğum ağrısını azaltmak için kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri eğitim almış herkes uygulayabilir.	40	66,7	20	33,3
9. Uygulama şekli benzer ya da farklı nonfarmakolojik yöntemler vardır.	55	91,7	5	8,3
10. Her gebenin ihtiyacına yönelik farklı yöntemler uygulanabilir.	54	90,0	6	10,0
11. Doğum ağrısında bir yöntemle başlanıp o yöntemle bitirilir. Başka yönleme gerek yoktur.	35	58,3	25	41,7
12. Doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler gebenin rahatlmasını sağlar.	58	96,7	2	3,3
13. Gebeye nonfarmakolojik yöntemler dahilinde eğitim verilmesi kişinin eyleme katılması yönünde olumlu etkiler.	56	93,3	4	6,7
14. Gevşeme yönteminde; Biofeedback, hareket/pozisyon, hipnoz, akupunktur, akupress müzik, sofroloji, haptonomi ve ses çıkarma metodları yer alır.	56	93,3	4	6,7
15. Doğumun evrelerine göre uygun nonfarmakolojik yöntemler gebenin onayı ile uygulanmalıdır.	59	98,3	1	1,7
16. Doğum ağrısında kullanılan yöntemin kayıt altına	49	81,7	11	18,3

alınmasına gerek yoktur.				
17. Solunum teknikleri 4 Düzey solunum uygulatılarak gerçekleştir.	57	95,0	3	5,0
18. Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması gebenin sağlık çalışanına güvenini artırır.	60	100	0	-
19. Tensel Uygulama Yöntemleri; TENS, İntradermal sıvı enjeksiyonu, yüzeysel sıcak-soğuk uygulama, hidroterapi/banyo/duş, masaj, aromaterapi ile gerçekleştir.	55	91,7	5	8,3

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu *Davranış* boyutuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, öğrencilerin en çok “1. Bu konu ekip işidir. Uygulama yapmadan önce eğitim almak gerekmektedir” (n=59), “7. Nonfarmakolojik yöntem konusunda doğum yapacak gebeye ve ailesine öncesinde bilgi veririm” (n=59) ve “17. Doğum salonlarında bu uygulamalar yer almıyor, gerek duymuyorum” (n=59) maddelerine doğru yanıt verdikleri belirlendi.

Buna karşın en çok hatalı yanıt verdikleri madde “16. Yapılan her uygulamayı kayıt altına alır, diğer ekip üyeleri ile sonuçları paylaşıyorum” (n=55) maddesi olarak bulunurken, bu maddeyi sırasıyla “3. Yöntem uygulayabilecek fırsatım olduğunda kendi kendime uygulamayı başlatırım” (n=51) ve “15. Yöntemleri uygulayabilecek yeterli bilgiye sahip olmadığımı düşünüyorum” (n=49) maddelerinin izlediği tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Davranış Boyutu Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=60)

Davranış Boyutu Maddeleri	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
1. Bu konu ekip işidir. Uygulama yapmadan önce eğitim almak gerekmektedir.	59	98,3	1	1,7
2. Bu konu ilgimi çekmiyor, bir şey yapmak istemem.	10	16,7	50	83,3
3. Yöntem uygulayabilecek fırsatım olduğunda kendi kendime uygulamayı başlatırım.	51	85,0	9	15,0
4. Yöntemlerle ilgili eğitmenime danışırım.	55	91,7	5	8,3
5. Ortamın durumunu dikkate alarak yöntemi gebeye göre seçerim.	52	86,7	8	13,3
6. Birçok yöntemi bir arada kullanabilirim.	54	90,0	6	10,0
7. Nonfarmakolojik yöntem konusunda doğum yapacak gebeye ve ailesine öncesinde bilgi veririm.	59	98,3	1	1,7
8. Yöntem konusunda başarısız olduğumda eğitmenimin yardımını alarak eksik yönlerimi tamamlaya çalışırım.	57	95,0	3	5,0
9. Kullanılan yöntemin etkili olup olmadığını ağrı skalası kullanarak sorgularım.	52	86,7	8	13,3
10. Kullanılan yöntemin etkisini gördüğümde yöntemi uygulamaya devam ederim.	52	86,7	8	13,3
11. Yöntemleri uygularken gebenin ailesini de dahil ederim.	48	80,0	12	20,0
12. Bu yöntemlerin uygulanması için eğitim sınıflarının artırılmasında fayda vardır.	52	86,7	8	13,3
13. Bu yöntemlerin nasıl uygulandığını okulda öğretilmelidir.	50	83,3	10	16,7
14. Doğum salonlarında yöntemleri uygulayacak fiziksel ortam ayarlanmalıdır.	56	93,3	4	6,7
15. Yöntemleri uygulayabilecek yeterli bilgiye sahip olmadığımı düşünüyorum.	49	81,7	11	18,3
16. Yapılan her uygulamayı kayıt altına alır, diğer ekip üyeleri ile sonuçları paylaşıyorum.	55	91,7	5	8,3
17. Doğum salonlarında bu uygulamalar yer almıyor, gerek duymuyorum.	1	1,7	59	98,3

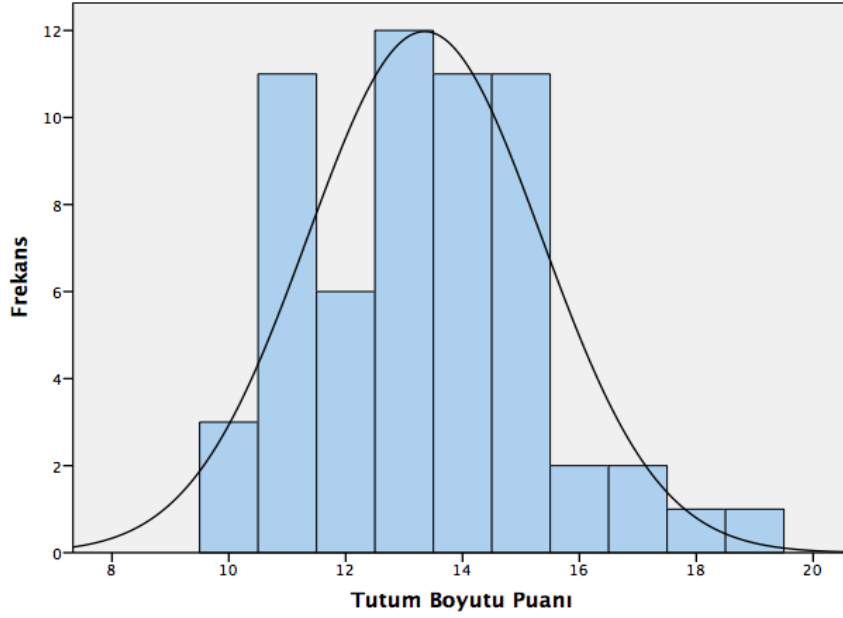
6.3.2. Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Dağılımı

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanlarının dağılımı Tablo 5’de verildi. Öğrenci ebelerin doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu; *Tutum* alt boyutu puanlarının 10 ile 19 arasında değiştiği ve puan ortalamasının $13,35 \pm 1,999$ olduğu, *Davranış* alt boyutu puanlarının ise 0 ile 17 arasında değiştiği ve puan ortalamasının $13,00 \pm 1,426$ olduğu tespit edildi (Tablo 5).

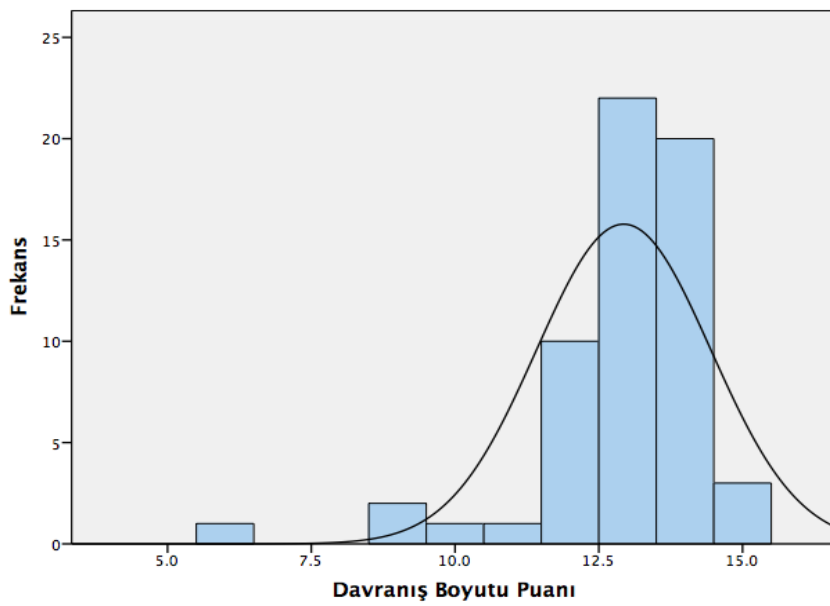
Tablo 5. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Dağılımı (N=60)

Boyut	Potansiyel Dağılım	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Maks
Tutum Boyutu	0-19	13,35	1,999	10	19
Davranış Boyutu	0-17	13,00	1,426	6	15

Şekil 1. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Tutum Boyutu Puanlarının Dağılımı (N=60)



Şekil 2. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Davranış Boyutu Puanlarının Dağılımı (N=60)



6.3.3. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanları Arasındaki İlişki

Öğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları arasındaki ilişki Tablo 6'da verildi. Analiz sonuçlarına göre, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu tutum ve davranış boyutu puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanları Arasındaki İlişki (N=60)

	Davranış Boyutu	
	r_s	p
Tutum Boyutu	-0,012	0,926

r_s : Spearman's korelasyon katsayısı

6.4.EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖNEMLİ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE DOĞUM AĞRISINDA KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

6.4.1. Öğrenci Ebelerin Önemli Sosyo-Demografik ve Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Özelliklerinin, Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin önemli sosyo-demografik ve doğum ağrısı yönetimine ilişkin özellikleri, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanlarına göre karşılaştırıldı.

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrencilerin yaş grubuna göre karşılaştırıldığında *Davranış* alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre, 18-19, 22-23 ve 24 yaş ve üzeri öğrenci ebelerin *Davranış* alt boyutu puanlarının (sırasıyla $13,45 \pm 0,688$; $13,22 \pm 1,263$ ve $13,40 \pm 0,699$), 20-21 yaş grubundaki öğrenci ebelerin puanlarına ($12,19 \pm 2,015$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 7).

Tablo 7. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması (N=60)

	Yaş Grubu	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kwu}	p
Tutum Boyutu	18-19	11	14,55	2,067	5,935	0,115
	20-21	21	13,05	2,012		
	22-23	18	13,06	1,955		
	24 ve üzeri	10	13,20	1,751		
Davranış boyutu	^a 18-19	11	13,45 ^(b)	0,688	8,803	0,032
	^b 20-21	21	12,19	2,015		
	^c 22-23	18	13,22 ^(b)	1,263		
	^d 24 ve üzeri	10	13,40 ^(b)	0,699		

X^2_{kw} : Kruskal-Wallis Testi

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıfa göre karşılaştırıldığında *Tutum* alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre, 2. sınıfta öğrenim gören öğrenci ebelerin *Tutum* alt boyutu puanları ($14,24 \pm 2,368$), 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin puanlarına ($12,47 \pm 1,124$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 8).

Tablo 8. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Öğrenim Gördüğü Sınıfa Göre Karşılaştırılması (N=60)

	Sınıf	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kwu}	p
Tutum Boyutu	^a 2. sınıf	25	14,24 ^(c)	2,368	9,385	0,009
	^b 3. sınıf		13,00			

	4. sınıf	19	12,47	1,124		
Davranış Boyutu	2. sınıf	25	12,68	1,952	2,056	0,358
	3. sınıf	16	12,81	1,377		
	4. sınıf	19	13,37	0,761		

X^2_{kw} : Kruskal-Wallis Testi

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrenci ebelerin aile yapısına göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Aile Yapısına Göre Karşılaştırılması (N=60)

	Aile Yapısı	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Tutum Boyutu	Çekirdek aile	50	13,30	2,033	-0,533	0,594
	Geniş aile	10	13,60	1,897		
Davranış Boyutu	Çekirdek aile	50	13,02	1,270	-0,478	0,632
	Geniş aile	10	12,50	2,461		

Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrenci ebelerin çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=60)

	Çalışma Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Tutum Boyutu	Evet	3	13,00	1,732	-0,224	-1,227
	Hayır	57	13,37	2,023		
Davranış Boyutu	Evet	3	12,00	1,732	0,848	0,262
	Hayır	57	12,98	1,506		

Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrenci ebelerin mezun olduğu lise türüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Mezun Olduğu Lise Türüne Göre Karşılaştırılması (N=60)

	Mezun Lise	Olduğu	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Tutum Boyutu	Düz Lise		58	13,38	2,007	-0,585	0,598
	Sağlık Lisesi	Meslek	2	12,50	2,121		
Davranış Boyutu	Düz Lise		58	12,90	1,530	-1,468	0,191
	Sağlık Lisesi	Meslek	2	14,00	0,000		

Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrencilerin daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında *Tutum* alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre, daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi almayan öğrenci ebelerin *Tutum* alt boyutu puanları ($14,36 \pm 2,441$), daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi alan öğrencilerin puanlarına ($12,76 \pm 1,422$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 12).

Tablo 12. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Daha Önce Doğum Ağrısı Yönetimine İlişkin Bilgi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=60)

	Daha Önce Doğum Ağrısı Yönetimine	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
--	--------------------------------------	---	-----------	----------	-----------	---

İlişkin Bilgi Alma						
Tutum Boyutu	Evet	38	12,76	1,422	-2,862	0,004
	Hayır	22	14,36	2,441		
Davranış Boyutu	Evet	38	13,26	1,083	-1,939	0,053
	Hayır	22	12,36	1,965		

Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrencilerin doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgisi olma durumuna göre karşılaştırıldığında *Tutum* alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Değerlendirme sonuçlarına göre, doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgisi olmayan öğrenci ebelerin *Tutum* alt boyutu puanları ($14,61 \pm 2,279$), doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgisi olan öğrencilerin puanlarına ($12,81 \pm 1,612$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 13).

Tablo 13. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Doğum Ağrısında Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler Hakkında Bilgisi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=60)

		Doğum Ağrısında Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler Hakkında Bilgisi Olma Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Tutum Boyutu	Evet		42	12,81	1,612	-3,320	0,001
	Hayır		18	14,61	2,279		
Davranış Boyutu	Evet		42	13,17	1,248	-1,802	0,072
	Hayır		18	12,39	1,944		

Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrencilerin bildiği yöntemleri bir gebeye

uygulama durumuna göre karşılaştırıldığında *Tutum* alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Analiz sonuçlarına göre, bildiği yöntemleri bir gebeye uygulamayan öğrenci ebelerin *Tutum* alt boyutu puanları ($14,21 \pm 2,103$), bildiği yöntemleri bir gebeye uygulayan öğrencilerin puanlarına ($12,27 \pm 1,251$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Puanlarının Öğrenci Ebelerin Bildiği Yöntemleri Bir Gebeye Uygulama Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=60)

	Bildiği Bir Uygulama Durumu	Yöntemleri Gebeye	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Tutum Boyutu	Evet		26	12,27	1,251	-3,908	0,000
	Hayır		33	14,21	2,103		
Davranış Boyutu	Evet		26	13,35	0,797	-1,633	0,103
	Hayır		33	12,58	1,855		

Z_{mwu} : Mann-Whitney U Testi

7. TARTIŞMA

Öğrenci ebelerin doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve farkındalıklarının artırılması amacıyla yapılan araştırma kapsamında, 60 öğrenci ebe ile görüşülmüş ve elde edilen bulgular 3 başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. Öğrenci ebelerin sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesi
2. Öğrenci ebelerin doğum ağrısı yönetimine ilişkin özelliklerinin tartışılması
3. Öğrenci ebelerin önemli sosyo-demografik ve doğum ağrısı yönetimine ilişkin özelliklerinin doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanlarına göre karşılaştırılması

Konu ile ilgili ebelik öğrencilerine ait çalışmalar sınırlı olduğundan bulgular yer yer hemşirelerde ve ebelerde yapılan araştırmalar ile tartışılmıştır.

7.1. ÖĞRENCİ EBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin sosyo demografik özelliklerine bakıldığında %18,3'ünün (n=11) 18-19, %35'inin (n=21) 20-21, %30'unun (n=18) 22-23, %16,7'sinin (10) ise 24 ve üzeri yaş grubunda olduğu, %41,7'sinin (n=25), 2. sınıfta, %26,7' sinin (n=16) 3. sınıfta, %31,7'sinin (n=19) 4. sınıfta eğitim gördüğü, %96,7'sinin (n=58) düz lise, %3,3'ünün (n=2) ise sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, %95' nin (n=57) herhangi bir işte çalışmadığı %5'inin (n=3) ise iş hayatına atıldığı tespit edildi (Tablo 1). Yine aynı tabloda %83,3'ünün (n=50) çekirdek aile, 16,7'sinin (n=10) ise geniş aile tipinde olduğu tespit edildi (Tablo 1). Literatürde aile tipinin nonfarmakolojik yöntemler veya geleneksel yöntemlerin kullanılmasında önemli bir faktör olduğundan bahsedilmektedir. Geniş aile birden fazla kuşağın ve akrabalık ilişkilerinin yaşadığı, aynı sofranın paylaşıldığı, ekonomik durum olarak düşük düzeyde olan oldukça kalabalık bir aile biçimidir. Bu aile tipinde kararlar daha çok aile büyükleri tarafından alınmaktadır. Kadınların bu aile tipindeki rolleri genellikle ev işleri ve

çocuk bakımı gibi konulardır. Hatta bu konular da aile büyüklerinin gözetiminde gerçekleşir. Geniş aile tiplerinde geleneksel yöntemlere, örf adetlere bağlılık daha yüksek olduğu için hamilelik ve doğum süreci de buna göre şekillenmektedir. Gebenin hamilelik boyunca nasıl besleneceğinden, neleri yapmaması gerektiği, doğumu nasıl yapacağı ve kim tarafından yaptırılacağına kadar birçok konu aile büyüklerinin öğretileri ile gerçekleşir. Bu aile tiplerinin doğum ağrısını azaltmak ve doğumu kolaylaştırmak için tercih ettiği yöntemler; ebenin doğum yapacak kadının karnını ovalaması, sakruma baskı uygulaması, doğum yapacak kadını gezdirmesi, perineyi genişletmek için zeytinyağı kullanması, doğum ağrıları başladığı zaman kadın ile beraber dua etmesi, tereyağı pekmez karışımı, süt veya dut suyu karışımının gebeye içirilmesi, doğum yapar yapmaz kanamanın azalması için gebenin höllük (elenmiş kum) üzerine yatırılması, çay ve şerbet içirilmesi, doğum korkuları olan kadına dua okumasının söylenmesi, sancılar sıklaştığında ıkınması gerektiği konusunda uyarılarda bulunulmasıdır (Yıldırım ve Ağapınar, 2011).

7.2. ÖĞRENCİ EBELERİN DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmamıza göre ebelik öğrencilerinin %63.3'ünün (n=38) doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgisinin olduğu ve bu bilgiyi %56,7' sinin (n=34) şu an okuduğu okuldan aldığı tespit edildi. Ankete katılan ebelik öğrencileri % 43.3'ü (n=26) nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgisinin olduğunu ve bu yöntemlerden en az bir tanesini en az bir gebeye uyguladığını bildirdi. Bu yöntemlerden %41,7 (n=25) ile hareket ve pozisyon değişiklikleri, %40 (n=24) ile masaj, % 33'3 ile dikkat odaklama (n=20), %31.7 (n=19) ile müzik dinleme, %28,3 (n=17) ile dikkat dağıtma, %15 ile hayal etme yöntemleri kullanılırken, hidroterapi, hipnoz, su terapisi, deri altı elektrik sinir uyarımı, yoga, biyolojik geri bildirim, aromaterapi, fitoterapi yöntemlerinin hiç kullanılmadığı saptandı (Tablo 2). Aydın, Turan ve Malkoç'un (2017) çalışmasına göre öğrencilerin %86.1'inin non-farmakolojik yöntemler hakkında bilgi sahibi olduğu ve bu konuda %50'sinin üniversite öğreniminden bu bilgiyi aldığı, en çok bildikleri yöntemlerin %77,8 ile solunum teknikleri, %47.2 ile sıcak uygulama, %22,2 ile soğuk uygulama, %13,9 ile de refleksiyoloji olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Amacı doğumda rahatlamayı ve pozitif düşünmeyi desteklemek, ağrıyı ve acıyı azaltmak olan nonfarmakolojik yöntemler annelerin doğumdan duyacağı memnuniyeti arttırmaktadır. Bu amaçla gevşeme metodları olarak; müzik dinleme, aromaterapi, akapunktur, acupressure (shiatsu), yoga, hipnoz, tensel uyarılma metodları olarak; masaj, intradermal su enjeksiyonu, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), sıcak uygulama gibi yöntemler daha çok tercih edilmektedir (Mamuk ve Davas, 2010).

Diğer bir literatürde ise doğum ağrısının yönetiminde akıl-beden girişimleri kapsamında; hayal kurma, meditasyon, yoga, dua/ mental iyileşme, biyogeribildirim, mizah, sanat tedavisi, gevşeme teknikleri, solunum terapileri, dans tedavisi, müzik tedavisi, holistik tıp / psikoterapi, hipnoterapi, hipnoz, pet tedavisi, samanizm, konuşma tedavisi, öykü anlatmanın kullanıldığı, biyolojik temelli tedaviler kapsamında; bitkisel ürünler (bitkisel yağlar) / bitki tedavileri, bitkisel ilaçlar, özel diyetler, çeşitli besin kaynakları, besleyici terapi, şifalı mineraller, aromaterapilerin kullanıldığı, manipülatif / bedene dayalı yöntemler kapsamında; şiropraksi (omurgaya yönelik manüplasyonlar), masaj, hidroterapi refleksoloji / zon (bölge) tedavisi ve renk tedavisi kullanıldığı, enerji tedavileri kapsamında ise; eksternal çigong, dokunma/iyileştirici dokunma, miknatis uygulamaları biyoelektromanyetikler ve reiki gibi yöntemlerin kullanıldığı belirtilmektedir (Snyder and Wieland, 2003).

Özveren ve Uçar'ın (2009) hemşirelik öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup; öğrencilerin %92.6' sının ağrısı olan bireye bakım verme ve bireyin ağrısını gidermede farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri bir arada kullandığı, %18.6'sının dikkati başka yöne çekme, % 14.2 'sinin masaj uygulama, %2.6' sının müzik dinleme %1.8'nin hayal kurma yöntemlerini uyguladıkları belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan ebeklik öğrencileri ile Özveren ve Uçar (2009)' in çalışmasında yer alan hemşirelik öğrencileri nonfarmakolojik yöntem uygulamaları açısından karşılaştırıldığında; hemşirelik öğrencilerinin %6.5' i nonfarmakolojik yöntemleri uygulayabildiğini belirtirken, ebeklik öğrencilerinde bu oranın %43.3 olması doğum ağrısının azaltılması ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin gebeye öğretilmesi yönünden ebelerin daha etkin olduğunu göstermektedir. Bu durum ebelerin doğumun doğası ve evrelerine yönelik olarak almış oldukları teorik ve

pratik eğitim saatinin fazla olması ve ebelerin meslekleri gereği uygulama alanlarında daha fazla doğum eylemini takip etmeleri ile açıklanabilmektedir.

7.3. ÖĞRENCİ EBELERİN ÖNEMLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRMESİ VE BİLGİ DÜZEYİ FORMU PUANLARINDAN ELDE EDİLEN SONUÇLARIN TARTIŞILMASI

Öğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu *Tutum* boyutuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, öğrencilerin tamamının *nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması gebenin sağlık çalışanına güvenini artırdığını ifade ettiği* (n=60), %98,6'sının (n=59) 'doğumun evrelerine göre uygun nonfarmakolojik yöntemler gebenin onayı ile uygulanmalıdır' dediği, %96,7'sinin (n=58) 'doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler gebenin rahatlama sağlar' yanıtını verdiği, %95'inin (n=57) 'solunum teknikleri 4 düzeyde uygulanarak gerçekleştirilebilir' dediği, %93,3 (n=56) 'gebeye nonfarmakolojik yöntemler dahilinde eğitim verilmesi kişinin eyleme katılmasını olumlu yönde etkiler' yanıtını verdiği ve 'gevşeme yönteminde; biofeedback, hareket/pozisyon, hipnoz, akupunktur, akupress müzik, sofroloji, haptonomi ve ses çıkarma metodları yer alır' dediği bulundu (Tablo 3).

Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusu ve doğum ağrısı ile baş etme gücünü geliştirmekle birlikte, olumsuz deneyim yaşamasını da önlemektedir. Doğum süresince uygulanan nonfarmakolojik yöntemler, doğum yapan kadına aktif yardım etme, duygusal gereksinimlerini ve isteklerini karşılama, rahatlığını sağlama, doğum sonuçlarını geliştirme, benlik saygısını artırma, olumlu doğum deneyimi edinmesini sağlama ve annelik rolüne geçişini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Böylece gebenin onayı alınarak uygulanan nonfarmakolojik yöntemler; gebenin rahatlama sağlama, kişinin eyleme katılmasını ve sürecin olumlu bir şekilde tamamlanmasını sağlamaktadır (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Aksoy ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada da; öğrencilerin %51,1'inin doğum ağrısı ve yönetimine ilişkin teorik bilgilerinin, %56,9'unun uygulama becerilerinin kısmen yeterli olduğu, öğrencilerin doğum eylemine daha aktif katılım için bölümden beklentilerinin; aktif öğretim elemanı desteği (%25,9) ve doğumhane staj sayısının artırılması (%28,2), kliniklerden beklentilerinin ise etkin profesyonel iletişim (%44,8) olduğunu belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızı desteklemektedir.

Öğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları arasındaki ilişki Tablo 6'da verildi. Analiz sonuçlarına göre, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu tutum ve davranış boyutu puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 6). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin genel olarak ağrı kavramı ile ilişkili bilgi düzeyi iyi olmakla birlikte, doğum ağrısı, değerlendirmesi ve kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin öğrencilerde beklenen değişimi sağlamadığı dikkat çekmektedir. Bu sonuçlar; ortalama puanın düşük olması ağrı yönetimi ile ilgili konuların müfredatta sınırlı olmasından kaynaklandığı düşündürmektedir.

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, ebelik öğrencilerinin yaş grubuna göre karşılaştırıldığında davranış alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, 18-19, 22-23 ve 24 yaş ve üzeri öğrenci ebelerin davranış alt boyutu puanlarının (sırasıyla $13,45 \pm 0,688$; $13,22 \pm 1,263$ ve $13,40 \pm 0,699$), 20-21 yaş grubundaki öğrenci ebelerin puanlarına ($12,19 \pm 2,015$) göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7). Bu durum okul dönemi boyunca alınan eğitimlerin, laboratuvar uygulamalarının ve klinik deneyimlerin öğrencilerin farkındalığının arttığını göstermektedir. 18-19 yaş grubundaki farklılık ise sınıf içinde sağlık meslek lisesi mezunu olup, çalışan ebelerden kaynaklanmaktadır.

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıfa göre karşılaştırıldığında; tutum alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($P<0,05$). Analiz Sonuçlarına Göre, 2. sınıfta öğrenim gören öğrenci

ebelerin tutum alt boyutu puanları diğer sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. (Tablo 8). Elde edilen bu sonuç literatürle tezatlık göstermektedir. Beklenen sonuç; üçüncü ve dördüncü sınıflarda bulunan ebelik öğrencilerinin ikinci sınıf öğrenci ebelere göre; doğum eylemi, doğum ağrı fizyopatolojisi, ağrı kontrolü ve nonfarmakolojik yöntemler konusunda bilgi düzeyleri yüksek olmasıdır.

Ebelik eğitimi teorik eğitimin ve klinik uygulamanın bütünleşmesini, öğrencilerin gerçek ortamda yaparak ve yaşayarak öğrenmesini sağlamaktır. Hedef, önce öğrencilerin psikomotor becerilerinin geliştirmek, sonra teorik bilgilerini teknik becerileri ile bütünleştirerek kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmaktır. Öğrenci, klinik yaşantısı aracılığıyla etkin bilişsel ve psikomotor gelişimler göstererek profesyonelliğin gerekleri olan hizmet sunumunda yeterlilik, iletişim, karar verme ve ekip üyesi olarak çalışabilme becerileri geliştirir. Yaş ve sınıf arttıkça, alınan teorik bilgiler zenginleştikçe öğrencilerin farkındalık düzeylerinin de yükseldiği görülmektedir. Klinik alanlar öğrenciye, rol modellerini gözleme, kendi kendine uygulama yapma, görülen, işitilen, hissedilen ve yapılanlar hakkında düşünmesine olanak sağlar. Eğitim süresinde uygulanan müfredat öğrencilerin yaşa göre bilişsel, davranışsal ve psikomotor beceri düzeyleri düşünülerek oluşturulmuş olup, her sınıf düzeyinde öğrenciden beklenen hedefler buna göre şekillenmiştir (Titrek ve ark., 2015).

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri tercih etme ve uygulamada aile yapısının etkili olmadığı tesbit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 9). Bu da alınan eğitimlerin aileden getirilen alışkanlıklar, örf- adetler, gelenek, görenekler üzerine olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir. ebe öğrencilerin eğitim düzeyi arttıkça doğru ve yanlış ayırt etme düzeyleri de artmaktadır. Bu da eğitimin etkinliği açısından sevindirici bir durumdur.

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrenci ebelerin çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10). bu durum sağlık meslek lisesi mezunu olup çalışan öğrencilerin lisede aldıkları eğitim müfredatının nonfarmakolojik yöntemler açısından yetersiz olması, sahada bu yöntemlerin uygulanışını görmemiş olmasından kaynaklanmaktadır.

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanları, öğrencilerin daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında *Tutum* alt boyutu puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre, daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi almayan öğrenci ebelerin *Tutum* alt boyutu puanları ($14,36 \pm 2,441$), daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi alan öğrencilerin puanlarına ($12,76 \pm 1,422$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 12). Oysaki çalışmamızda öğrencilerin %63,3'ünün ($n=38$) şu an okuduğu okuldan doğum ağrısının yönetimine dair eğitim aldığı tesbit edildi. Çıkan bu sonuç doğum ağrısının yönetiminde kullanılan yöntemlere ilişkin alınan eğitimlerin tutum ve davranış değişikliği yaratmadığını göstermektedir. Eğitimlerin etkinliğinin artırılması, kalıcı tutum ve davranış değişikliği yaratabilmesi için teorik bilginin yanı sıra uygulamalı eğitimlerinde artırılması gerekmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebelik öğrencilerinin doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bu çalışmanın sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz:

- Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, öğrencilerin, %35'inin (n=21) 20-21 yaş grubunda olduğu saptandı.
- Ebelik öğrencilerinin öğrenim gördükleri sınıfa göre dağılımları incelendiğinde, %41,7'sinin (n=25) 2. sınıfta öğrenim gördüğü belirlendi.
- Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin %63,3'ünün (n=38) daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi ile ilgili eğitim aldığı, öğrencilerin %56,7'sinin (n=34) şu an okuduğu okuldan eğitim aldığı saptandı.
- Öğrenci ebelerin bildiği doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler incelendiğinde, öğrencilerin sırasıyla en çok masaj (n=47), hareket ve pozisyon değişikliği (n=43) ve terapötik dokunma (n=33) yöntemlerini bildiği belirlendi.
- Öğrencilerin tamamının “*Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması gebenin sağlık çalışanına güvenini artırır*” (n=60) maddesine doğru yanıt verdikleri saptandı.
- Ebelik öğrencilerinin “*Doğumun evrelerine göre uygun nonfarmakolojik yöntemler gebenin onayı ile uygulanmalıdır*” (n=59) maddesine doğru yanıt verdiği saptandı.
- Araştırmaya katılan öğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu *Davranış* boyutuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, öğrencilerin en çok “1. *Bu konu ekip işidir. Uygulama yapmadan önce eğitim almak gerekmektedir*” (n=59), “7. *Nonfarmakolojik yöntem konusunda doğum yapacak gebeye ve ailesine öncesinde bilgi veririm*” (n=59) ve “17. *Doğum salonlarında bu uygulamalar yer almıyor, gerek duymuyorum*” (n=59) maddelerine doğru yanıt verdikleri belirlendi.

- Araştırmaya katılan ğrenci ebelerin, doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu puanlarının dağılımı Tablo 5’de verildi. Öğrenci ebelerin doğum ağrısı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi değerlendirme formu; *Tutum* alt boyutu puanlarının 10 ile 19 arasında değiştiği ve puan ortalamasının $13,35 \pm 1,999$ olduğu, *Davranış* alt boyutu puanlarının ise 0 ile 17 arasında değiştiği ve puan ortalamasının $13,00 \pm 1,426$ olduğu tespit edildi (Tablo 5).



ÖNERİLER

Ebelik öğrencilerin doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili bilgi düzeylerinin artırılmasına gereksinim vardır. Bunun için öğrencilerin konu ile ilgili teorik eğitimlerinin yanı sıra, görsel öğrenme teknikleri ve simülasyon uygulama yöntemleri kullanılarak bilgiler pekiştirilmelidir. Bu amaçla;

- Ebelik müfredat programlarında doğum ağrısında kullanabilecek yöntemlere yer verilmesi, planlı eğitimlerin düzenlenmesi ve bilgilendirmenin tüm eğitim süresine yayılması, ayrıca öğrencilerin aldıkları eğitimleri kullanabilecekleri uygulama alanlarının yaratılması ve bu konuda okul-hastane entegrasyonunun sağlanması önerilmektedir.
- Ebelik öğrencilerinin nonfarmakolojik yöntemleri uygulayabilmesi için kadının doğası, anatomisi, fizyolojisi ve normal doğum eylemi konularını bilmesi, bu bilgileri tutum ve davranışlarına aktarabilmesi gerekmektedir. Bunun için de sık aralarla tekrarlar yapılmalı, eksiklik hissettikleri konular simülasyonlarla tamamlanmalıdır.
- Klinik uygulamada nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin öğrencinin etkinliğini artıracak modeller geliştirilmeli, uygulanmalı ve sonuçlar değerlendirilmelidir.
- Doğum odalarında/doğumhanelerde travay takiplerinde doğum fizyolojisi, doğum ağrısı ve yönetimiyle ilgili öğrencilerin klinik ortamda yaşadıkları güçlükleri paylaşabilmeleri için düzenli olarak klinik değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.
- Tüm uygulamalarda anne ve fetus sağlığı dikkate alınmalı, öğrencilere doğum ağrısı yönetiminde evrelerine göre nonfarmakolojik yöntemleri nasıl kullanabilecekleri öğretilmelidir.
- 2. sınıf mesleki derslerinden başlamak üzere tüm uygulamalı derslerde nonfarmakolojik yöntemler anlatılmalı, simülasyon uygulamaları ile konu pekiştirilmelidir.
- Ebelik öğrencilerine mesleki eğitim laboratuvarlarında psikomotor becerileri öğretilirken aynı zamanda problem çözme, karar verme ve öğrendiklerini

linik ortamla ilişkilendirme becerisi kazanmalarını sağlayacak pratikler yaptırılmalıdır.

- Tüm uygulamalara gebenin ailesinin de dahil edilmesinin önemi eğitim süresince vurgulanmalıdır.



9.KAYNAKLAR

Aksoy Ö., Pınar Ş., Yurtsal Z., Uçuk S., Şahin T., Yılan H. Doğum Eylemine Aktif Olarak Katılan Ebelik Öğrencilerinin Kaygı Ve Öz-Güven Düzeylerinin İncelenmesi,

Anderson, F.W.J. Johnson, C.T. Complementary and Alternative Medicine In Obstetrics (Review Article), International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005; S:116-124.

Avcıbay B., Alan S. Doğum Ağrısında Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler., Mersin Üniv Sağlık Bilim Dergisi, 2011; 4(3)

Aydın Y., Turan Z., Malkoç Ö. Ö, “Ebelik İntörn Öğrencilerinin Doğum Ağrısının Kontrolünde Uygulanan Non-Farmakolojik Yöntemler Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi”Sakarya Üniversitesi. Ebelikte Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu. 2015

Berkiten A. Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulanan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005.

Bulduklu Y. Hedef Kitle Bağlamında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları. Türiyat Araştırmaları Dergisi 2015;37:607-27.

Camann W, Alexander KJ. Kolay Doğum. Günaydın B, editör. 1. Baskı. Ankara: İlke Yayınevi; 2008. S.:203-10.

Coşkun A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Koç Üniversitesi Yayınları.1. Baskı, 2012, S:195-206

Coşkun A., Beji K.N, Şahin N.H, Oskay Y.Ü. Rathfish G., Aslan E., Güngör İ, Demirci H., Dikencik K.B., Reis N., Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014, S:65-78.

Crade R.,Tüzel Akal Ö. Alexander Tekniğiyle Bel ve Sırt Ağrısının Üstesinden Gelin,Optimist Yayınları, 2011

Curtis K, Weinrib A, Katz J. Systematic Review of Yoga for Pregnant Women: Current Status and Future Directions. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2012, S:1-13.

Dolation M, Hasanpour A, Montazeri Sh, Heshmat R, Alavi Majd H. The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas. Iranian Red Crescent Medical Journal 2011;13(7), S:475-79.

Edirne S. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi.İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları., 1990, S:80-85.

Erdine S. Ağrı Sendromları ve Tedavisi. Gizben Matbaacılık, 2003.

Erdine S. Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. In: Erdine S: Ağrı 3.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, 37-49

Erdoğan Z, Çınar S. Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı – Modern Hemşirelik Uygulaması. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2011, 1: 86-91.

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

Eti Aslan F. , Karadakovan A. Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana, 2011.

Gentz, B.A. Alternative Therapies for the Management of pain In Labor and Delivery, Clinical Obstetrics and Gynecology, 44(4), December 2001; 704-732.GÜSBBD 2017; 6(2): 42 – 53

İpek A. , Eryılmaz G. Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına Ve Doğumun Süresine Etkisi. Atatürk Üniv. Sağlık Bilim. Enst. Erzurum. 2014

Kannan,S. Jamison, RN ve Dattla, S. Maternal Satisfaction and Pain Control in Women Electing Natural ChildbirthRegional Anesthesia and Pain Medicine, 2001; 26,468-472.

Karaçam Z., Akyüz E.Ö. Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü, İ.Ü.F.N. Hem. Derg., 2011, Cilt 19- Sayı:45-53

Koçak Y, Öztürk Can H, Soğukpınar N. Geleneksel Doğum Uygulamaları ve Doğum Yardımcıları. e-Journal of New World Sciences Academy Life Sciences 2010;5(4):1-6.

Kömürcü N., Ergin A. Doğum Ağrısında Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.2009; 6 (2): 29-35

Kömürcü, N., Berkiten-Ergin A. Doğum ağrısının kontrolünde non-farmakolojik yöntemler. Kömürcü, N., Berkiten Ergin A (Ed.). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Basım, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 2006

Kordi M, Aghaei Meybodi F, Tara F, Nemati M, Shakeri MT. The Effect of Late-Pregnancy Consumption of Date Fruit on Cervical Ripening in Nulliparous Women. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2014;2(3): 150-6.

Lee N, Coxeter P, Beckmann M, Webster J, Wright V, Smith T, et.al. A Randomised NonInferiority Controlled Trial of a Single Versus a Four Intradermal Sterile Water Injection Technique for Relief of Continuous Lower Back Pain During Labour. BMC Pregnancy and Childbirth 2011;11(21):1-9.

Mamuk R. Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008

Mamuk R, Davas N. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, Cilt: 2010; 44(3).

Mete S., Uludağ E. Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2014.

Öztürk H. Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006.

Öztürk R, Sevil Ü. Refleksolojinin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi 2013;8(3):87-100.

Özveren H., Uçar H. Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2009, S:59-72

Phumdoung, S. Good, M. Music Reduces Sensation and Distress of Labor Pain, Pain Management Nursing, 2003, Vol:4, No:2 (June),54-61.

Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri. 2012,153

Rathfisch G. Gebelikten Anneliğe Yoga. Nobel Tıp Kitabevi. 2015.

Roberts CL, Raynes-Greenow CH, Nassar N, Trevena L, McCaffery K. Protocol for a Randomised Controlled Trial of a Decision Aid for the Management of Pain in Labour and Childbirth. BMC Pregnancy Childbirth 2004;4(1):24.

Şenel AC. Geriatrik Hastalarda Postoperatif Analjezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2005;22(1):33-7.

Serçekuş P., İşbir G.G. Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi, TAF Prev Med Bull 2012; 11(1): 97-102

Simkin, P. Bolding, A. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering, Journal of Midwifery & Women's Health, 49(6): November-December 2004; 489- 504, 57-115

Şirin A., Kavlak O., Kadın Sağlığı, Bedray Basım Yayıncılık LTD.ŞTİ., Ekim 2008: 664-668

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and Alternative Therapies for Pain Management in Labour (Review). The Cochrane Collaboration and Published in The Cochrane Library 2010;9(4):1-43.

Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? Nurs Clin North Am. 2003 Sep;38(3):495-508.

Tabur H. Başaran EBZ. Refleksolojiye Giriş. 2. Baskı. Kitap Dostu Yayınları, İstanbul: Ezgi Matbaacılık; 2009.s. 11-159.

Taşçı E. Sevil Ü. Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi, 2007,17(3):181-186

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. basım. Ankara Sistem Ofset Matbaacılık,2004,312-323

Tercan B., Sarıtaş S. Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde İlaç Dışı Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumları.,2015

Titrek, O., Hakkakul, M. A., Varlı, S. Hemşirelik bölümü staj uygulamalarının etkililik düzeyine ilişkin öğrenci ve rehber hemşirelerin görüşleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2015, 15(1), S:264-280.

Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2007;4(4):409–17.

Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(1):94-8.

Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain J Midwifery Women's Health. 2003, 317-21.

Yaltkaya, K. Balkan, S. Oğuz, Y. Nöroloji Ders Kitabı, Palme Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara, 1998; 255-262.

Yılar Z. Doğum Eyleminde Bel Ağrısının Hafifletilmesinde İntradermal Steril Su Enjeksiyonu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(3):179-86.

Yıldırım G. Doğum Eyleminde Kullanılan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi, Yüksekisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001.

Yıldırım G.,Şahin Hatun N. Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003 ;7 (1):15

Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8(1)37-45.

Yıldırım G, Ağapınar S. Doğum Eyleminde Kullanılan Geleneksel Uygulamalar. Lokman Hekim Journal 2011; (29-30).

EKLER

EK 1: ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ayfer	Soyadı	ARSLAN
Doğum yeri	Turhal	Doğum Tarihi	14.11.1990
Tel	0 (507) 730 6883	E-mail	arslan-ayfer@hotmail.com
	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı	
Yüksek lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı	Devam Ediyor	
Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2013	
Lise	Fatih Sultan Mehmet Lisesi	2009	
	Sayısal	Eşit ağırlık	Sözel
Ales Puanı	61.066	59.347	55.271
Program			Kullanma Becerisi
	MS Office Programları (Excel, Word, Powerpoint)		İyi Seviyede
Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)	
Ebe	Koç Üniversitesi Hastanesi	2017- Devam ediyor	
Ebe	Beylikdüzü Medilife Hastanesi	2016	
Ebe	Biruni Üniversite Hastanesi	2016	
Ebe	Özel Avcılar Anadolu Hastanesi	2014	
Ebe	Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi	2013	
Diğer Bilimsel Faaliyetler (Makale, Derleme, Kongre Bildirisi Vs.)			
1.Arslan A., Şirin A, "Mitolojiden Bilimselliğe Ebelik", 4. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi,2-4 Mayıs 2013, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. Poster bildiri, Üçüncülük Ödülü			
2.Arslan A., Şirin A, "Mitolojiden Bilimselliğe Ebelik", 4. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi,2-4 Mayıs 2013, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. Teşekkür Belgesi			

EK 2. ETİK KURUM ONAYI



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

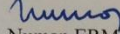
Sayı : 44140529 / 2017- 87
Konu : Tez çalışması

20.09.2017

Sayın
Yrd. Doç. Dr. Gamze TEMİZ
İstanbul Bilim Üniversitesi
Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Aşağıda belirtilen çalışmanız 19.09.2017 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Numan ERMUTLU
Başkan

Çalışmanın Adı: “Ebelik Öğrencilerinin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Tutum Davranışları” başlıklı tez çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Gamze TEMİZ İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Diğer Araştırmacılar: Ayfer ARSLAN İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi: Yrd. Doç. Dr. Gamze TEMİZ İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Merkez sayısı: Tek merkez



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu
Karar No: 19.09.2017/62-01

Çalışmanın Adı: "Ebelik Öğrencilerinin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Tutum Davranışları" başlıklı tez çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Gamze TEMİZ İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Başkan
Prof. Dr. Numan ERMUTLU

Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Berrin TELATAR

Üye
Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA

Üye
Prof. Dr. Tufan PAKER

Üye
Yrd. Doç. Dr. Hande KAYMAKÇALAN ÇELEBİLER

Üye
Yrd. Doç. Dr. Suzan BOZKURT

Üye
C. BİLİÇ

Raportör
Yrd. Doç. Dr. Ersan EROĞLU

Üye
Prof. Dr. Işın BARAL KULAKSIZOĞLU

Üye
Doç. Dr. Semra AKIN

Üye
Yrd. Doç. Dr. Bahar ERBAŞ

Üye
A. Özlem ÖZTÜRK

EK 3. ANKET FORMU

EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı,

Bu anket formu öğrenci ebelerin doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve farkındalıklarının artırılması amacıyla planlanan yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacaktır. Bu anket 2 bölümden oluşmaktadır. I Bölümde sosyo-demografik sorular yer almaktadır. II Bölümde doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi düzeyi yer almaktadır. Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ayfer ARSLAN

1. Öğrenci Bilgi Formu

1. Yaşınız?

1. 18-19 () 2. 20-21 () 3. 22-23 () 4. 24-25 () 5. 26 ve üzeri ()

2. Sınıfınız

2. sınıf () 3. sınıf () 4. sınıf ()

3. Aile yapınız nedir?

1. Çekirdek () 2. Geniş aile ()

4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

5. Eğitim şekliniz:

1. Burslu () 2. Ücretli ()

6. Mezun olduğunuz lise türü:

1. Düz Lise ()
2. Sağlık Meslek Lisesi ()

3. Diğer, Belirtiniz.....

7. Daha önce doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi aldınız mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

8. Cevabınız Evet ise bilgiyi nereden aldınız?

1. Şu an okuduğum okuldan ()
2. Bilimsel Faaliyetlerden (Kongre, seminer, konferans vb.) ()
3. İnternet, kitap, dergilerden okuyarak ()
4. Çalıştığım/staj yaptığım hastanelerden ()

9. Doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkında herhangi bir bilginiz var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

10. Cevabınız Evet ise bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

1. Mezun olduğum okuldan ()
2. Şu an okuduğum okuldan ()
3. Bilimsel Faaliyetlerden (Kongre, seminer, konferans vb.) ()
4. Çalıştığım/staj yaptığım hastanelerden ()
5. Hekim ()
6. Ebe ()
7. Hemşire ()
8. Kitaplar/Dergiler ()
9. Bilimsel Yayınlar ()
10. İnternet/Sosyal ağlar ()

11. Aşağıdaki Yöntemlerden hangisini biliyorsunuz?(Birden fazla seçeneği "x" koyarak işaretleyebilirsiniz)

1. Masaj ()	13. Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı (TENS) ()
2. Terapötik Dokunma ()	14. Hayal etme ()
3. Sakruma Bası Uygulamak ()	15. Yoga ()
4. Sıcak ve Soğuk Uygulamalar ()	16. Biyolojik geri bildirim (biofeedback) ()
5. Hidroterapi ()	17. Aromaterapi ()
6. Dikkat Odaklama ()	18. Fitoterapi ()
7. Dikkat dağıtma ()	19. Doğum Öncesi Eğitim ()
8. Geribildirimle Gevşeme ()	20. Acupressure(Shiatsu) ()
9. Solunum Teknikleri ()	21. Akupunktur ()
10. Hipnoz ()	22. Sofroloji (Zihin Kontrol Bilimi) ()
11. Müzik ()	23. Hareket ve Pozisyon değişiklikleri ()
12. Su Terapileri/Suda Havuzu ()	

12. Bu yöntemleri bir gebeye hiç uyguladınız mı?

Evet ()

Hayır ()

13. Yanıtınız “Evet” ise hangisini uyguladınız? (Birden fazla seçenek seçebilirsiniz)

1. Masaj ()	11. Müzik ()
2. Terapötik Dokunma ()	12. Su Terapileri/Suda Havuzu ()
3. Sakruma Bası Uygulamak ()	13. Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı (TENS) ()
4. Sıcak ve Soğuk Uygulamalar ()	14. Hayal etme ()
5. Hidroterapi ()	15. Yoga ()
6. Dikkat Odaklama ()	16. Biyolojik geri bildirim (biofeedback) ()
7. Dikkat dağıtma ()	17. Aromaterapi ()
8. Geribildirimle Gevşeme ()	18. Fitoterapi ()
9. Solunum Teknikleri ()	19. Doğum Öncesi Eğitim ()
10. Hipnoz ()	20. Hareket ve Pozisyon değişiklikleri ()

2. DOĞUM AĞRISI YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU

A- Aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyunuz. Size uygun ifadelerden Evet/Hayır seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. Doğum ağrısının fizyolojisi hakkında eğitim aldım.		
2. Doğum ağrısı yönetimine ilişkin ağrı teorileri hakkında bilgim var.		
3. Doğum Ağrısını değerlendirme hakkında bilgim var.		
4. Doğum Ağrısının doğum eylemi üzerine etkisi hakkında eğitim aldım.		
5. Doğum Ağrısı yönetiminde doğum ağrısı kontrolü önemlidir.		
6. Kullanılan yöntemler doğum ağrısına etkili değildir. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntem kullanılmasına gerek yoktur.		
7. Doğum ağrısını azaltmak için kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri eğitimsiz herkes uygulayabilir.		
8. Doğum ağrısını azaltmak için kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri eğitim almış herkes uygulayabilir.		
9. Uygulama şekli benzer ya da farklı nonfarmakolojik yöntemler vardır.		

10. Her gebenin ihtiyacına yönelik farklı yöntemler uygulanabilir.		
11. Doğum ağrısında bir yöntemle başlanıp o yöntemle bitirilir. Başka yöntem gerek yoktur.		
12. Doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler gebenin rahatlamasını sağlar.		
13. Gebeye nonfarmakolojik yöntemler dahilinde eğitim verilmesi kişinin eyleme katılması yönünde olumlu etkiler.		
14. Gevşeme yönteminde; Biofeedback, hareket/pozisyon, hipnoz, akupunktur, akupress müzik, sofroloji, haptonomi ve ses çıkarma metodları yer alır.		
15. Doğumun evrelerine göre uygun nonfarmakolojik yöntemler gebenin onayı ile uygulanmalıdır.		
16. Doğum ağrısında kullanılan yöntemin kayıt altına alınmasına gerek yoktur.		
17. Solunum teknikleri 4 Düzey solunum uygulatılarak gerçekleşir.		
18. Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması gebenin sağlık çalışanına güvenini artırır.		
19. Tensel Uygulama Yöntemleri; TENS, İntradermal sıvı enjeksiyonu, yüzeysel sıcak-soğuk uygulama, hidroterapi/banyo/duş, masaj, aromaterapi ile gerçekleşir.		

B- Aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyunuz. Yöntemlere ilişkin tutumunuza ilişkin ifadelerin ön kısmında yer alan boşluklara doğru ise (D), yanlış ise (Y) yazınız.

1. Bu konu ekip işidir. Uygulama yapmadan önce eğitim almak gerekmektedir.
2. Bu konu ilgimi çekmiyor, bir şey yapmak istemem.
3. Yöntem uygulayabilecek fırsatım olduğunda kendi kendime uygulamayı başlatırım.
4. Yöntemlerle ilgili eğitmenime danışırım.
5. Ortamın durumunu dikkate alarak yöntemi gebeye göre seçerim.
6. Birçok yöntemi bir arada kullanabilirim.
7. Nonfarmakolojik yöntem konusunda doğum yapacak gebeye ve ailesine öncesinde bilgi veririm
8. Yöntem konusunda başarısız olduğumda eğitmenimin yardımını alarak eksik yönlerimi tamamlaya çalışırım.
9. Kullanılan yöntemin etkili olup olmadığını ağrı skalası kullanarak sorgularım.
10. Kullanılan yöntemin etkisini gördüğümde yöntemi uygulamaya devam ederim.
11. Yöntemleri uygularken gebenin ailesini de dahil ederim.
12. Bu yöntemlerin uygulanması için eğitim sınıflarının artırılmasında fayda vardır.
13. Bu yöntemlerin nasıl uygulandığını okulda öğretilmelidir.
14. Doğum salonlarında yöntemleri uygulayacak fiziksel ortam ayarlanmalıdır.
15. Yöntemleri uygulayabilecek yeterli bilgiye sahip olmadığımı düşünüyorum.
16. Yapılan her uygulamayı kayıt altına alır, diğer ekip üyeleri ile sonuçları paylaşıyorum.
17. Doğum salonlarında bu uygulamalar yer almıyor, gerek duymuyorum.

Teşekkür Ederim...

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

‘Ebelik Öğrencilerinin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Tutum Davranışları’ isimli çalışmamız bir araştırma çalışmasıdır. Bu araştırma öğrenci ebelerin nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin bilgi,tutum,davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı. Çalışma 15.11.2017-30.11.2017 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda okumakta olan ebe öğrencileri ile gerçekleştirilecektir. Gönüllülerin araştırma gruplarına alınması dahil olma kriterlerine göre belirlenecektir.

Çalışmaya katılmada gönüllülük esastır. Sizden demografik verilerin ve çalışan güvenliğine yönelik soruların yer aldığı anket formunu doldurmanız istenecektir. Anket formunun doldurulması yaklaşık 10 dakika kadardır. Çalışmaya katılan öğrenci ebe sayısının 70 olması hedeflenmektedir.

Çalışmada; siz katılımcıların isimleri kullanılmayacak olup sadece sonuçları istatistiksel olarak bilimsel yazı şeklinde yayınlanacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde gönüllülerinin kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Gönüllüler isterlerse çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceklerdir.

Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır. Araştırmaya katıldığınız için herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. İstedığınız anda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışmadan ayrılmanız halinde herhangi bir tazminat ve ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgi edinmek ve soru sormak istiyorsanız aşağıdaki iletişim adreslerinden günün herhangi bir saatinde araştırmacılarla iletişime geçebilirsiniz.

EK 4: TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZILARI



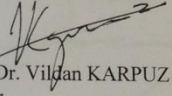
T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/356
KONU: Anket hk.

TARİH :24/10/2017

T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ
EBELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayfer ARSLAN'ın "Ebelik Öğrencilerinin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi Tutum Davranışları" başlıklı tez çalışmasını ilâşikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket formu.

SAĞLIK YÜKSEKOKULU
EBELİK BÖLÜMÜ
GELEN EVRAK
TARİH
24.10.2017
SAYI 53



T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEKOKULU
EBELİK BÖLÜMÜ

SAYI: 35994883 / 58

Tarih: 14.11.2017

Konu: Anket İzni hk.

İstanbul Bilim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Ebelik Yüksek Lisans programına 20141040003 numara ile kayıtlı Ayfer Arslan'ın Yard. Doç. Dr. Gamze TEMİZ'in danışmanlığında sürdürdüğü 'Ebelik Öğrencilerinin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Bilgi, Tutum, Davranışları' başlıklı tez çalışmasında kullanacağı anket formunu Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü öğrencilerine uygulaması uygun bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasına izinlerinizi saygılarımla arz ederim.

Doç.Dr.Faruk ABİKE
Ebelik Bölüm Başkanı