



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI

TRAVAYDA EŞ MASAJININ AĞRI, KAYGI ve DOĞUM  
SÜRECİNE ETKİSİ

AYŞE NUR ATAŞ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN  
PROF. DR. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

Eskişehir, 2024





**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**EBELİK ANABİLİM DALI**

**TRAVAYDA EŞ MASAJININ AĞRI, KAYGI ve DOĞUM**  
**SÜRECİNE ETKİSİ**

**AYŞE NUR ATAŞ**

**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. NEBAHAT ÖZERDOĞAN**

**Eskişehir, 2024**

## ÖZET

**Amaç:** Araştırmada, travayda eş masajının ağrı, kaygı ve doğum sürecine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Araştırma, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Konya ilinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 01.08.2022-01.08.2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri eş masajı grubu, ebe masajı grubu, kontrol grubu olmak üzere üç gruptan farklı üç zaman diliminde (uygulama öncesi servikal dilatasyon 4 cm, uygulaması sonrası servikal dilatasyon 5-6 cm ve 8-9 cm iken) toplandı. Her grup için 45 gebe olmak üzere toplamda 135 kadın ile çalışma verileri tamamlandı. Kontrol grubu dışında uygulama gruplarındaki gebelere dilatasyon 5-6 cm ve 8-9 cm iken sırt ve sakral masaj uygulaması gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri Gebe Tanıtım Formu, Doğum Eylemi İzlem Formu, Partograf, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Masaj Uygulamasından Memnuniyeti Değerlendirme Skalası ve Formu, Travay Sürecinden Memnuniyeti Değerlendirme Skalası ve Formu kullanılarak toplandı. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 25 kullanılarak yapıldı. Betimsel istatistikler, ANOVA ve eta kare testleri gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Katılımcıların sosyodemografik bilgileri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Üç grubun istatistiksel olarak birbirinden farklı ( $F=201,31$ ;  $p<0,001$ ) ağrı puan ortalamalarının olduğu, en yüksek ağrı puanının kontrol grubunda ve en düşük ağrı skorun ise eş masaj grubunda olduğu tespit edildi. Üç grubunda istatistiksel olarak birbirinden farklı durumluk kaygı puanlarının olduğu ( $F=706,70$ ,  $p<,001$ ), en yüksek durumluk kaygı puanının kontrol grubunda ve en düşük skorun ise eş masaj grubunda olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki katılımcıların aktif faz süresinin eş masaj grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı.

**Sonuç:** Doğum eylemi sürecinde eş tarafından anne adayına uygulanan masaj ağrı ve kaygı düzeyini azaltmada etkilidir.

**Anahtar kelimeler:** Doğum, masaj, eş masajı, ağrı, kaygı

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of the study is to investigate the effects of partner massage during labor on pain, anxiety and the birth process.

**Method:** The research is a randomized controlled experimental study. It was conducted at Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine Hospital in Konya province between 01.08.2022-01.08.2023. The data of the study were collected from three groups as partner massage group, midwife (researcher) massage group, and control group in three different time periods (cervical dilation was 4 cm before application, cervical dilation was 5-6 cm and 8-9 cm after application). The study data were completed with a total of 135 women, 45 pregnant women for each group. Except for the control group, back and sacral massage was applied to the pregnant women in the application groups when the dilation was 5-6 cm and 8-9 cm. The data of the study were collected using the Pregnant Information Form, Labor Monitoring Form, Partograph, Visual Analog Scale, State Anxiety Scale, Massage Application Satisfaction Assessment Scale and Form, and Labor Process Satisfaction Assessment Scale and Form. Statistical analyses of the study were performed using SPSS 25. Descriptive statistics, ANOVA and eta squared tests were performed.

**Results:** There was no statistically significant difference between the groups in terms of sociodemographic information of the participants ( $p>0.05$ ). In terms of mean pain scores, it was determined that the three groups had statistically different pain scores ( $F=201.31$ ;  $p<0.001$ ), the highest pain score was in the control group and the lowest pain score was in the partner massage group. In terms of mean anxiety scores, it was determined that the three groups had statistically different state anxiety scores ( $F=706.70$ ,  $p<0.001$ ), the highest state anxiety score was in the control group and the lowest score was in the partner massage group. It was determined that the active phase duration of the participants in the control group was significantly higher than that of the partner massage group.

**Conclusion:** Massage applied to the expectant mother by the midwife or partner during the labor process is effective in reducing pain and anxiety levels.

**Keywords:** Birth, massage, partner massage, pain, anxiety

# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL ve ONAY SAYFASI .....</b>	<b>..</b>
<b>ETİK BEYAN .....</b>	<b>..</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>..</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ii</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>iii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>x</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....</b>	<b>xxi</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>4</b>
2.1. Masaj .....	4
2.1.1. Masajın tarihçesi .....	4
2.1.2. Terapötik masajın tanımı .....	5
2.1.3. Masajın sınıflandırılması.....	5
2.1.4. Masajın etkileri.....	6
2.1.5. Masajın endikasyonları .....	6
2.1.6. Masajın kontrendikasyonları .....	7
2.1.7. Masaj uygulamasında ilkeler.....	7
2.1.8. Masajın süresi.....	9
2.1.9. Masaj hareketleri .....	9
2.2. Ağrı.....	10
2.2.1. Ağrı kavramı.....	10
2.2.2. Ağrının mekanizması.....	11
2.2.3. Ağrı teorileri .....	13

2.2.4. Masaj ve ağrı .....	14
2.3. Doğum Eyleminde Ağrı .....	14
2.3.1. Doğum eyleminde ağrının kontrolü .....	16
2.3.2. Doğum eyleminde ağrı ve masaj .....	16
2.4. Kaygı .....	17
2.4.1. Doğum eyleminde kaygı .....	19
2.4.2. Doğum eyleminde kaygı ve masaj .....	20
2.5. Doğum Eyleminde Babanın Rolü .....	21
2.6. Doğum Eyleminde Ebenin Rolü .....	23
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>25</b>
3.1. Araştırmanın Amacı.....	25
3.2. Araştırmanın Tipi .....	25
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.4. Araştırmanın Hipotezleri .....	25
3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	26
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	26
3.6.1. Randomizasyon .....	27
3.6.2. Araştırmaya dahil edilme kriterleri .....	30
3.6.3. Araştırmadan dışlanma kriterleri .....	30
3.6.4. Araştırmadan çıkarılma kriterleri .....	30
3.7. Veri Toplama Araçları.....	31
3.7.1. Gebe tanıtım formu .....	31
3.7.2. Doğum eylemi izlem formu .....	31
3.7.3. Partograf .....	31
3.7.4. Görsel kıyaslama ölçeği .....	32
3.7.5. Spielberger durumluk kaygı ölçeği .....	32
3.7.6. Masaj uygulamasından memnuniyet durumunu değerlendirme skalası ve formu .....	33
3.7.7. Travay sürecinden memnuniyet durumunu değerlendirme skalası ve formu .....	33
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	33
3.8.1. Hazırlık aşaması .....	33
3.8.2. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları .....	34

3.8.3. Uygulama aşaması.....	39
3.8.4. Eş masajı uygulama grubu .....	39
3.8.5. Ebe masajı uygulama grubu .....	40
3.8.6. Kontrol grubunda veri toplama .....	41
3.9. Araştırmanın Etik İzni .....	43
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	43
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi .....	43
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>45</b>
4.1. Kadınların Sosyodemografik, Gebelikleri ve Eşleriyle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	46
4.2. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının VAS-Ağrı Skorlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular.....	52
4.3. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) Skorlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular.....	54
4.4. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Doğum Süreçleriyle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	57
4.4.1. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının doğum süreçleriyle ilgili bazı özelliklerin karşılaştırılmasıyla ilgili bulgular .....	57
4.4.2. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının fetal kalp atım hızı skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	59
4.4.3. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının kontraksiyon sıklık ve süre skorlarının gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	61
4.4.4. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının aktif fazın, geçiş fazının ve ikinci evrenin süresi ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	63
4.5. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Travay Sürecinden ve Masaj Uygulamasından Memnuniyet Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	65
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>68</b>

5.1. Kadınların Sosyodemografik, Gebelikleri ve Eşleriyle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması.....	68
5.2. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının VAS-Ağrı Skorlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması .....	70
5.3. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması .....	74
5.4. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Doğum Süreçleriyle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması.....	76
5.4.1. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarında aktif fazın, geçiş fazının ve ikinci evrenin süresi ortalamalarının tartışılması .....	77
5.5. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Travay Sürecinden ve Masaj Uygulamasından Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması.....	79
5.5.1. Katılımcıların doğumları ve masaj uygulamasına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasıyla ilgili bulguların tartışılması .....	81
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>83</b>
<b>7. KAYNAKLAR DİZİNİ .....</b>	<b>85</b>
<b>8. EKLER DİZİNİ .....</b>	<b>98</b>

EK-1. Gebe Tanıtım Formu

EK-2. Doğum Eylemi İzlem Formu

EK-3. Partograf

EK-4. Görsel Kıyaslama Ölçeği

EK-5. Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği

EK-6. Masaj Uygulamasından Memnuniyet Durumunu Değerlendirme Skalası ve Formu

EK-7. Travay Sürecinden Memnuniyet Durumunu Değerlendirme Skalası ve Formu

EK-8. Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Sertifika Programı Belgesi

EK-9. Gebe Masajı Kurs Programı-1 Belgesi

EK-10. Sırt ve Sakral Masaj Uygulama Adımları Broşürü

EK-11. Etik Kurul İzni

EK-12. Kurum İzni

EK-13. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK-14. İntihal Raporu

**9. ÖZGEÇMİŞ ..... 115**

**10. YAYINLAMAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI..... 118**



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> Batı, doğu ve melez masaj uygulamaları .....	5
<b>Tablo 3.1.</b> Randomizasyon şeması .....	28
<b>Tablo 3.2.</b> CONSORT akış şeması.....	29
<b>Tablo 3.3.</b> Durumluk kaygı ölçeğinin cronbach alfa güvenilirlik kat sayıları.....	33
<b>Tablo 3.4.</b> Araştırmanın zaman çizelgesi .....	44
<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların gebeliklerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 4.3.</b> Kadınların eşleriyle ilgili özelliklerinin karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 4.4.</b> Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının vas-ağrı skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 4.5.</b> Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının durumluk kaygı ölçeği skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 4.6.</b> Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının doğum süreçleriyle ilgili bazı özelliklerin karşılaştırılması.....	57
<b>Tablo 4.7.</b> Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının fetal kalp atım hızı skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	59
<b>Tablo 4.8.</b> Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının kontraksiyon sıklık skorlarının gruplar arası karşılaştırılması.....	61
<b>Tablo 4.9.</b> Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının kontraksiyon süre ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması.....	62
<b>Tablo 4.10.</b> Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının aktif fazın, geçiş fazının ve ikinci evrenin süresi ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması .....	63

## **TABLolar DİZİNİ (Devam Ediyor)**

<b>Tablo 4.11.</b> Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının travay sürecinden ve masaj uygulamasından memnuniyet puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması .....	65
<b>Tablo 4.12.</b> Katılımcıların doğumları ve masaj uygulamasına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	66



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Masaj ekipmanları .....	8
Şekil 2.2. Klasik masaj hareketleri .....	10
Şekil 2.3. Ağrı algısının mekanizması .....	11
Şekil 2.4. Ağrı iletimiyle ilgili nöronlar .....	12
Şekil 3.1. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 1.....	35
Şekil 3.2. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 2.....	36
Şekil 3.3. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 3.....	37
Şekil 3.4. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 4.....	38
Şekil 3.5. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 5.....	39
Şekil 3.6. Çalışma akış şeması.....	42

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
M.Ö.	: Milattan Önce
IASP	: International Association for the Study of Pain
TENS	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
VAS	: Visual Analog Skala
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anne ve baba adayları için doğum, yaşamlarındaki en özel deneyimler arasında yer almaktadır. Bu özel deneyimin anne ve bebek sağlığı için olumlu bir şekilde sonuçlanması beklenirken doğum deneyimi korku ve hayal kırıklığı ile sonuçlanabilmektedir. Olumsuz doğum deneyimi postpartum depresyon, anne bebek bağlanmasında sorunlar, emzirme problemleri ve sezaryen isteğinde artışa neden olmaktadır (Oveysi & Apay, 2021). Türkiye’de 2018-2023 yılları arasında kaydedilen toplam genel sezaryen oranının %57,55 olduğu bildirilmektedir (Ulgu et al., 2023). Ayrıca Türkiye’de yapılan meta-analiz çalışmalarına göre ise postpartum depresyon yaygınlığı %24 civarındadır (Çankaya & Ataş, 2022; Karaçam et al., 2018; Özcan et al., 2017). Bu oranlar Türkiye’nin sezaryen ve postpartum depresyon oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasında yer aldığını göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğumun mümkün olan en az müdahaleyle güvenli bir şekilde gerçekleşebileceğini belirtmekte ve gebeye doğum boyunca duygusal ve fiziksel destek verilmesini önermektedir (WHO, 2018). Annenin olumlu bir doğum deneyimi yaşamasında destekleyici bakım oldukça önemlidir (Bayrı Bingöl et al., 2020). Destekleyici bakım duygusal destek, fiziksel destek, bilgilendirme ve savunuculuk rolleri ile doğumda ebe tarafından anneye verilmektedir (Adams & Bianchi, 2008). Doğum anında anne adayının yanında partnerinin olmasını sağlamak (Hodnett, 1996) veya masaj gibi nonfarmakolojik yöntemler (Sauls, 2006) uygulamak kadının uyumunu ve olumlu doğum sonuçlarının artmasını sağlayan destekleyici bakım girişimleri arasında yer almaktadır.

Babaların doğum sürecine katılmaları tüm dünyada giderek artış göstermektedir (Karaçam, 2020). Babalar anne adayları tarafından en önemli destek kaynağı olarak görülmekte (Porrett et al., 2012), bazen ebelerin verdiği destekten daha yüksek destek kaynağı olduğu kabul edilmektedir (Ip, 2000). Babaların doğum sürecine katılmaları çiftler arasındaki ilişkiyi iyileştirmede (Uyanık et al., 2023), yeni aile biriminin oluşumunda, doğumda ağrı ile baş etmede ve kontrol kaybını önlemede etkili olmaktadır (Price et al., 2007).

Doğum ağrısı, fetüsün doğumu için uterusun düz kaslarının kasılmasından kaynaklanan fizyolojik bir durumdur. Doğum ağrısı dünyanın en şiddetli ağrısı olarak bildirilmektedir (Amiri et al., 2019). Fizyolojik bir ağrı olsa da kadın tarafından ağrı

tolere edilemediğinde anne ve fetüs sağlığı için olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Mamuk & Davas, 2010). Bu nedenlerle doğumda ağrının kontrolü önemli bir yer tutmaktadır (Amiri et al., 2019). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) tarafından da doğum ağrısı tedavi için bir endikasyon olarak bildirilmektedir (ACOG, 2004).

Doğum ağrısı bir takım olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Durmuş & Yıldız, 2021). Ağrı solunum sistemini uyarır, solunum hızını ve oksijen tüketimini artırır. Hiperventilasyon respiratuar alkaloz ve fetüse taşınan kan miktarında azalmaya neden olabilir. Dolaşımda katekolaminlerde artış meydana gelebilmekte ve bu durum uterus kan akışında azalmaya neden olmaktadır (Durmuş & Yıldız, 2021; Koyyalamudi et al., 2016). Doğum süreci fizyolojik bir olay olmakla birlikte, psikolojik kaygılar açısından risk oluşturan bir dönemdir (Dönmez et al., 2014). Kadınlar doğum eylemi sürecinde olup bitenleri bilmedikleri için kaygı yaşamaktadırlar (Mete et al., 2016). Aynı zamanda doğum eyleminde yaşanan ağrı gebenin kaygı düzeyini artırırken, kaygının artması da ağrı algısını artırmaktadır (Ak Sözer et al., 2019). Uçtu ve Akan (2021) doğum eyleminde kadınların kaygı düzeylerini incelenmişler ve doğum eyleminde kadınların hem durumluk hem de sürekli kaygı puanlarının orta düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir (Uçtu & Akan, 2021).

Kaygı, gebelik ve doğumda komplikasyonları artırmakta, intrauterin gelişme geriliği, fetal distres, uzamış doğum eylemi ve kanamaya neden olabilmektedir (Hall et al., 2022; Üst et al., 2013). Kaygı ve doğum korkusunun azaltılması bu nedenle önem arz etmektedir. Masaj uygulamasının kaygı ve doğum korkusunu azalttığı belirtilmektedir (Ak Sözer et al., 2019; Hall et al., 2022). Masaj doğum eyleminde gevşemeyi ve rahatlamayı sağlamakta, ağrı şiddetini azaltmaktadır. Terzioğlu ve Gönenç (2012) masaj ve akupressürün gebelerde kaygı düzeyine etkisini inceledikleri çalışmalarında, masaj ve akupressür uygulamasının kontrol grubuna göre kaygıyı azaltmada daha etkili olduğunu bulmuşlardır (Terzioğlu & Gönenç, 2012).

Ağrının oluşturduğu olumsuz etkileri kontrol altına almak için nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemler ilaç kullanılmadan kadının gevşemesini sağlayan, ağrı algısını azaltmaya yönelten, ciddi yan etkileri olmayan, basit, kolay uygulanabilir, ek maliyet gerektirmeyen yöntemlerdir. Yöntemlerin uygulanması kadının psikolojik ve manevi

boyutlar açısından da iyilik düzeyini artırmaktadır (Ak Sözer et al., 2019; Durmuş & Yıldız, 2021; Karabulutlu, 2014)

Doğumda kadına verilen nonfarmakolojik fiziksel destek yöntemleri içerisinde, ağrıyı azaltıcı ve rahatlatıcı bakım uygulaması olarak masaj teknikleri de yer almaktadır (Karaçam & Akyüz, 2011; Uludağ & Mete, 2014). Masaj sağlık bakımı uygulamalarının önemli bir parçası olan, doğum eyleminde ağrının azaltılmasına pozitif katkı sağlayan, doğum eyleminin süresini kısaltan, farmakolojik yöntemlerin kullanılmasını azaltan, annenin olumlu doğum deneyimine ve ana çocuk sağlığının gelişimine katkı sağlayan bir yöntemdir (Ak Sözer et al., 2019; Durmuş & Yıldız, 2021). Mammadov ve ark., (2024) randomize kontrollü çalışmalarında latent, aktif ve geçiş evrelerinde doğum ağrısı yönetimi için kullanılan akupunktur ve masajın etkisini araştırmışlardır. Masajın doğum ağrısının azaltılmasında, olumlu bir doğum deneyimi sağlanmasında ve doğum memnuniyetinin artırılmasında etkili olduğunu tespit etmişlerdir (Mammadov & Taş, 2024). Doğum ağrısında masajın etkisini inceleyen sistematik bir derlemede doğumun birinci evresinde omuz, sırt ve abdominal bölgelere masaj uygulanmasının doğum ağrısının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Türkmen & Oran, 2022). Masajın doğum memnuniyetine etkisini inceleyen başka bir meta-analiz çalışmasında ise masajın doğum memnuniyetini önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir (Maghalian et al., 2022).

Ebeler meslek grubu olarak kadının olumlu bir doğum deneyimi geçirmesini sağlamada çok önemli rol oynayan sağlık çalışanlarıdır. Kadının travay sürecinde optimum düzeyde desteklenmesi, doğum konforu ve memnuniyetinin artırılması için gerekli ortamın ve uygulamaların sağlanması temel sorumluluklarındandır. Bu kapsamda doğumda eş desteği ve masaj ile sağlanan destekleyici bakımın anne ve bebek üzerine olumlu etkileri göz önünde alındığında, bu uygulamaların birlikte kullanılması bakımın olumlu etkilerini daha da artırabilir. Bu öngöründen yola çıkılarak araştırmamızda, travayda eş tarafından uygulanan masajın ağrı, kaygı ve doğum sürecine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Masaj

#### 2.1.1. Masajın tarihçesi

Tarihte bilinen en eski tedavi yöntemleri arasında yer alan masaj, eski çağlardan beri, çeşitli kültürler tarafından tedavi amacıyla kullanılmıştır (Caz, 2023). Masaj ile ilgili ilk yazılı belgeler milattan önce (M.Ö.) 3000'li yıllara uzanmaktadır. Bilinen en eski kaynak Çin'de Toa-Tse'nin yazdığı Cong-Fu'dur (Çetin & Bülbül, 2015). Hippokrat ve Asclepiades, masaj ve egzersizden söz eden kişilerin başında gelmektedir. M.Ö. 100-44 yıllarında Julius Caesar, nöralji ve epilepsi atakları için masajdan faydalandığını belirtmiştir. M.Ö. 25-50 yıllarında Romalı Doktor Aulus Comelius Celsius, yazdığı tıp dizini kitabında masaj, egzersiz, banyo ve masaj yağlarından bahsetmiştir (Yüksel, 2016). Tıp insanı ve felsefeci İbni Sina masajın yararlarına eseri El Kanun Fit Tıp'ta değinmiştir (Madenci, 2007). Masaj teknikleri 16. yüzyılda ilk kez cerrahide ve yara bakımında kullanılmıştır. Per Henrik Ling 19. yüzyılda kan ve lenf dolaşımını esas alan bir masaj tekniği geliştirerek gut hastalığı tedavisinde masajı kullanmıştır. Ayrıca masaj ve egzersizin birlikte kullanılması gerektiğini belirten ilk kişilerdendir (Yüksel, 2016).

Albert J. Hoffa tarafından 1900 yılında yayımlanan "Technik der Massage" kitabı, günümüzde hala masaj kitapları arasında temel eser olarak kabul edilmekte ve klasik masaj tekniklerinin temellerini oluşturmaktadır (Madenci, 2007). Mc Millan, 1932 yılında "Masaj ve Terapötik Egzersiz" adlı kitabını yazmış ve I. Dünya Savaşında, yaralı askerlerin rehabilitasyonunda masajın kullanımına öncülük etmiştir (Yüksel, 2016).

Ronald Melzack tarafından geliştirilen kapı kontrol kuramı, ağrı tedavisinde buz ve manuel masajın etkinliğini ortaya koymuştur ve sonrasında yapılan çalışmalar masajın endorfin salınımına etkisi olduğunu açıklamıştır. Masaj, 1960 sonrasında kronik hastalıklar, cerrahi ve medikal tedaviye direnç gösterilen durumlar, yaralanmalar ve tedavilerin destekçisi olarak giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Böylece günümüzde manuel teknikler içerisindeki önemli yerini almıştır. Masaj tüm dünyada çeşitli formlar halinde kullanılmaya devam etmektedir (Yüksel, 2016).

### 2.1.2. Terapötik masajın tanımı

Masaj, dokunma “mass” ve yoğurma “massein” kelimelerinden meydana gelmektedir (Madenci, 2007). Yorgun veya hasta dokuların normal haline dönmesi ve rehabilitasyonu için organizmada oluşturulan mekanik enerjinin derinlerde fizyolojik etki oluşturmasını sağlayan bilimsel bir terapi şeklidir (Polat, 2018). Masaj kas, deri ve ligament gibi yumuşak dokulara ve yumuşak dokular altında yer alan yapılara sistematik bir şekilde uygulanan manuel tedavi edici yöntemleri ifade etmektedir (Caz, 2023).

### 2.1.3. Masajın sınıflandırılması

Tarih boyunca farklı kültürler tarafından kullanılan masaj uygulamaları, kullanıldıkları kültürün etkisi altında kalmıştır. Bu nedenle kültürlere özgü yeni teknikler gelişmiş ya da mevcut teknikler değiştirilerek kullanılmıştır. Dominant kültürlerin etkileri masaj tekniklerinin sınıflandırılmasında dikkate alınmıştır (Çetin & Bülbül, 2015; Yüksel, 2016). Bunların başlıcalarından olan Batı, Doğu ve Melez kültürlere ait masaj uygulamaları Tablo 2.1. de gösterilmektedir.

**Tablo 2.1.** Batı, doğu ve melez masaj uygulamaları

<b>Batı Teknikleri</b>	<b>Doğu Teknikleri</b>	<b>Melez Kültürlere Ait Teknikler</b>
1.Klasik Masaj (Geleneksel Avrupa masajı, İsveç masajı) 2. Derin Doku Masajı 3.Transvers (Cross-fiber) Friksiyon Masajı 4. Miyofasyal Gevşetme 5.Konnektif Doku Masajı 6.Yumuşak Doku Mobilizasyonu 7. Nöromusküler Masaj 8. Spor Masajı 9.Manuel Lenfatik Drenaj Masajı	1. Acupressure 2. Shiatsu	1.Biyoenerji Yöntemleri (Terapötik dokunma, Reiki) 2. Cranio Sacral Terapi 3. Refleksoloji (Zone Terapi)

#### **2.1.4. Masajın etkileri**

Geleneksel tıp yerine alternatif yöntemler kullanma yönündeki eğilim masaja olan ilgiyi son yıllarda artırmaktadır. Masajın sağlık açısından pek çok faydası bulunmaktadır (Walaszek, 2015). Kas iskelet sistemi, sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem masajın etkilediği başlıca sistemler arasında yer almaktadır. Masaj, sistemler üzerindeki etkilerini fizyolojik etkiler, mekanik etkiler ve psikolojik etkiler olarak göstermektedir. Masajın vücut üzerindeki etkileri tamamen birbirinden bağımsız değildir. Örneğin deri üzerine uygulanan masaj ile kan dolaşımında meydana gelen değişimler, masajın hem fizyolojik hem de mekanik etkisini göstermektedir (Yüksel, 2016).

Masajın mekanik etkileri; derideki, skar dokusu üzerindeki, iç organlardaki ve obezite üzerindeki etkisini kapsamaktadır. Masajın bazı mekanik etkiler şunlardır; deride kan dolaşımını artırır, hücre beslenmesini ve rejenerasyonunu sağlar, atık maddelerin atılımına yardım eder, enfeksiyona karşı direnç oluşturur ve ölü hücreleri uzaklaştırır (Çakır Koçak & Sevil, 2021; Yüksel, 2016).

Masajın fizyolojik etkiler şunlardır; metabolizma, kardiyovasküler sistem, kas iskelet sistemi, sinir sistemi, solunum sistemi ve üriner sistem üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Masajın bazı fizyolojik etkileri; kan dolaşımını artırır, kasların daha fazla besin ve oksijen almasını sağlar, solunum kaslarındaki gerginliği azaltır, lenfatik drenajı artırır, ödemi azaltır, sedatif etkisi ile gevşemeyi sağlar (Polat, 2018; Yüksel, 2016; Zhong et al., 2019). Endorfin gibi doğal narkotiklerin salınımını tetikleyerek ağrının azaltılmasına yardımcı olur (Ak Sözer et al., 2019; Schroeder et al., 2014).

Masajın bazı psikolojik etkileri; bireyin özgüven duygusunu ve beden imajı algısını geliştirir. Gevşetici etkisi sayesinde travmalar ile başa çıkmayı güçlendirir (Yüksel, 2016). Masajın sağladığı rahatlama bireyde parasempatik uyarıları artırarak kaygıyı ve gerginliği azaltır (Schroeder et al., 2014).

#### **2.1.5. Masajın endikasyonları**

Masaj pratikte pek çok sebeple kullanılmaktadır. Hastalıklarda veya sağlık problemlerinde tek başına ya da tedavi ile birlikte kullanılabilir. Oldukça geniş bir kullanım alanına sahiptir (Ak Sözer et al., 2019; Madenci, 2007). Preterm bebekler, prenatal depresyon, deri rahatsızlıkları, otizm, ağrı, otoimmün rahatsızlıklar, yaşlanma

(Zhong et al., 2019) ve multiple skleroz dahil olmak üzere çeşitli durumlarda faydalı etkileri bulunmaktadır (Durmuş & Yıldız, 2021; Schroeder et al., 2014).

### **2.1.6. Masajın kontrendikasyonları**

Masaj uygulamasında kontrendikasyonlar genel veya bölgesel nedenlerle olabilmektedir. Masaj uygulamasından önce kişinin tıbbi bir kontrolden geçmesi gerekmektedir. Genel ya da bölgesel bir problemin olup olmadığı belirlenmelidir (Yüksel, 2016).

Genel kontrendikasyonlar arasında; ilk yardım gerektiren akut durumlar, kronik hastalıklar, sistemik enfeksiyon ve kanser gibi hastalıklar bulunmaktadır. Masaj uygulamasında bölgesel kontrendikasyonlar ise vücutta özel bir alan ile ilgili olan sorunları kapsamaktadır. Bu durumlarda genel olarak kişi için masaj uygulaması uygun olsa bile bölgesel olarak uygun olmayabilmektedir. Duyu bozuklukları, anevrizmalar, bulaşıcı deri hastalıkları, yanıklar ve yaralar bölgesel kontrendikasyonlar içerisinde yer almaktadır (Caz, 2023; Çetin & Bülbül, 2015; Madenci, 2007; Yüksel, 2016).

### **2.1.7. Masaj uygulamasında ilkeler**

Masaj uygulamasında bazı ilkeler bulunmaktadır. Bireylerin masaj uygulamasından maksimum düzeyde yararlanabilmesi için masaj uygulayan kişinin kendi vücut hareketleri ile en doğru alana uygun bir basınç ve hızla uygulama yapması gerekir (Yüksel, 2016).

Uygulayıcının yüzü uygulama sahasına dönük olmalıdır. Uygulayıcının sırtı dik durmalı ve bel bükülmemeli, döndürülmemelidir. Vücut ağırlığı arka ayakta olmalı, öndeki ayak denge için kullanılmalı, dizlerde hiperekstansiyondan kaçınılmalı, kollar masaj sahası ile 45 derecelik açı yapmalı, eller gevşek olmalı, aşırı basınç uygulanmamalıdır. El bilekleri gevşek olmalı ve aşırı ekstansiyondan kaçınılmalıdır (Madenci, 2007; Yüksel, 2016). Masaj uygulaması yapacak kişi kendi temizliğine de dikkat etmelidir. Eller temiz olmalı, tedavi öncesi ve sonrasında eller yıkanmalı, saçlar bireye temas etmeyecek şekilde toplanmalı, tırnaklar kısa olmalı, bireyi rahatsız edecek yüzük, saat gibi aksesuarlar bulundurmamalıdır (Yüksel, 2016).

Masaj sessiz, hafif ışıklandırılmış ve temiz bir ortamda uygulanmalıdır. Masaj vazodilatasyona neden olduğu için bireyde üşümeye neden olabilmektedir. Oda ısısı 23°-24°C olmalıdır. Gerekli hallerde elektrikli battaniye, sıcak su torbaları

kullanılmalıdır. Masaj uygulaması esnasında sadece uygulama alanı açıkta kalmalı diğer alanlar örtülmelidir. Bireyi gevşetmek için ritmi dakikada 60 vuruşu geçmeyen yumuşak müzikler tercih edilebilmektedir (Çakır Koçak & Sevil, 2021; Madenci, 2007; Yüksel, 2016).

Masaj uygulaması için geliştirilen masaj masaları ve masaj sandalyeleri gibi bazı ekipmanlar bulunmaktadır. Örneğin, yatma güçlüğü olan hastalar, üçüncü trimesterde olan gebeler ya da respiratuvar bazı sorunları olan bireylere masaj uygulaması yapılırken bu ekipmanlardan yararlanılabilmektedir. Ayrıca masaj uygulanacak bölgeyi desteklemek ve hastaya rahat bir pozisyon verebilmek için yastıklar ve kauçuklar gibi destekleme materyalleri bulunmaktadır. Bazı masaj masası, masaj sandalyesi ve destekleyici materyal örnekleri şekil 2.1'de gösterilmektedir (Yüksel, 2016).



a. Masaj masası



c. Destekleyici ekipman



b. Masaj sandalyesi



d. Masaj ekipmanlarının kullanımı

**Şekil 2.1.** Masaj ekipmanları (Yüksel, 2016)

Masaj uygulamasında bir diğer ilke bireye pozisyon verme sürecini kapsamaktadır. Bireyin gevşemesi ve rahat etmesi ayrıca masaj yapılacak bölgenin yükseltilerek kalbe venöz dönüşün sağlanması amacıyla pozisyon verilmektedir. Kullanılan temel pozisyonlar içinde sırtüstü, yüzüstü, yan yatış ve oturma pozisyonları yer almaktadır. Örneğin gebeler için ilk trimester sonrasında en uygun pozisyon yan yatış pozisyonudur. Pozisyon vermek için destekleyici masaj ekipmanlarından yararlanılabilir. Baş, dizler, uyluklar ve kolların altına ekipmanlar yerleştirilebilir (Yüksel, 2016).

### **2.1.8. Masajın süresi**

Masaj süresi uygulama yapılacak alana, hareketlerin hızına, bireyin yaşı ve vücut yapısına göre değişiklik göstermektedir. Masajda bazı alanlar için önerilen süreler bulunmaktadır. Üst ekstremiteler için 10-15 dakika, alt ekstremiteler ve sırt için 15-20 dakika, tüm vücut için yaklaşık 45-60 dakika önerilmektedir. Süre hastanın gereksinimlerine göre belirlenmelidir. Fiziksel özellikler de masaj süresinin belirlenmesinde önemlidir. Örneğin genç ve yaşlı bireylerde masaj süresinin kısa tutulması gerektiği belirtilmektedir (Madenci, 2007; Yüksel, 2016).

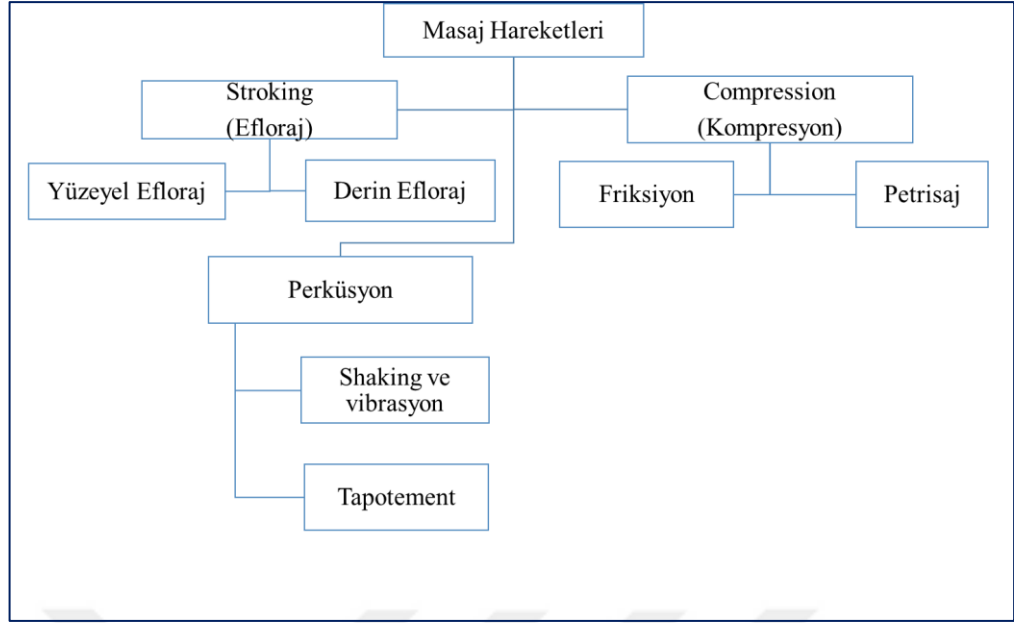
### **2.1.9. Masaj hareketleri**

Klasik masaj tekniğinde kullanılan başlıca hareketler efloraj, kompresyon ve perküsyondur (Şekil 1.2.) (Goats, 1994; Madenci, 2007; Yüksel, 2016).

Efloraj: Genellikle avuç içi, başparmak ya da parmaklarla, elin vücut yüzeyinde basınç uygulanarak kaydırılmasıdır. Hafif veya derin basınç uygulanarak yapılmaktadır. Masaj hareketleri içerisinde en sık kullanılan harekettir. Masaj uygulamasına başlarken ve uygulama bitirilirken, iki masaj hareketi arasında geçiş yapılırken ve masaj yapılacak alanın durumunu değerlendirmede kullanılmaktadır. Yüzeysel ve derin efloraj şeklinde uygulanmaktadır (Madenci, 2007; Yüksel, 2016)

Kompresyon: Hareket venöz ve lenfatik akımı hızlandırmak, dokudaki yapışıklığı açmak ve dokuyu germek amacıyla kullanılmaktadır. Petrisaj ve friksiyon şeklinde uygulanmaktadır. Petrisaj yoğurma anlamına gelmektedir. Elin palmar yüzü ile ya da parmaklar ve başparmağın palmar yüzü ile yapılmaktadır. Friksiyon ise derin dokular üzerindeki yüzeysel tabakaya basınç uygulanmasıdır. Deri ile deri altı birlikte hareket ettirilmektedir. Tüm el, avuç içi, başparmaklar ya da parmaklar kullanılmaktadır (Madenci, 2007; Yüksel, 2016)

Perküsyon: Eller ile ritmik ve hızlı bir şekilde vücut üzerinde darbeler oluşturulmaktadır. Spor masajında daha sık kullanılmaktadır. Tapotement, shaking ve vibrasyon şeklinde kullanılmaktadır. Tapotement, hafifçe vurma, davul çalma anlamındadır. Bir veya iki elin art arda vurması ile yapılan harekettir. Shaking masaj bölgesini ritmik olarak sallanmasıdır. Vibrasyon ise masaj bölgesine uygulanan titretilme hareketidir (Madenci, 2007; Yüksel, 2016)



**Şekil 2.2.** Klasik masaj hareketleri (Yüksel, 2016)

## 2.2. Ağrı

### 2.2.1. Ağrı kavramı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain, IASP) ağrıyı; gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlamaktadır (International Association of Science (IAS), 2022; Loeser & Treede, 2008). Klinik olarak yararlı tanımlardan birinin Mc Caffery'e ait olduğu belirtilmektedir. Mc Caffery tanımında “Ağrı hastanın söylediği şeydir. Birey var diyorsa buna inanmak gerekir” şeklinde ağrıyı ifade etmektedir (Şişman et al., 2024). Ağrı ortadan kaldırılmadığı zaman bireyin günlük aktivitelerini etkilemekte, aile ve iş yaşamındaki rollerde kayıplar yaşanmasına, psikomotor ve sosyal bozulmalara neden olabilmektedir (Çelik et al., 2019).

Ağrının ana görevi organizmayı zarardan koruması ya da yaralanmayı en aza indirmeyi sağlamasıdır. Organizmada nosiseptörler (ağrı reseptörleri) bulunmaktadır. Bu reseptörler deriden ya da daha derin dokulardan örneğin iç organlar ve kaslardan hasar sinyalinin iletebilmektedir. Nosiseptörler kimyasal, ısı ve basınç gibi durumlara duyarlı sistemlerden oluşmaktadır (Cansız et al., 2021). Acı verici uyarı sonrasında merkezi sinir sistemi uyarılmaktadır. Bunun sonucunda kan basıncı ve kalp atışı artmaktadır. Bireyde adrenalin salgılanır, gastrik motilite ve cilde kan akımı azalır. Bu

nedenle ağrılı uyarılarda bireyin alıcılarında açılma meydana gelir (Yılmaz et al., 2020).

Ağrı birkaç farklı kategoride sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalar; fizyolojisine göre nosiseptif, nöropatik ve enflamatuvar ağrı; seyrine göre akut ağrı, kronik ağrı; yoğunluğuna göre hafif, orta ve şiddetli ağrı olarak belirtilmektedir (Cansız et al., 2021; Loeser & Treede, 2008).

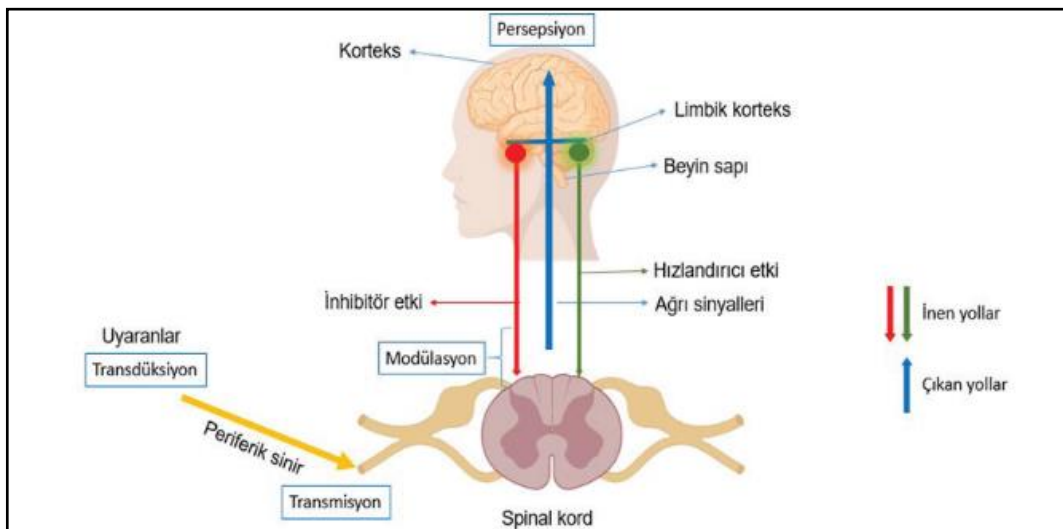
### 2.2.2. Ağrının mekanizması

Ağrı periferik nosiseptörlerin stimülasyonu ile başlar. Duyusal bilgi omuriliğin çevresinden dorsal boynuzuna iletilir. Ağrının iletimi dört aşamada gerçekleşmektedir (Şekil 2.3). Bu aşamalar transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyondur (Aydın, 2002; Cansız et al., 2021).

Transdüksiyon; nosiseptörlerde stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır.

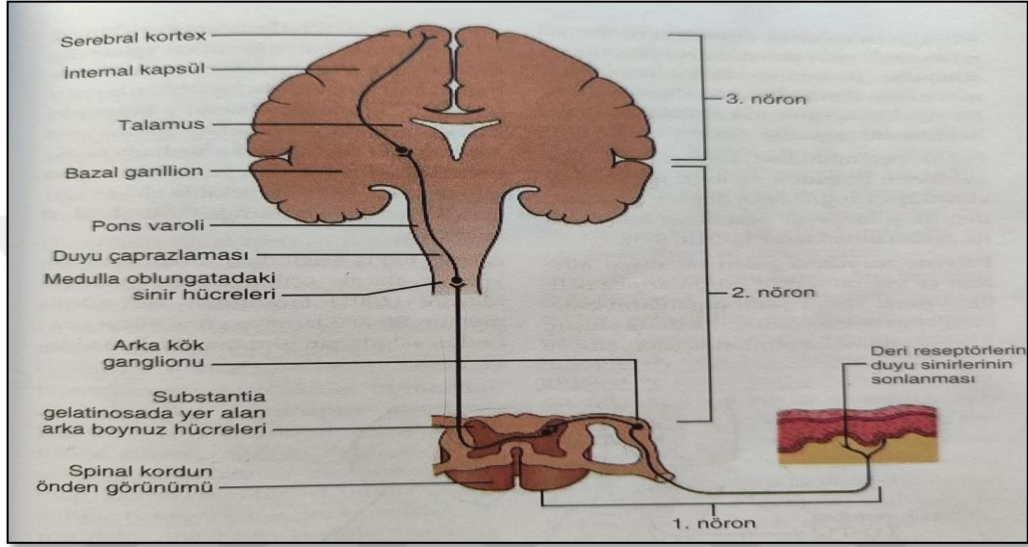
Transmisyon; impulsların sinir sistemi boyunca aktarılmasıdır. İlk olarak primer sensöriyel afferent nöronlar elektriksel aktiviteyi omuriliğe taşır. Daha sonra impulslar medulla spinalisten çıkan ileti sistemi vasıtasıyla beyin sapı ve talamusa ulaştırılır. Son aşamada talamustan talamokortikal bağlantılarla kortekse iletilir.

Modülasyon; nosiseptif transmisyonun nöral etkenlerle modifiye olmasıdır. Persepsiyon: kişinin subjektif emosyonel deneyimleri ve psikolojisi ile etkileşimi sonucu oluşur. Uyarının algılandığı son aşamadır.



Şekil 2.3. Ağrı algısının mekanizması (Cansız et al., 2021)

Ağrının iletiminde, ağrı yolağı (uyarıları taşıyan sinir liflerinin hücre cismi) duyuusal sinir uçlarından köken alır. Uyarı sinir uçlarından ilgili sinirin dorsal ganglion köküne daha sonra da posterior boynuz ile omuriliğe taşınır. Bu birinci nöronu oluşturur. Ağrı iletiminde ikinci yer spinal korttur. İkinci nöron omuriliği çapraz geçer. Uyarıyı medulla oblongata, pons ve orta beyin ile talamusa taşır. Ağrı uyarısı iletiminin üçüncü nöronu talamustadır. Uyarı buradan kortekse geçer (Şekil 2.4.) (Aydın, 2002; Yılmaz et al., 2020).



**Şekil 2.4.** Ağrı iletimiyle ilgili nöronlar (Fraser & Cooper, 2009; Yılmaz et al., 2020)

Periferik reseptörler, organlar ve cilt ağırlı uyarıları algılayan reseptörler (nosiseptör) bulundurulur. Sinir uçlarında bulunan bu reseptörler uyarılara karşı hassastır. Ağrı bu reseptörler tarafından algılanır ve afferent sinir lifleri (A-delta ve C lifleri) ile iletilir. Üst merkeze çıkan birinci nöronu oluşturan iki tip afferent sinir bulunmaktadır. Birincisi mekanoreseptörlerden köken alan kalın, miyelinli A-alfa ve A-beta lifleridir. İkinci ise spesifik ağrı reseptörlerden köken alan ince miyelinli A-delta ve miyelinsiz C lifleridir. Ağrılı uyarıları merkezi sinir sistemine iletmekten sorumlu lifler miyelinli A-delta ve miyelinsiz C lifleridir. Birinci nöronu oluşturan A-delta ve C liflerinin ikinci nöronu arka boynuzdadır. İkinci nöron lifleri orta hattı geçer, ventrolateral kolondan yukarı bulbus, orta beyin ve talamusa ulaşır. Üçüncü nöronlar ise talamustan kortekse yayılır (Yağcı & Saygın, 2019; Yüksel, 2016).

Lif sistemi tarafından beyne iletilen uyarılar ağrı deneyimi edinilmesini sağlar. Akut ağrıda çapça daha büyük olan A-delta lifleri iletimi meydana getirir. Keskin ve lokalize bir ağrı oluşturur. C liflerinin çapı daha küçük olup kronik ağrıların iletimini

gerçekleştirir. Lokalize edilemeyen, dayanılmaz ve şiddetli ağrılar meydana getirir (Yılmaz et al., 2020; Yüksel, 2016).

### 2.2.3. Ağrı teorileri

Ağrı mekanizması tamamen açıklığa kavuşturulamamıştır. Ağrı mekanizması ile ilgili farklı teoriler ileri sürülmüştür (Yılmaz et al., 2020). Melzack ve Wall tarafından 1965'te ileri sürülen kapı kontrol teorisi en fazla kabul gören teoridir (Aydın, 2002; Melzack & Wall, 1965). Bu teoride ağrı bölgesinin uyarılmasının ağrıyı azaltacağı belirtilmektedir. Medulla spinalis segmentlerinin dorsal gri sahalarında ağrı duyusu sınıflandırılmaktadır. Özellikle substantia gelatinosada bu işlev sağlanmaktadır. Afferent lifler aracılığı ile omuriliğin T transmisyon hücrelerine gelen uyarılar spinal kapı olan substantia gelatinosa tarafından ayarlanır (Yüksel, 2016).

Kapı mekanizması A-alfa ve A-beta liflerinin aktivitesi ile kontrol edilmektedir. Kalın liflerin (A-alfa ve A-beta) uyarılması substantia gelatinosa hücrelerini aktive eder, uyarı geçişi inhibe (A-delta ve miyelinsiz C) olur, kapı kapanır ve ağrı iletilmez. İnce liflerin uyarılması substantia gelatinosa hücrelerini bloke eder, kapı açılır ve ağrı iletilir (Yüksel, 2016). Bu teori, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), hafif masaj, titreşim, banyo, sıcak uygulama ve hareketle vücudun konumlandırılması gibi teknikleri içerir (Bonapace et al., 2018). Masaj terapisi, ağrının beyne iletilmesini engelleyen bir uyarı oluşturmaktadır. Bu uyarı ağrının algılanmasının engellenmesi için etkili bir şekilde kapıyı kapatmaktadır. Ayrıca masajın endorfin salınımını uyardığı ve serotonin seviyelerini artırarak ağrı sinyallerinin beyne iletilmesini engellediği vurgulanmaktadır (Janssen et al., 2012).

Ağrı mekanizması ile ilgili bir diğer teori ise endorfin teorisidir. Endorfin salınımı vücudun fiziksel stres durumunda verdiği bir tepkidir. Endorfin teorisi, vücuttan sentezlenen ve doğal analjezik etkisi olan endorfinin beyin ve spinal kord bölgesindeki opiat reseptörlerine bağlanmasıdır. Bu şekilde ağrının bilinç düzeyine ulaşması engellenmektedir. Gebeliğin sonuna doğru salgılanma miktarı artarak kadını doğuma hazırlanmasını sağlamaktadır. Endorfin ayrıca postpartum dönemde annenin kendini iyi hissetmesini sağlar (Gültepe, 2024; Kömürcü, 2014). Bu teori masaj, yoga, müzik, akupress, egzersiz, refleksoloji gibi teknikler ile hissedilen ağrı duygusunu azaltabilmektedir (Mamuk & Davas, 2010).

#### **2.2.4. Masaj ve ağrı**

Ağrı kişiye özgü bir deneyimdir. Kişinin ağrı eşiği hissedilen ağrıyı etkilemektedir. Aynı bireyin benzer ağrılı uyarana verdiği tepkiler bile zaman içerisinde değişebilmektedir. Ağrı merkezi sinir sistemine gelen afferent bir girdidir. Bu nedenle ağrının algılanmasını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Masaj da bunlardan biridir (Yüksel, 2016). Masaj ağrı algılanmasını ve ağrı eşiğini etkileyerek ağrının kontrol edilmesini sağlamaktadır. Ayrıca başka bir insana dokunmak, ilgi, endişe, güvence veya sevgi gibi olumlu mesajları iletmektedir (Simkin & Bolding, 2004).

Masaj, merkezi sinir sistemine A-beta lifleri ile uyarılar göndererek medulla spinalisteki ağrılı uyarılar ile rekabet edebilmekte, ağrı sinyallerinin bloke edilmesine ya da azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Piotrowki ve ark. (2003) randomize kontrollü çalışmalarında masajın postoperatif ağrı üzerine etkilerini değerlendirmişlerdir. Postoperatif dönemde uygulanan üç (masaj, ilgi ve rutin bakım) girişimden oluşan çalışmalarında, girişimler arasında masaj uygulamasının ağrının azaltılmasında daha hızlı bir etki yaptığını saptamışlardır (Piotrowski et al., 2003). Değirmen, Özerdoğan ve ark., (2010) gebelerde sezaryen sonrası ağrı kontrolünde ayak ve el masajının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında masajın ağrı kontrolünde etkili bir müdahale olduğu sonucuna varmışlardır (Değirmen et al., 2010).

Masaj, obstetrik vakalar içinde ağrının azaltılmasında tamamlayıcı alternatif tıp müdahalelerinin içinde kullanılmaktadır. Masajın doğum ağrısını hafifletmede de etkin olduğunu gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır. Chang ve ark. (2006), çalışmalarında 60 primipar gebede masaj uygulamasının doğum ağrısı üzerine etkisini değerlendirmişlerdir. Kadınlar masaj ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmış ve ağrı durumları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda masajın ağrının şiddetini etkin bir şekilde azalttığı belirlenmiştir (Chang et al., 2006)

#### **2.3. Doğum Eyleminde Ağrı**

Ağrı, bireyleri genellikle vücutta patolojik bir durumun varlığı konusunda bilgilendirmektedir. Ancak doğum ağrısı patolojik bir faktör olmayıp, fetüsün doğumu için uterusun düz kaslarının kasılmasından kaynaklanan fizyolojik bir durumdur. Doğumda ağrının şiddeti benzersizdir ve dünyanın en şiddetli ağrısı olarak bildirilmektedir (Amiri et al., 2019). Fizyolojik bir ağrı deneyimi olsa da kadın

tarafından ağrı tolere edilemediğinde anne ve fetüs sağlığı için olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Mamuk & Davas, 2010). Bu nedenle doğum ağrısının kontrolü sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutmaktadır (Amiri et al., 2019).

Doğum ağrısı çok boyutlu ve subjektif bir deneyimdir. Tüm kadınlar doğumda ağrıyı deneyimlese de ağrıyı algılama ve tepki verme şekli farklıdır. Kadınlar doğum eyleminde ağrı deneyimlerini farklı şekillerde yaşarlar. Doğum eylemi anne için mutluluk ve heyecan verici bir deneyim olabilirken; korku, kaygı gibi olumsuz duygularla da ilişkili olabilmektedir. Hatta bu olumsuz duygular sezaryen tercihinin neden olabilmektedir (Czech et al., 2018).

Doğumda kadın için ağrının şiddeti kadınlıkla ilgili kültürel, sosyal, mental, psikolojik, ekonomik ve çevresel pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Kadının doğuma yönelik tutum ve inancı, daha önce yaşadığı ağrı deneyimleri, doğum ortamı ve psikolojik faktörler doğum ağrısını etkileyebilmektedir. Kadının farkındalık düzeyi, ağrıya baş etme konusunda kültürel durumu, sağlık kurum ve hizmetlerine erişimi ağrıya karşı farklı algı ve tepkilere yol açabilmektedir (Beigi et al., 2019; Özsoy et al., 2018).

Doğum ağrısının visseral ve somatik olmak üzere iki unsuru bulunmaktadır. Visseral ağrı, doğumun ilk aşamasında meydana gelir. Alt uterus segmentinin kasılması ve serviks dilatasyonundan kaynaklanan gerilme ile ilişkilidir. Dilatasyon nedeni ile oluşan gerilme anne tarafından ağrı olarak hissedilmektedir. Visseral ağrı; iyi lokalize edilemeyen, künt karakterde, belirsiz, aralıklı gelip giden bir ağrıdır. Somatik ağrı ise doğum eyleminin ilk aşamasının sonunda ortaya çıkar ve ikinci aşamada da devam eder. Vajinaya ve perineye uygulanan basınç nedeni ile oluşmaktadır. Somatik ağrı; iyi lokalize edilen, keskin, net, devamlılık gösteren bir ağrıdır (Labor & Maguire, 2008).

Doğum ağrısı eylem sırasında bir takım olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Durmuş & Yıldız, 2021). Ağrı solunum sistemini uyarır, solunum hızını ve oksijen tüketimini artırır. Hiperventilasyon respiratuar alkaloz ve fetüse taşınan kan miktarında azalmaya neden olabilir. Ayrıca doğum sırasındaki ağrı ve stres sempatik sinir sistemini harekete geçirir. Dolaşımda katekolamin ve kortizol salınımının artışı meydana gelebilir. Katekolaminlerde ortaya çıkan artış, uterus kan akışında azalma,

kalp debisi ve kan basıncındaki artışla ilişkilidir (Durmuş & Yıldız, 2021; Koyyalamudi et al., 2016).

### **2.3.1. Doğum eyleminde ağrının kontrolü**

Doğum ağrısının anne ve fetus üzerinde meydana getirebileceği olumsuz etkileri nedeni ile ağrının kontrol altına alınması gerektiği bildirilmektedir (ACOG, 2004). Bu nedenle doğum ağrısının kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Biana et al., 2021; Karabulutlu, 2014; Kızılırmak & Calpbinici, 2021)

Farmakolojik yöntemler, sistemik etkili anestezi ve analjezikler ve bölgesel etkili analjezik ve anesteziikleri içermektedir. Opioid enjeksiyonu, nitrous oksit ve oksijen karışımının inhalasyonu ve epidural ile lokal analjezi farmakolojik yöntemler içerisinde yer almaktadır (Anim-Somuah et al., 2018; Kızılırmak & Calpbinici, 2021).

Nonfarmakolojik yöntemler, ilaç kullanılmadan kadının gevşemesini sağlayan, ağrı algısını azaltmaya yönelik yöntemlerdir. Gevşeme, solunum teknikleri, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma, intradermal su enjeksiyonu, sıcak ve soğuk uygulama, hidroterapi-banyo, homeopati, aromaterapi, refleksoloji, akupunktur, akupressür ve masaj tekniklerini içermektedir (Ak Sözer et al., 2019; Karabulutlu, 2014). Nonfarmakolojik yöntemler sadece ağrıyı azaltmakla kalmaz aynı zamanda kişinin psikolojik ve manevi açıdan daha iyi hissettirmektedir. Ciddi yan etkileri olmayan, basit, kolay uygulanabilir, ek maliyet gerektirmeyen yöntemlerdir (Durmuş & Yıldız, 2021).

### **2.3.2. Doğum eyleminde ağrı ve masaj**

Doğum, kadınların yaşam süreçlerinde deneyimleyecekleri eşsiz bir olaydır (Mammadov & Taş, 2024). Doğumda fetüsün iniş hareketi sebebi ile oluşturduğu baskı, pelvik kasların ve ligamentlerin esnemesi ağrı oluşumuna sebep olabilmektedir (Yılmaz et al., 2020). Yaşanabilecek en şiddetli ağrılardan biri olarak belirtilen doğum ağrısı, kadınlarda doğum korkusuna neden olmaktadır. Doğum korkusu ise sezaryen oranlarının artmasıyla sonuçlanmaktadır (Mammadov & Taş, 2024). Türkiye’de 2018-2023 yılları arasında kaydedilen toplam genel sezaryen oranının %57,55 olduğu bildirilmektedir (Ulgu et al., 2023). Bu oran ile Türkiye sezaryen oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, doğumun mümkün olan en az müdahaleyle güvenli bir şekilde gerçekleşebileceğini belirtmekte ve gebeye doğum boyunca duygusal ve fiziksel destek verilmesini önermektedir (WHO, 2018). Doğumda kadına verilen fiziksel destek yöntemleri içerisinde yer alan ağrıyı azaltıcı ve rahatlatıcı bakım uygulamaları kapsamında masaj teknikleri de yer almaktadır (Karaçam & Akyüz, 2011; Uludağ & Mete, 2014). Masaj sağlık bakımı uygulamalarının önemli bir parçası olan, doğum eyleminde ağrının azaltılmasına pozitif katkı sağlayan, doğum eyleminin süresini kısaltan, farmakolojik yöntemlerin kullanılmasını azaltan, annenin olumlu doğum deneyimine ve ana çocuk sağlığının gelişimine katkı sağlayan bir yöntemdir (Ak Sözer et al., 2019; Durmuş & Yıldız, 2021).

Kadınların birçoğu gebeliğe bağlı sağlık durumlarını yönetmek için masaj tekniklerinden yararlanmaktadır (Hall et al., 2021). Bir Cochrane incelemesi (11 çalışma ve 833 kadını kapsayan), masaj dahil gevşeme tekniklerinin erken doğum ve doğum sonuçları üzerindeki etkisini incelemiş ve hiçbir zarara neden olduğuna dair kanıt olmaksızın stres, kaygı ve sezaryen oranlarını azaltabileceği, bebek doğum ağırlığını artırabileceği sonucuna varmıştır (Khianman et al., 2012). Smith ve ark., (2018) gerçekleştirdikleri bir Cochrane incelemesinde masajın, doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evresinde ağrıyı azaltmada, doğum süresini ve kaygıyı azaltmada, kadınların kontrol duygusunun ve doğumda memnuniyet düzeyinin artmasında rol oynayabildiğini saptamışlardır (Smith et al., 2018). Mammadov ve ark., (2024) randomize kontrollü çalışmalarında latent, aktif ve geçiş evrelerinde doğum ağrısı yönetimi için kullanılan akupunktur ve masajın etkisini araştırmışlardır. Masajın doğum ağrısının azaltılmasında, olumlu bir doğum deneyimi sağlanmasında ve doğum memnuniyetinin artırılmasında etkili olduğunu tespit etmişlerdir (Mammadov & Taş, 2024).

## **2.4. Kaygı**

Kaygı kelimesinin kökü “anxietas” olup Yunanca’dan gelmekte; merak, endişe ve korku anlamlarını ifade etmektedir (Kaya & Varol, 2004). Kaygı bireyin kendini güvende hissetmediği durumlarda ortaya çıkan, evrensel bir duygudur. Benlik bütünlüğüne karşı oluşan bir tehdide yönelik hissedilen gerilimdir ve bu durum bireyde rahatsızlık verici bir duygu olarak tanımlanır. Tehdit, belirli ya da spesifik olmayıp bilinçli ya da bilinçsiz algılanmaktadır. Birçok birey yaşamları sürecinde farklı

düzeylelerde kaygı yaşar. Bu durum bazılarında durumsal ve kısa süreli, bazılarında ise uzun süreli meydana gelir (Öz, 2010; Tektaş, 2014).

Kaygı kavramı farklı kuramlar tarafından tanımlanmıştır. Davranışçı kuram kaygıyı aile ve toplumdaki öğrenilmiş bir süreç olarak tanımlar. Koşullu uyarılara karşı koşulsuz tepkiler oluşmaktadır. Bilişsel kuramda kaygı, bireylerin olayları çarpıtılmış düşünceler ile algılaması sonucu meydana gelir. Burada kaygının nedeni olayın kendisi değil birey tarafından nasıl algılanıp yorumlandığı ile ilgilidir. Psikoanalitik kuram ise Freud'un teorisidir. Pek çok kaygı teorisi bu teoriden kaynak alır. Burada kaygı bireyin kendi içinde başlar yani bir iç çatışmanın ürünüdür. Benlik (ego) ile altbenlik (id) veya benlik ile üstbenlik (süperego) arasındaki çatışma neticesinde kaygı ortaya çıkar. Altbenliğin haz ilkesi neticesinde doyum arayan istekleri üstbenliğin gerçekçi yönü ile engellenir. Benlik bu çatışmayı bastırırsa problem meydana gelmez ancak bastıramazsa bir tehdit algısı oluşur ve kaygı yaşanır. Varoluşçu kuram ise, kişinin yaşamın anlamsızlığını fark ettiğini, bu durumun ölümden bile daha rahatsız edici bir korkuya sebep olduğunu, bunun neticesinde ise kaygının ortaya çıktığını belirtmektedir (Kutunis & Tunç, 2013; Manav, 2011; Öz, 2010; Şahin, 2019).

Kaygı Freud tarafından üç kategoride tanımlanmıştır (Öz, 2010; Şahin, 2019).

Objektif ve gerçekçi kaygı: Dış uyarıcıdan gelen tehdiye karşı meydana gelir ve bireyler gerçek tehlike durumlarında bu kaygıyı deneyimlerler.

Nevrotik kaygı: baskılanmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden meydana gelir. Kişinin kendisinden kaynaklanan bu endişe durumu patolojik olarak yorumlanır.

Moral kaygı: Kişinin hissettiği utanma, suçluluk ve vicdan azabı gibi duyguların meydana getirdiği kaygıdır. Düşünce ve bellekteki çatışmalar sonucu oluşmaktadır.

Kaygının birtakım özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikleri arasında; evrensel olması, bireyin algılarını etkilemesi, tanımlanması zor iç sıkıntılar oluşturması, tehlike habercisi ve tehdiye karşı uyarıcı olması, tehlike ve tehdiye karşı gerilim oluşturması, bilinmeyen bulma çabasını içermesi gibi faktörler yer almaktadır (Öz, 2010).

Kaygı düzeylerinde gerilim miktarı bireyin davranışlarını etkiler. Gerilim bireyde konsantrasyon, algılama ve düşünme yeteneğinde değişikliklere yol açar.

Kaygının düzeyine göre bireyin uygun davranış tepkileri değişebilmektedir. Sakin kaygı düzeyinde birey iyi olduğunu hisseder ve rahattır. Bu düzeyde kişide enerjisini kullanması için motivasyon eksikliği oluşabilir. Hafif kaygı düzeyinde bireyde gerilim vardır. Enerjide artış görülür ve çevreye karşı daha duyarlıdır. Konsantre olma ve mantık yürütme kabiliyeti iyidir. Orta düzey kaygıda kişi gergin ve çevreye daha az duyarlıdır. Şiddetli kaygıda kavrama alanında daralma, çevresel olayları algılayamama, ayrıntılara yoğunlaşma, problem çözme ve mantık yürütmede zorlanma söz konusudur. Panik düzeyde ise kavrama alanı dağılmış, olaylar arası bağlantı ve çevresel algı kopmuştur, kişi kriz aşamasındadır (Öz, 2010; Tektaş, 2014).

Spielberg, kaygıyı iki şekilde ele almaktadır. Bunlar durumluk kaygı (State Anxiety) ve sürekli kaygı (Trait Anxiety)'dir. Sürekli kaygı, bireyin içinde bulunduğu durumdan dolayı hissettiği kaygıdır. Birey içinde bulunduğu bütün koşullarda tedirgin ve duyarlıdır. Devam eden bir kişilik özelliğidir. Durumluk kaygı ise bireyde belli durumlar karşısında meydana gelen, gerginlik ve evham duyguları ile karakterize, tehdit ortadan kalktığı anda kaybolan, geçici ve kısa süreli bir gerginlik ya da duyarlılık halidir (Doğan & Baş, 2003; Kutanis & Tunç, 2013; Spielberger Donald, 1983; Tektaş, 2014).

Birey, tehdit ile karşılaştığında hipotalamus uyarılır. Hipotalamus sempatik sinir sistemi ve hipofiz bezini etkiler. Norepinefrin ve epinefrin salgılanır. Bunun etkisiyle bireyde periferik damarlarda vazokonstriksiyon, kan basıncında yükselme, kan hacminde artma, kalp atım hızında artma, kan glikoz düzeyinde yükselme, idrar miktarında azalma, ciltte soğukluk ve solukluk görülür. Göz bebekleri büyür, gastrointestinal sistem yavaşlar, ağız kurur, ruhsal uyanıklık ve terleme artar. Bu değişiklikler bireyi tehde karşı korumak için enerji oluşturulmasına katkı sağlar (Doğan & Baş, 2003; Öz, 2010; Şahin, 2019).

#### **2.4.1. Doğum eyleminde kaygı**

Gebelik ve doğum meydana getirdiği değişimler nedeni ile kadının yaşamında önemli bir yere sahiptir (Mete et al., 2016). Gebelerin yaklaşık beşte birinin kaygı veya depresyondan muzdarip olduğu göz önüne alındığında, perinatal ruh sağlığının önemi giderek daha fazla kabul görmektedir (Hall et al., 2022). Gebelik süreci ilerledikçe kadında kaygı düzeyi artmaktadır (Mete et al., 2016). Doğum süreci de fizyolojik bir olay olmakla birlikte, psikolojik kaygılar açısından risk oluşturan bir dönemdir

(Dönmez et al., 2014). Kadınlar doğum eylemi sürecinde olup bitenleri bilmedikleri için de kaygı yaşamaktadırlar (Metem et al., 2016). Üst ve ark., (2013) doğum eyleminde gebelerin kaygılarının orta düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir (Üst et al., 2013). Uçtu ve Akan (2021) çalışmalarında doğum eyleminde kadınların hem durumluk hem de sürekli kaygı puanlarının orta düzeyde olduğunu saptamışlardır (Uçtu & Akan, 2021)

Perinatal duygudurum değişikliklerinde psikososyal ve biyolojik risk faktörlerinin sorumlu olduğu belirtilmektedir. Gebelik ve doğumda anne adayının deneyimleri ve gebeliğe yönelik tutumu ve tecrübesi, eğitim düzeyi, aile ilişkileri, sosyoekonomik durumu, doğum eyleminin uzunluğu, obstetrik ve cerrahi riskler, hastaneye erişim imkanı, çocuk sayısı ve ağrı stres oluşturan risk faktörleri arasında yer almaktadır (Alipour et al., 2011; Dönmez et al., 2014).

Doğum eylemi, ağrının hem anne hem de bebeğe zarar verme olasılığı nedeni ile tehdit edici bir fenomen olabilmektedir (Sarı & Gürhan, 2024). Doğum eyleminde ağrı gebenin kaygı düzeyini artırırken, kaygının artması da ağrı algısını artırmaktadır (Ak Sözer et al., 2019). Kaygı, gebelik ve doğumda komplikasyonları artırmakta, intrauterin gelişme geriliği, fetal distress, uzamış doğum eylemi ve kanamaya neden olabilmektedir (Hall et al., 2022; Üst et al., 2013). Kaygı ve doğum korkusunun azaltılması bu nedenle önem arz etmektedir. Masaj uygulamasının kaygı ve doğum korkusunu azalttığı belirtilmektedir (Ak Sözer et al., 2019; Hall et al., 2022). Ayrıca gebelik dönemlerinde partnerlerinin masaj uyguladığı kadınlarda daha az depresyon ve gebelik komplikasyonları görülmekte ve partnerleriyle olan ilişkilerinde iyileşme olduğu bildirilmektedir (Hall et al., 2021). Hall ve ark., (2022) nitel çalışmaları sonucunda partner tarafından uygulanan masajın, gebe kadınlar için hafif kaygıyı yönetmede erişilebilir ve pratik bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir (Hall et al., 2022).

#### **2.4.2. Doğum eyleminde kaygı ve masaj**

Doğum yorgunluk, korku ve negatif duyguların eşlik ettiği, ağrılı ve stresli bir olaydır ve doğum süreci ilerledikçe durum kötüleşebilmektedir (Mortazavi et al., 2012). Kadınların doğumda korku ve kaygı yaşamaları pelvik kasların gerilmesine ve hem uterusun itici gücüne hem de gebenin ortaya koyduğu itici güce karşı direnç oluşmasına neden olmaktadır (Terzioğlu & Gönenç, 2012). Doğum sürecinin yönetilebilmesi için çeşitli analjezikler kullanılmaktadır. Ancak kanıtlanmış farklı yan etkileri nedeniyle hiçbiri tek başına ağrıyı yeterince yönetememektedir (Mortazavi et

al., 2012). Masaj doğum eyleminde gevşemeyi ve rahatlamayı sağlamakta, ağrı şiddetini azaltmaktadır. Terzioğlu ve Gönenç (2012), masaj uygulamasının akupressür ve kontrol grubuna göre kaygıyı azaltmada daha etkili olduğunu bulmuşlardır (Terzioğlu & Gönenç, 2012). Mortazavi ve ark., (2012), masaj grubunun kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha düşük ağrı ve kaygı durumuna sahip olduğunu ayrıca memnuniyet değerlerinin de yüksek olduğunu saptamışlardır (Mortazavi et al., 2012). Bala ve ark., (2017) 90 primipar gebe ile sırt masajının doğum eylemindeki etkinliğini, ağrı ve kaygı düzeyine etkisini incelemişlerdir. Masaj uygulanan grupta kaygı skorlarının daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır (Bala et al., 2017).

## **2.5. Doğum Eyleminde Babanın Rolü**

Anne ve baba adayları için doğum, yaşamlarındaki en özel deneyimler arasında yer almaktadır. Bu özel deneyimin olumlu bir şekilde sonuçlanması anne ve bebek sağlığı ve ailenin refahı için oldukça önemlidir. Ancak doğum bazen hayal kırıklığı ve korku ile sonuçlanabilmektedir. Bu durum olumsuz, konforsuz ve memnuniyetsiz bir doğum algısına neden olabilmektedir (Oveysi & Apay, 2021). Ayrıca anne/baba bebek bağlanması ve emzirmede sorunlar, sezaryen isteği, postpartum depresyon, cinsel disfonksiyon ve yenidoğan ihmal ve istismarı görülebilmektedir (Boz et al., 2019; Kinsey et al., 2014).

Anne adayının olumlu bir doğum deneyimi yaşaması için destekleyici bakım önemlidir. Destekleyici bakım kadının doğum ağrısının azaltılmasında, doğum eyleminin sonuçlarının iyileştirilmesinde, epidural kullanımının azaltılmasında, müdahaleli doğum eyleminin azaltılmasında, konforu sağlamada, yenidoğan sonuçlarının iyileştirilmesinde ve doğum sonu dönemde ebeveynlik rolüne geçişte olumlu etkilere sahiptir (Bayrı Bingöl et al., 2020; Karaçam & Akyüz, 2011; Oveysi & Apay, 2021).

Doğumda destekleyici bakım farklı boyutlarda sınıflandırılmaktadır (Barnett, 2008). Sauls, (2006) doğumda desteği altı boyutta ortaya konmuştur. Bu alt boyutlar, somut destek, savunuculuk, duygusal destek ve güven verme, duygusal destek-kontrol oluşturma, güvenlik ve rahatlık, duygusal destek-hemşire bakım davranışı ve bilgi desteğinden oluşmaktadır (Sauls, 2006). Hodent (1996) ise doğumda desteği beş kategoride incelemiştir. Bu kategoriler, duygusal destek, rahatlık, savunuculuk, bilgi ve eş desteğini kapsamaktadır (Hodnett, 1996). Bianchi ve Adams (2004), Gagnon ve

Waghorn (1996), McNiven, Hodnett ve O'Brien- Pallas (1992) ve Gale, Fothergill-Bourbonnais ve Chamberlain (2001) ise destekleyici bakımı dört alanda gruplandırmıştır: fiziksel rahatlık, duygusal destek, eğitim/bilgilendirme ve savunuculuk (Adams & Bianchi, 2008). Doğum anında anne adayının yanında partnerinin olmasını sağlamak da kadının uyumunu ve olumlu doğum sonuçlarının artmasını sağlayan destekleyici bakım girişimleri arasında yer almaktadır. Ayrıca masaj sınıflandırmalarda somut destek, rahatlık ve fiziksel destek içerisinde yer almaktadır. Destekleyici bakımının anne ve bebek için olumlu etkilerini düşündüğümüzde bu sınıflamalarda yer alan eş desteği ve masaj gibi uygulamaları kombine olarak uygulamak bakımın olumlu etkilerini daha da artırabilir.

Babaların gebelik ve doğum sürecine katılmaları dünyada 1960'lardan buyana artış göstermektedir (Karaçam, 2020). Gebelik ve doğum sırasında babalar anneler tarafından en önemli destek kaynağı olarak kabul edilmektedir (Güngör, 2015; Porrett et al., 2012). Bazı durumlarda babaların desteği ebelerin sunduğundan daha yüksek olarak değerlendirilmektedir (Ip, 2000). Doğum sırasında eşten veya ebelerden alınan desteğin, daha olumlu bir doğum deneyimine, daha kısa doğum süresine ve ebeveynliğe hazırlanmaya yönelik olumlu bir tutuma yardımcı olduğu ifade edilmektedir (Ip, 2000). Babaların doğum eylemindeki varlığı yeni aile biriminin oluşumunda önemlidir. Ayrıca doğum sırasında ağrı ile baş etmede ve kontrol kaybını önlemede yararlıdır (Price et al., 2007). Babanın doğumda bulunmasının çiftler arasındaki ilişkiyi derinleştirdiği ve baba - bebek ilişkisini yakınlaştırdığı düşünülmektedir (Uyanık et al., 2023).

Doğum sırasında destek sağlamada baba adaylarının benimseyebileceği üç rol vardır. Bunlar koç, takım arkadaşı ve gözlemci rolleridir. Koç görevinde baba adayı, doğum kasılmaları sırasında ve sonrasında partnerine solunum ve gevşeme egzersizleri yapması için aktif olarak yardımcı olmaktadır. Takım arkadaşı rolü, babanın fiziksel ve psikolojik destek sağlayarak kendisini sağlık ekibinin bir üyesi olarak görmesidir (Ip, 2000). Doğumda eş desteği ve masaj ile sağlanan destekleyici bakımın anne ve bebek üzerine olumlu etkilerine bakıldığında, babaların doğum sürecine destek sağlaması pozitif doğum sonuçları açısından önemli olabilir.

## 2.6. Doğum Eyleminde Ebenin Rolü

Doğum sürecinde kadınlar, doğalarında olan güçle doğumlarını yönetmektedir. Doğumun doğal ve ritmik seyrinde kadının fizyolojisine saygı gösterilerek ve desteklenerek olumlu bir doğum deneyimi yaşamaya sağlanmalıdır. Doğum sürecinde kadının yorulması, nefes kontrolünü sağlayamaması ve abdominal kaslarının itici güçlerini kullanamaması gibi nedenlerle doğumun desteklenmesi gerekebilmektedir. Ayrıca bazı tıbbi endikasyonlar nedeni ile de maternal ve fetal sağlığı korumak amacıyla doğum eylemi sürecinde bazı uygulamalar gerçekleştirilebilmektedir. Doğum sürecinde ebelerin ana görevi doğumun doğal seyrini korumak, gereksiz müdahaleleri engellemek ve kadını yakından takip etmektir. Herhangi bir tıbbi endikasyon meydana geldiğinde ise ebeler kadına emosyonel destek sağlamalı ve maternal, fetal sağlığı koruyacak şekilde en uygun bakımı vermelidir (Yılmaz Esencan & Daştan, 2023). Nitekim ebeler kadına gebelik ve doğum sürecinde destek, bakım ve danışmanlık sağlayan profesyonellerdir (Aksoy et al., 2022). Ebelerin anne adaylarına sağladıkları destekleyici bakım doğum memnuniyetini ve normal doğum eğilimini artırmakta, doğumda müdahaleleri azaltmaktadır (Gökçek & Yazıcı, 2022). Aslan ve Okumuş (2017) çalışmalarında vajinal ve sezaryen doğum yapan gebelerin ebe desteği algıları arasında anlamlı farklılık olduğunu, vajinal doğum yapan gebelerde ebe desteği algısının beklenen düzeyin üzerinde olduğunu saptamışlardır (Aslan & Okumuş, 2017).

Ebeler; doğum sürecinde kadın ile ortaklık yapan, kadına gerekli tavsiyelerde bulunan, doğumu kendi sorumluluğunda yürüten sağlık profesyonelleridir. Doğum eylemi sürecinde kadın ile birlikte hareket ederek fiziksel ve duygusal ihtiyaçları tespit etmek, duygusal ve fiziksel destek sağlamak en önemli sorumluluklarındandır. Ebeler kadınların kendilerinden bekledikleri açıklayıcı konuşma, kadını iyi hissettirme, mahremiyete özen gösterme, güler yüzle davranma ve teröpatik dokunuş gibi temel istekleri gerçekleştirirler (Yalnız Dilcen & Genç, 2019). Ayrıca ebeler doğum sürecinde doğum ağrısıyla başedebilmeleri için kadınları güçlendirirler, fizyolojik doğuma önyak olurlar ve kadının kendini güvende hissetmesine katkı sağlarlar (Şimşek et al., 2018). Doğum sürecinde kadının gevşemesi, rahatlaması, stres ve korkunun azalması için olumlu bir bakım ortamının oluşturulmasında eş ve yakınlarının desteğinin sağlanması da ebelerin bakım girişimlerindenidir. Ebeler doğum sürecinde destekleyici bakım kapsamında sundukları masaj ile kadının

rahatlamasını sağlamakta, stres ve ağrı algısını azaltmaktadır (Karaçam & Akyüz, 2011; Uludağ & Mete, 2014). Yıldırım ve Şahin (2004) çalışmalarında doğum sırasında uygulanan masajın kadınların ağrı algısını azalttığını ayrıca kadınlarda yüksek sesle ağlama, şikâyet etme, korku ifadesi ve huzursuzluk gibi olumsuz duygusal davranışlarda azalma olduğunu göstermişlerdir (Yıldırım & Sahin, 2004).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada, travayda eş masajının ağrı, kaygı ve doğum sürecine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

#### 3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

#### 3.3. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler:** Kadınların algıladıkları ağrı düzeyi puanı, kaygı ölçeği puanı, memnuniyet düzeyi puanı ve doğum süreciyle ilgili sonuçlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

**Bağımsız Değişkenler:** Gebelerin sosyodemografik, obstetrik özellikleri ve doğumda eş masajının uygulanma durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

#### 3.4. Araştırmanın Hipotezleri

H<sub>1-1</sub> = Masaj uygulaması sonrasında eş masajı grubu ile kontrol grubunun ağrı düzeyleri arasında fark vardır.

H<sub>1-2</sub> = Masaj uygulaması sonrasında eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun ağrı düzeyleri arasında fark vardır.

H<sub>1-3</sub> = Masaj uygulaması sonrasında eş masajı grubu ile kontrol grubunun durumluk kaygı düzeyleri arasında fark vardır.

H<sub>1-4</sub> = Masaj uygulaması sonrasında eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun durumluk kaygı düzeyleri arasında fark vardır.

H<sub>1-5</sub> = Eş masajı grubu ile kontrol grubunun aktif faz süreleri arasında fark vardır.

H<sub>1-6</sub> = Eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun aktif faz süreleri arasında fark vardır.

H<sub>1-7</sub> = Eş masajı grubu ile kontrol grubunun müdahaleli doğum oranları arasında fark vardır.

H<sub>1-8</sub> = Eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun müdahaleli doğum oranları arasında fark vardır.

H<sub>1-9</sub>=Eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun masaj uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır.

H<sub>1-10</sub>=Eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun travay sürecinden memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır.

### **3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma; Konya ilinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 01.08.2022-01.08.2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri hastanenin Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği'nde bulunan doğumhanede toplandı. Hastane, yıllık doğum sayısının yüksek olması, çalışma grubuna kolay ulaşılabilir olması ve hastane idaresinin çalışmanın yapılmasına izin vermesi nedeniyle araştırmada tercih edildi.

Konya ili Meram ilçesinde bulunan Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 1985 yılından bu yana hizmet vermektedir. Hastane Konya'da her sosyo-ekonomik ve kültürel kesime hizmet sunmaktadır. Hastane kliniklerinde 74 yatak bulunmaktadır. Doğumhanede ise 15 yatak mevcuttur ve travay odaları tek kişiliktir. Hastane prosedürü gereği travay ve doğum sırasında gebenin yanına refakatçi kabul edilmemektedir. Araştırma için eş masajının uygulanabilmesi amacıyla eşin travay odasına alınmasına yönelik kurum izni alınmıştır. Hastanede gebeye doğum sürecinde tıbbi destek sağlayabilecek ekipman bulunmaktadır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında üç profesör, üç doçent olmak üzere altı öğretim üyesi, üç yandal araştırma görevlisi, 11 araştırma görevlisi, 22 hemşire, sekiz ebe, bir bebek hemşiresi ve 14 hasta bakıcı hizmet vermektedir. Fakültede gerçekleştirilen doğum sayısı yılda ortalama 2200 civarındadır.

### **3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doğumhanesine 01.08.2022-1.08.2023 tarihleri arasında doğum yapmak için yatışı yapılan tüm gebeler oluşturdu.

Araştırmanın örneklemi, belirtilen tarihler arasında doğum yapmak için doğumhaneye yatışı yapılan, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden primipar gebeler

oluşturdu. Araştırma örnekleme eş masajı, ebe masajı (kontrol grubu 1) ve masaj uygulamasının yapılmadığı kontrol grubu (kontrol grubu 2) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G-power 3.1.9.7. (Faul et al., 2007) programı ile hesaplandı. Akın ve Saydam'ın (2020) çalışmalarında VAS puan ortalamasının müdahale grubunda  $8.60 \pm 1.03$ , kontrol grubunda  $9.17 \pm 0.44$  olduğu belirlendi (Akın & Saydam, 2020). Programda 0.719 etki büyüklüğü, 0.95 güç, 0.05 alfa düzeyi ve çift yönlü hipotez seçenekleri seçildi ve her bir grup için 39 katılımcı olmak üzere toplamda 116 kişi sayısına ulaşıldı. Veri kaybı olabileceği düşünülerek %15 fazlası belirlendi ve 141 (47 eş masajı grubu, 47 ebe masajı grubu, 47 kontrol grubu) kadın ile çalışmanın yapılması planlandı. Uygulamada her grup için takipte 2 adet veri kaybı meydana geldi. Her bir grupta 45 gebe olmak üzere toplamda 135 kadın ile çalışma verileri tamamlandı.

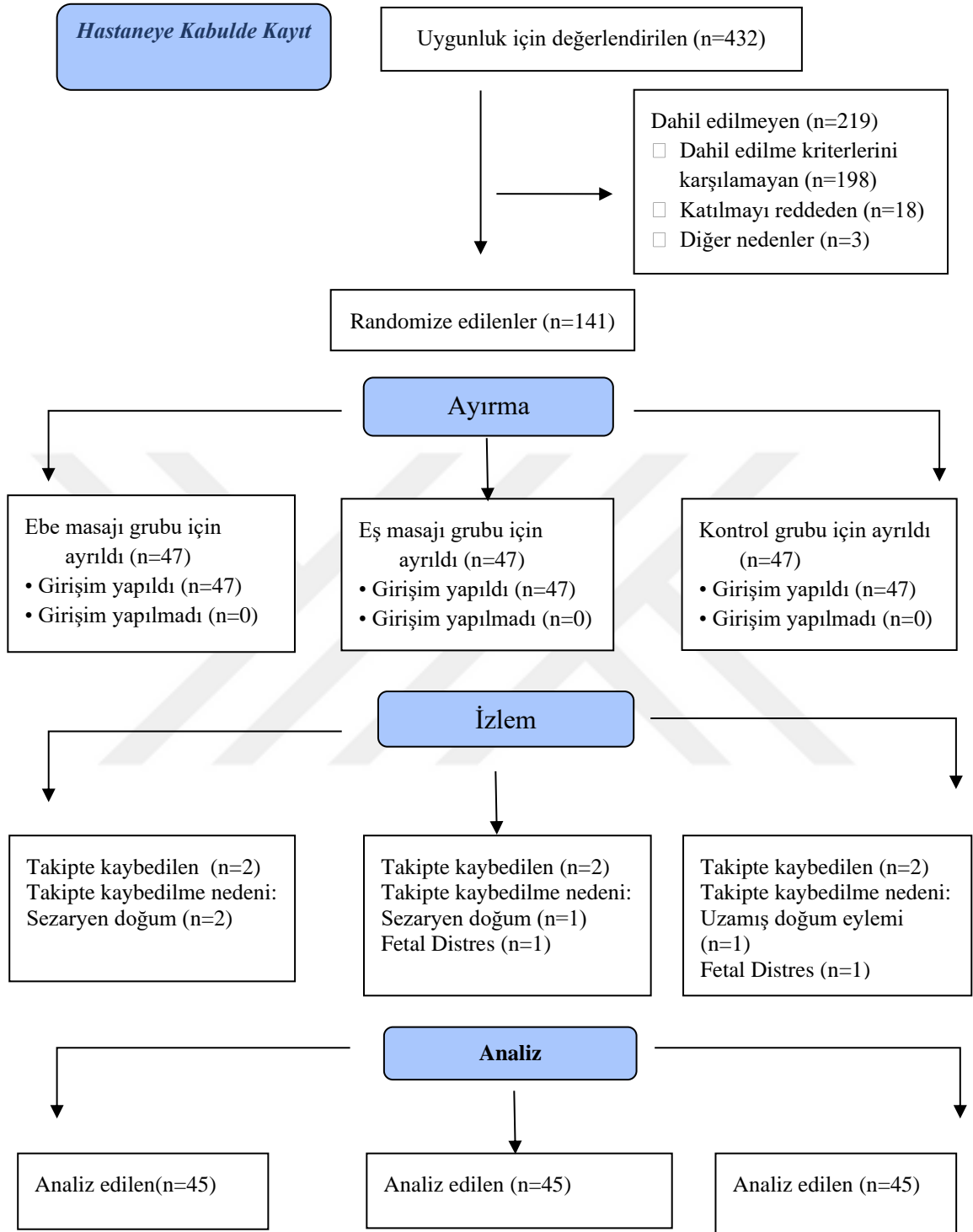
### **3.6.1. Randomizasyon**

Randomizasyonda ilk olarak ebe masaj deney grubu, eş masaj deney grubu ve kontrol gruplarına verilecek sayılar (bir, iki ve üç) kura çekilerek belirlendi. Bir numara kontrol grubu, iki numara ebe masaj deney grubu ve üç numara eş masaj deney grubu olarak belirlendi. Random.org web sitesinin (<https://www.random.org/integers/>) sayılar başlığı altında Random Sequence Generator yardımıyla 1 ile 141 arasında üçlü sütun grupları oluşturuldu. Gebeler sütunlardaki sayılara göre (bir, iki ve üç) gruplara ayrıldı (Tablo 3.1.). Araştırmada CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) 2023 akış diyagramına bağlı kalındı (Şekil 3.1.) (Junqueira et al., 2023; Vorup et al., 2017).

**Tablo 3.1.** Randomizasyon şeması

<b>Kontrol Grubu (1)</b>	<b>Ebe Masaj Deney Grubu (2)</b>	<b>Eş Masaj Deney Grubu (3)</b>
25, 97, 68, 13, 90, 4, 56, 100, 43, 117, 86, 126, 29, 38, 69, 19, 129, 49, 45, 8, 22, 44, 114 116, 96, 127, 118, 132, 135, 101, 60, 141, 139, 30, 99, 111, 3, 41, 82, 28, 36, 128, 20, 112, 12, 130, 72	123, 110, 65, 119, 35, 122, 88, 85, 107, 61, 62, 6, 103, 120, 11, 63, 109, 17, 34, 124, 80, 15, 47, 5, 98, 134, 121, 51, 18, 104, 136, 26, 1, 108, 83, 78, 138, 21, 33, 23, 14, 113, 24, 95, 102, 135	10, 71, 16, 42, 37, 106, 94, 81, 93, 32, 2, 59, 89, 76, 52, 70, 105, 50, 125, 91, 66, 137, 46, 48, 75, 9, 53, 57, 133, 64, 140, 79, 31, 73, 40, 84, 67, 54, 92, 55, 58, 87, 39, 77, 131, 7, 27

**Tablo 3.2.** CONSORT akış şeması (Junqueira et al., 2023; Vorup et al., 2017)



### **3.6.2. Araştırmaya dahil edilme kriterleri**

- 20-35 yaşlarında olanlar
- Miadında gebelikler (37- 41 gebelik haftasında olanlar)
- Tek fetüse sahip olanlar
- Primiparlar
- Gebelik döneminde herhangi bir risk faktörü taşımayanlar (Preeklampsi, erken membran rüptürü, plasenta anomalileri, makrozomik bebek vb.)
- Herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar
- Masaj uygulamasını etkileyen deri hastalığı, enfeksiyonu, varisleri olmayan gebeler
- Deri bütünlüğünde bozulma olmayan gebeler
- Servikal dilatasyonu 4 cm'nin altında olanlar
- Çalışmaya katılmayı kabul edenler
- Eş/partner masajı grubu için masaj uygulamayı ve uygulanmasını kabul eden eşi olan gebeler

### **3.6.3. Araştırmadan dışlanma kriterleri**

- Doğum eyleminin aktif ve geçiş fazında olanlar
- Fetal kalp atımlarında anormal değişimleri olan gebeler
- Kendisi ve fetüste bir komplikasyon gelişenler
- Doğumda ağrının azaltılması için farmakolojik yöntem kullanan gebeler
- Doğumda ağrının azaltılması için başka bir nonfarmakolojik yöntem kullanan gebeler

### **3.6.4. Araştırmadan çıkarılma kriterleri**

- Araştırmaya katılımı sürdürmek istemeyen gebeler
- Araştırma sürecinde kendisi ve fetüste komplikasyon gelişenler
- Doğumu sezaryen ile sonuçlanan gebeler
- Uzamış doğum eylemi olan gebeler (servikal dilatasyonun 4 cm'den 10 cm'ye kadar ilerlemesi için geşen sürenin 12 saatin üzerine çıkması)

### **3.7. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri “Gebe Tanıtım Formu”, “Doğum Eylemi İzlem Formu”, “Partograf”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği”, “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Masaj Uygulamasından Memnuniyeti Değerlendirme Skalası ve Formu” ve “Travay Sürecinden Memnuniyeti Durumunu Değerlendirme Skalası ve Formu” kullanılarak toplandı.

#### **3.7.1. Gebe tanıtım formu (EK-1)**

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan gebe tanıtım formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu gibi) içeren 10 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm; gebelerin obstetrik özelliklerini içeren (gebelik haftası, gebeliği isteme durumu, gebelikte problem yaşama durumu gibi) 13 sorudan; üçüncü bölüm gebelerin eşlerine ilişkin özellikleri (evli olunan yıl, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu) içeren üç sorudan oluşmaktadır (Erdoğan et al., 2017; Hall et al., 2021, 2022; Ip, 2000; Mammadov & Taş, 2024; Türkmen & Oran, 2021).

#### **3.7.2. Doğum eylemi izlem formu (EK-2)**

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan ve gebelere doğum eylemine yönelik yapılan uygulamaları (doğum eyleminde uygulanan müdahaleleri (forseps, vakum gibi) ve doğum sonu dönemde yenidoğana ait özellikleri (apgar skoru, yenidoğan kilosu) değerlendiren 8 sorudan oluşmaktadır (Bolbol-Haghighi et al., 2016; Gallo et al., 2018; Kamalifard et al., 2012)

#### **3.7.3. Partograf (EK-3)**

Doğum eylemin ilerlemesi ve fetüsün sağlık durumunun değerlendirilmesi için kullanılan bir araçtır. Grafik kâğıdına doğum eylemi sırasında gözlenen gelişmeler saat belirtilerek kaydedilmektedir (WHO, 1994). Gebenin verilerinin standart bir yapı ile kayıt edilmesini sağlamaktadır. Partograf, doğum eyleminin aktif fazından itibaren kullanılmakta ve doğumun ilerleyişini görselleştirmektedir. Doğum eyleminin ilerlemesini ayrıntılı bir şekilde izlenmesini ve normal durumdan sapmaların erken tanınmasını sağlar. Partograf kullanımında grafik kâğıdına servikal açıklık, fetal başın seviyesi, uterus kontraksiyonlarının sıklığı ve süresi, fetal kalp atım hızı, amniyon zarının varlığı ve amniyotik mayinin rengi değerlendirilip kaydedilir (Beydag et al.,

2013; Lee et al., 2023; Patabendige et al., 2021). Partograf, bu araştırmada doğum eyleminin s¼recini değerlendirmek i¼in kullanılmıştır.

#### **3.7.4. G¼rsel kıyaslama ¼l¼eęi (visual analog skala-VAS) (EK-4)**

G¼rsel Kıyaslama ¼l¼eęi ilk kez Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve algılanan ağrıyı ¼l¼mek amacıyla kullanılan bir ara¼tır (Price Donald et al., 1983). Kişinin kendi ağrısını belirtmesi i¼in 10 cm. (100 mm.)'lik bir cetvel kullanılmaktadır. Cetvelin bir ucu ağrısızlık, diğer ucu olabilecek en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Kişi cetvel üzerinde ağrısını bir çizgi çizerek, nokta koyarak ya da işaret ederek belirtmektedir. Kişinin işaretlediği yere kadar olan mesafe santimetre olarak ¼l¼¼l¼erek kişinin ağrı şiddeti sayısal olarak tespit edilir. VAS'da standardizasyonu sağlamak amacıyla dikey kullanımın kişiler tarafından daha iyi anlaşıldığı belirlenmiştir (Cline et al., 1992). Akut ağrının değerlendirilmesinde VAS'ın daha duyarlı olduğu ve ağrıyı daha iyi tanımladığı belirtilmektedir (Eti-Aslan, 1998). ¼lkemizde, nonfarmakolojik y¼ntemlerin doğum ağrısı üzerine etkisini araştıran bir¼ok ¼alıřmada da VAS kullanılmıştır (Akın & Saydam, 2020; Can & Saruhan, 2008; Erdoğan et al., 2017; Mammadov & Taş, 2024; Terzioğlu & G¼nen¼, 2020).

#### **3.7.5. Spielberger durumluk kaygı ¼l¼eęi (EK-5)**

Durumluk Kaygı ¼l¼eęi (DK¼) Spielberg ve ark. (1970) tarafından geliştirilmiş (Spielberger Donalt, 1983, 2010) ve ¼ner ve Le Compte (1983) tarafından T¼rkçe 'ye uyarlanmıştır (¼ner & Le Compte, 1983). Bireyin belirli bir andaki kaygısını ¼l¼mek amacıyla geliştirilmiştir. ¼l¼ekte bireyin ifade ettiği duygu ve davranışların sıklığını g¼steren 20 madde bulunmakta ve 4'l¼ likert tip (1 Hi¼, 2 Biraz, 3 ¼ok, 4 Tamamıyla) kullanılmaktadır. Durumluk kaygı ¼l¼eęinde 10 madde (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) ters kodlanmıştır. Puanlanmada, doğrudan ifadeler ile ters kodlanan ifadelerin toplam ağrılıklı puanlarının farkına 50 puan eklenmektedir. ¼l¼ekten alınacak en d¼ř¼k puan 20, en y¼ksek puan 80'dir. ¼l¼ekten alınan 36'nın altında puan kaygının olmadığını, 37-42 arasında puan hafif kaygıyı ve 42 ve üzerindeki puan y¼ksek kaygıyı ifade etmektedir. ¼ner ve Le Compte (1983) ¼l¼eęin g¼venirlilik kat sayısını 0,94 ile 0,96 arasında saptamıştır (D¼nmez et al., 2014; Garc¼a-Gonz¼lez et al., 2024; ¼ner & Le Compte, 1983; ¼zt¼rk, 2021). Araştırmamızdaki DK¼ croanbach alfa kat sayıları tablo 3.3.'te verilmiştir.

**Tablo 3.3.** Durumluk kaygı ölçeğinin cronbach alfa güvenilirlik kat sayıları

	<b>DKÖ1</b>	<b>DKÖ2</b>	<b>DKÖ3</b>
<b>Kontrol</b>	.89	.77	.74
<b>Ebe Masaj</b>	.78	.80	.77
<b>Eş Masaj</b>	.87	.54	.51
<b>Toplam</b>	.86	.97	.97

### **3.7.6. Masaj uygulamasından memnuniyet durumunu değerlendirme skalası**

#### **ve formu (EK-6)**

Bireylerin kolay anlayabileceği “Visual Analog Skala (VAS)” kullanım esaslarına benzer şekilde araştırmacı tarafından uyarlanmıştır (Mäkelä et al., 2023). VAS sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri ölçülebilir hale getirebilmektedir. Bu skala, çalışma grubundaki kadınlara masaj uygulamasından memnun kalma durumlarını değerlendirmek üzere kullanılmıştır. Uygulama sonucunda işlemde memnuniyet durumuna karşılık gelen noktayı göstererek belirtecekleri 0 ile 10 arasındaki rakamlar dikey bir çizgi üzerine yerleştirilmiştir. Skalada 0 puan uygulamadan “hiç memnun kalmadım”, 10 puan ise uygulamadan “çok memnun kaldım” sonucunu ifade etmektedir. Ayrıca araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile katılımcılara uygulamanın faydalı olup olmadığı, bir daha tercih edip etmeyeceği, başkalarına önerip önermeyeceği ve uygulama ile ilgili önerileri ve beğenmediği yönler altı soru ile sorulmuştur.

### **3.7.7. Travay sürecinden memnuniyet durumunu değerlendirme skalası**

#### **ve formu (EK-7)**

Bireylerin kolay anlayabileceği “Visual Analog Skala (VAS)” kullanım esaslarına benzer şekilde araştırmacı tarafından uyarlanmıştır. Bu skala çalışma grubundaki tüm kadınlarda travay sürecinden memnun kalma durumlarını değerlendirmek üzere kullanıldı. Araştırmacı tarafından hazırlanan sorular ile doğuma ilişkin düşünceleri bir soru ile sorulmuştur.

## **3.8. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın uygulanması iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama hazırlık aşaması, ikinci aşama uygulama aşamasıdır.

### **3.8.1. Hazırlık aşaması**

Araştırmacı “Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi” (EK-8) ve “Gebe masajı Kurs Programı-1 (Temel Masaj Teknikleri ve Uygulama Koşulları) (EK-9) eğitimlerine katılmıştır. Eş masaj grubu için eşlere verilecek eğitimde kullanılması amacıyla araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda bir video ve broşür (EK-10) hazırlanmıştır. Video ve broşür içeriğinde sırt ve sakral masajın uygulanma metodu ve adımlarına yer verilmiştir. Bu aşamada uygulanacak eğitim planı kapsamı ve içeriğinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için üç uzman (kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, ebelik ve halk sağlığı) görüşüne başvurulmuştur. Uzman değerlendirmeleri sonucunda güncellemeler yapılmıştır. Ayrıca daha önce bu alanda çalışmaları bulunan bir uzmandan sırt ve sakral masajın uygulanma yöntemi ve uygulanma adımları konusunda görüş ve danışmanlık alınmıştır. Uzman tarafından, masaj uygulama süresi, masaj uygulama teknikleri ve uygulama adımlarında yapılan öneriler doğrultusunda güncellemeler yapılmıştır.

### **3.8.2. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları**

Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi doğumhanesinde 10 gebe ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulamada anket formlarının anlaşılabilirliği ve masaj uygulama sürecinde karşılaşılabilecek güçlükler değerlendirildi. Uygulama sonucunda anket sorularının anlaşılabilir olduğu ve uygulama sürecinde sorun yaşanmayacağı tespit edildi. Ön uygulama yapılan gebelerden elde edilen veriler araştırma analizlerine dâhil edilmedi.

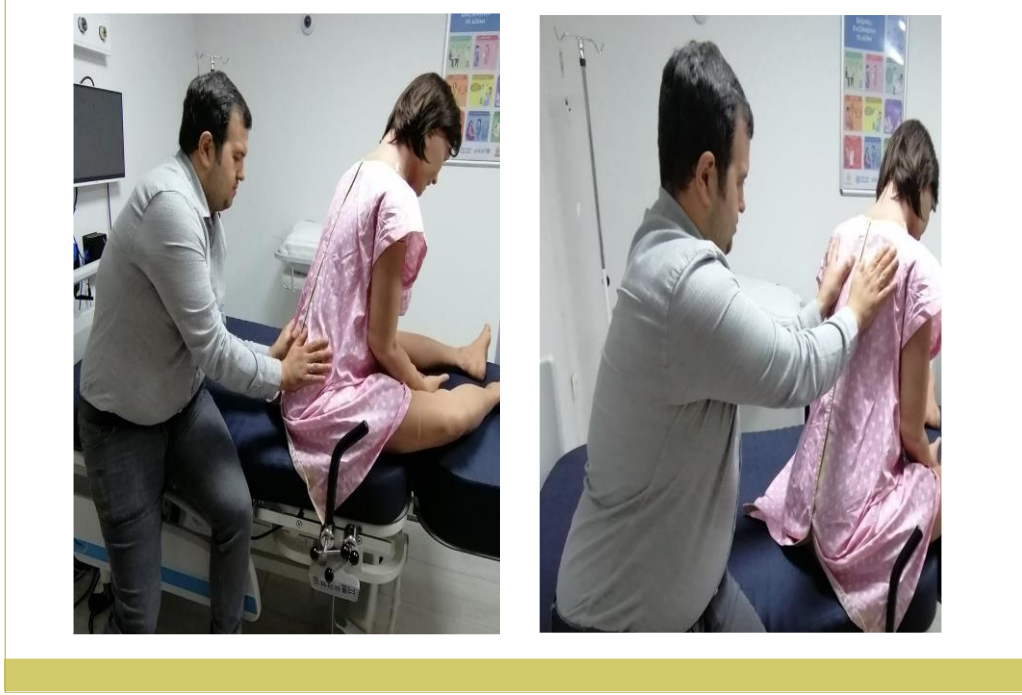
Gebeye masaj uygulaması gebenin kendi tercih ettiği pozisyonda (yan yatar pozisyonda, ayakta, çömelme ya da oturur pozisyonda) gerçekleştirilir. Eğer gebe sol yan pozisyonda ise başının altı ve dizlerinin arası birer yastık ile desteklenir. Doğum eylemi sürecinde standart bir pozisyon belirlemek ve masaj süresince belirlenen pozisyonda kalmasını istemek, her gebenin sağlık durumuna uygun olmayabilir. Bu nedenle gebeler pozisyon seçiminde özgür bırakıldı. Masaj gebenin cildine direk temas edilerek gerçekleştirildi. Masaj uygulama sürecinde ellere krem, yağ gibi bir madde sürülmedi. Masaj sırasında uygulanan basınç seviyesinin belirlenmesi gebeden alınan geri bildirimler ile sağlandı. Geri bildirimlerin alınmasında “Uygulama basıncı iyi mi? Bu basınç ile devam edilsin mi? Basınç rahatsızlık hissi uyandırıyor ise daha az basınç ile devam edilsin mi? ifadeleri kullanıldı.

1. Başparmak ile sakrumda dairesel hareketler uygulanır. Spinanın merkezindeki üçgen kemiğe hafif baskı uygulanır. Bası hareketi spinanın her bir yanına doğru devam ettirilir ve bel üzerinde hareket sonlandırılır (Şekil 3.1.).



**Şekil 3.1.** Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 1.

2. Spinal kemiğin her iki yanına (yaklaşık 1,5 cm'lik aralıklarla) başparmak ile bası uygulanır. Harekete sakrumdan başlanmalıdır. Her bir noktaya beş saniye kadar masaj uygulamak yeterlidir (Şekil 3.2.).



**Şekil 3.2.** Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 2.

3. Başparmak pelvisin alt kısmında ve sakrumdan başlayarak 1,5 cm'lik aralıklarla, gebenin kalçasına doğru hareket ettirilir. Kalçanın merkezine daha derin masaj uygulanmalıdır (Şekil 3.3.).



Şekil 3.3. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 3.

4. Avuç içi direkt annenin sakrumuna temas edecek biçimde yerleştirilir ve diğer el ile annenin omuzları desteklenir. Derin vibrasyon hareketi 10 saniye kadar uygulanır ve bu hareket iki kez tekrarlanır (şekil 3.4.).



**şekil 3.4.** Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 4.

5. Sakrumdan yukarı, omuz ve çevresine doğru efloraj yapılarak masaj tamamlanır (Şekil 3.5.).



Şekil 3.5. Sırt ve sakral masaj uygulama adımları 5.

### 3.8.3. Uygulama aşaması

Araştırmanın verileri eş masajı grubu, ebe masajı grubu, kontrol grubu olmak üzere üç gruptan toplandı. Kontrol grubu dışında uygulama grubundaki gebelere sırt ve sakral masaj uygulaması gerçekleştirildi. Eş masajı uygulanan grupta masaj uygulamasının öğretilmesi için araştırmacı tarafından hazırlanan video ve broşür ile eşlere latent fazda eğitimi verildi. Broşür uygulama sürecinde eşlerin yanında bulundu. Eğitim eşlere travay odasında verildi ve video travay odasında izletildi. Eş eğitimi ortalama 20 dakika sürdü.

### 3.8.4. Eş masajı uygulama grubu

Doğum eylemi nedeni ile hastaneye başvuran gebeler çalışmaya dâhil edilme kriterlerine göre değerlendirildi. Dâhil edilme kriterlerine uyan ve uygulama yapılmasını/yapmayı kabul eden gebe ve eşlerine dilatasyon latent fazda iken video ile eğitim verildi. Travay sürecinde eşler gebenin yanında masaj uygulamasını gerçekleştireceği süre içerisinde bulundu ve diğer zamanlarda kurumun politikası gereği odadan çıkarıldı. Ayrıca kurumun politikası gereği gebelerin yanında refakatçi bulunmamaktadır. Araştırmacı uygulama ve doğum eylemi süresince gebenin ve

eşinin yanında bulundu. Uygulama sırasında birden fazla gebe çalışmaya dahil edilmedi. Gebelerin doğumu hastanede çalışan ebeler tarafından gerçekleştirildi.

- Gebelere gebe tanıtım formu dolduruldu.
- Uygulamadan önce servikal dilatasyon 4 cm iken gebenin algılanan doğum ağrısını belirlemek amacıyla VAS ve kaygı durumunu belirlemek amacıyla durumluk kaygı ölçeği uygulandı.
- Eş masajı uygulaması ilk kez doğum eyleminin aktif fazında servikal dilatasyon 5-6 cm iken gerçekleştirildi. Masaj uygulama süresi 20 dk. sürdü. Uygulamanın bitiminde VAS ve durumluk kaygı ölçeği tekrar uygulandı.
- Eş masajı uygulaması ikinci kez doğum eyleminin geçiş fazında servikal dilatasyon 8-9 cm iken gerçekleştirildi. Masaj uygulama süresi 20 dk. sürdü. Uygulamanın bitiminde VAS ve durumluk kaygı ölçeği tekrar uygulandı.
- Doğum eylemi süreci doğum eylemi izlem formu ve partograf ile takip edildi.
- Doğum gerçekleştikten sonraki ilk 24 saat süre içerisinde kadının uygulamadan memnuniyet durumunu değerlendirmek amacıyla masaj uygulamasından memnuniyeti değerlendirme skalası ve formu uygulandı.
- Doğum gerçekleştikten sonraki ilk 24 saat süre içerisinde travay sürecinden memnuniyet durumunu değerlendirme skalası ve formu uygulandı.

### **3.8.5. Ebe masajı uygulama grubu**

Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler çalışma grubuna atandılar. Bir gebenin doğum eylemi sonlanmadan başka bir gebe araştırma grubuna atanmadı. Bu grupta bulunan gebelerin eşleri taravay odasında bulunmadılar. Bu çalışmada ebe masaj grubu da kontrol grubu olarak tanımlanmıştır.

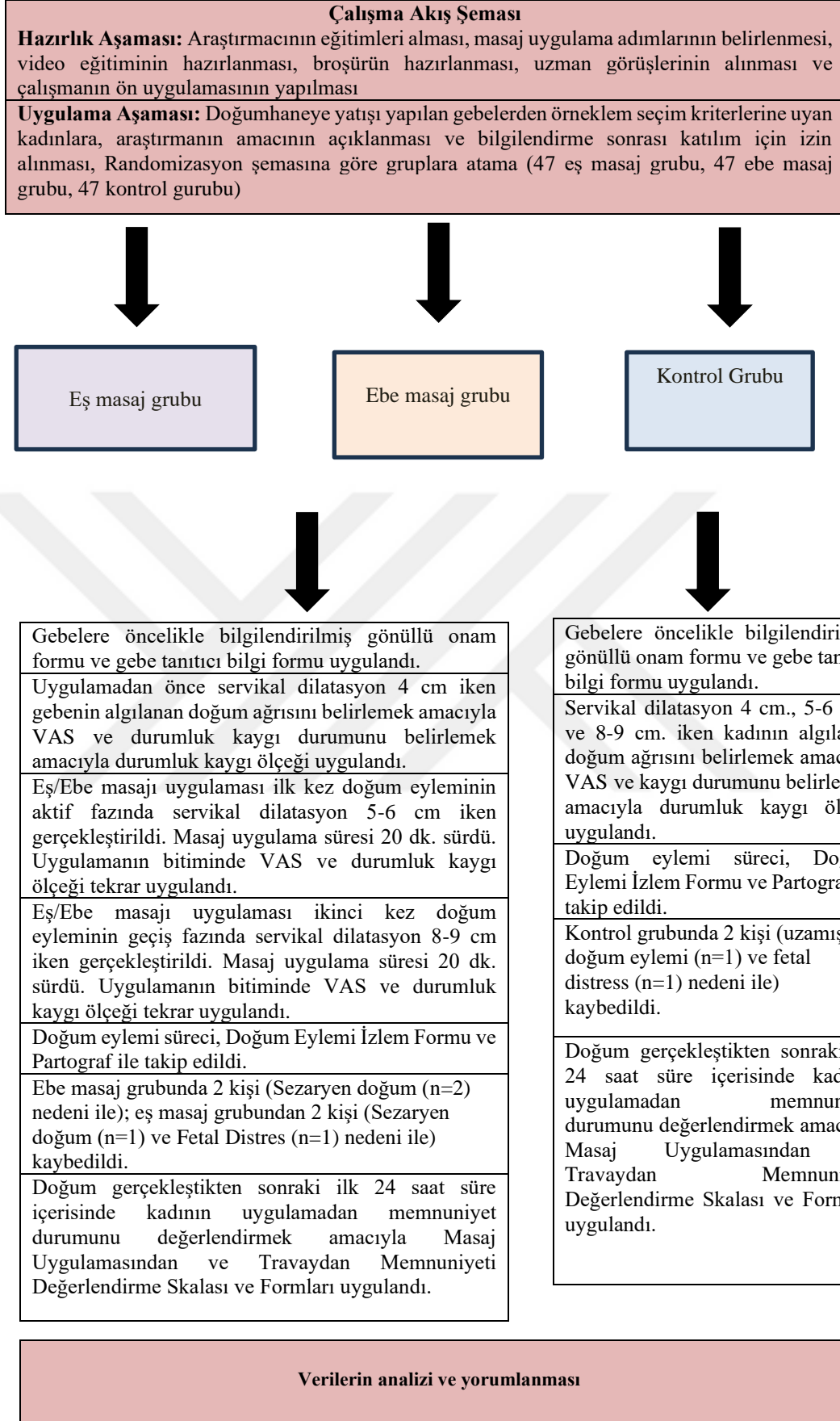
- Bu grupta masaj araştırmacı ebe tarafından uygulandı.
- Gebelere gebe tanıtım formu dolduruldu.
- Uygulamadan önce servikal dilatasyon 4 cm iken gebenin algılanan doğum ağrısını belirlemek amacıyla VAS ve kaygı durumunu belirlemek amacıyla durumluk kaygı ölçeği uygulandı.
- Ebe masajı uygulaması ilk kez doğum eyleminin aktif fazında servikal dilatasyon 5-6 cm iken gerçekleştirildi. Masaj uygulama süresi 20 dk. sürdü. Uygulamanın bitiminde VAS ve durumluk kaygı ölçeği tekrar uygulandı.

- Ebe masajı uygulaması ikinci kez doğum eyleminin geçiş fazında servikal dilatasyon 8-9 cm iken gerçekleştirildi. Masaj uygulama süresi 20 dk. sürdü. Uygulamanın bitiminde VAS ve durumluk kaygı ölçeği tekrar uygulandı.
- Doğum eylemi süreci doğum eylemi izlem formu ve partograf ile takip edildi.
- Doğum gerçekleştikten sonraki ilk 24 saat süre içerisinde kadının uygulamadan memnuniyet durumunu değerlendirmek amacıyla masaj uygulamasından memnuniyeti değerlendirme skalası ve formu uygulandı.
- Doğum gerçekleştikten sonraki ilk 24 saat süre içerisinde travay sürecinden memnuniyet durumunu değerlendirme skalası ve formu uygulandı.

### **3.8.6. Kontrol grubunda veri toplama**

Kontrol grubundaki gebelerde hastanede yapılan rutin uygulamaların dışına çıkılmamıştır.

- Gebelere gebe tanıtım formu dolduruldu.
- Servikal dilatasyon 4 cm., 5-6 cm., ve 8-9 cm. iken kadının algılanan doğum ağrısını belirlemek amacıyla VAS ve kaygı durumunu belirlemek amacıyla durumluk kaygı ölçeği uygulandı.
- Doğum eylemi süreci, doğum eylemi izlem formu ve partograf ile takip edildi.
- Doğum gerçekleştikten sonraki ilk 24 saat süre içerisinde travay sürecinden memnuniyet durumunu değerlendirme skalası ve formu uygulandı.



**Şekil 3.6.** Çalışma akış şeması

### **3.9. Araştırmanın Etik İzni**

Araştırma için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar no: 2022/474) etik onay alındı (EK-11). Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesinden (Sayı: E-14567952-900-219864) 28.07.2022 tarihinde kurum izni alındı (EK-12). Araştırmaya katılmaya gönüllü gebelerden bilgilendirilmiş gönüllü onam alındı (EK-13). Araştırma uluslararası Klinik Araştırmalar Kayıt Platformu'na (International Clinical Trials Registry Platform) NCT05734885 ID numarasıyla kaydedildi.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma sonuçları çalışmaya katılan gebeler ile sınırlıdır. Ayrıca Konya ilinde sınırlı bir örneklem ile ve tek bir merkezde yapılmıştır. Veri toplama ve değerlendirme süreci aynı araştırmacı tarafından yapıldığı için körleme yapılamamıştır.

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi**

Bu çalışma kapsamında yürütülen istatistiksel analizler SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences 25) kullanılarak yapılmıştır. Öncelikle araştırmada yer alan demografik bilgilerin gösterilmesi amacıyla betimsel istatistikler kullanılmıştır. Demografik değişkenlere göre kontrol, ebe masaj ve eş masaj grupları arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ki kare analizleri yapılmıştır. Araştırmada yer alan değişkenlere göre kontrol, ebe ve eş masaj gruplarında farklılık olup olmadığı ise gruplar arası analizlerde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile grup içi analizlerde ise tek faktörlü tekrarlanan ölçümler ANOVA ile test edilmiştir. Gruplar arasında farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla Tukey, grup içi farklılıkların belirlenmesi amacıyla da Bonferroni post hoc testleri yapılmıştır. Etki büyüklüklerinin tespit edilmesi amacıyla eta kare değerleri hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü kısmi eta kare değeri 0,01-0,06 aralığında düşük etki, 0,06-0,14 aralığında orta büyüklükte etki ve 0,14 ve üzeri büyük/yüksek etki olarak yorumlanmıştır (Cohen 1988). Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alındı.

**Tablo 3.4.** Araştırmanın zaman çizelgesi

	Süre							süre												süre							
	2022							2023												2024							
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
Tez öneri sunumu	■																										
Etik Kurul	■																										
Araştırma izni		■																									
Veri toplama			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
1. Tez izleme toplantısı						■																					
2. Tez izleme toplantısı											■																
3. Tez izleme toplantısı																		■									
Veri girişi, analiz ve değerlendirme																■	■	■	■	■							
4. Tez izleme toplantısı																								■			
Raporun yazılması																							■	■	■	■	■

## 4.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde verilere dair istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmanın bulguları beş ana başlık altında incelenmiştir.

- 4.1. Kadınların Sosyodemografik, Gebelikleri ve Eşleriyle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.2. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının VAS-Ağrı Skorlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular
- 4.3. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) Skorlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular
- 4.4. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Doğum Süreçleriyle İlgili Özelliklerin Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular
  - 4.4.1. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının doğum süreçleriyle ilgili bazı özelliklerin karşılaştırılması
  - 4.4.2. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının fetal kalp atım hızı skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması
  - 4.4.3. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının kontraksiyon sıklık ve süre skorlarının gruplar arası karşılaştırılması
  - 4.4.4. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının aktif fazın, geçiş fazının ve ikinci evrenin süresi ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması
- 4.5. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Travay Sürecinden ve Masaj Uygulamasından Memnuniyet Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

## 4.1. Kadınların Sosyodemografik, Gebelikleri ve Eşleriyle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.1.** Kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (N =45)		Ebe Masaj Grubu (N =45)		Eş Masaj Grubu (N =45)		Test Değerleri	p
		Ort ve SS	Ort ve SS	Ort ve SS	Ort ve SS				
		N	%	N	%	N	%		
Yaş		23,60±3,11		23,93±2,99		23,29±2,53		0,56	,573*
VKİ		31,68±20,38		27,93±4,12		30,93±18,77		0,68	,510*
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	18	40	15	33,3	12	26,7	2,85	,583**
	Lise	20	44,4	22	48,9	21	46,7		
	Üniversite ve üstü	7	15,6	8	17,8	12	26,7		
Meslek	Ev hanımı	42	93,3	36	80	35	77,8	5,97	,426**
	Memur	2	4,4	5	11,1	7	15,6		
	Serbest meslek	1	2,2	2	4,4	1	2,2		
	Diğer	-	-	2	4,4	2	4,4		
Şuanki çalışma durumu	Çalışıyor	3	6,7	4	8,9	2	4,4	0,71	,700**
	Çalışmıyor	42	93,3	41	91,1	43	95,6		
Sosyal Güvence	Yok	4	8,9	5	11,1	3	6,7	4,22	,377**
	SGK	38	84,4	39	86,7	42	93,3		
	Özel sigorta	3	6,7	1	2,2	-	-		
Ailenin gelir durumu algısı	Yeterli	25	55,6	17	37,8	22	48,9	3,84	,429**
	Orta seviyede	15	33,3	23	51,1	20	44,4		
	Yetersiz	5	11,1	5	11,1	3	6,7		
	Çok yetersiz	-	-	-	-	-	-		
Aile Tipi	Çekirdek aile	41	91,1	35	77,8	42	93,3	5,50	,064**
	Geniş aile	4	8,9	10	22,2	3	6,7		
Şu ana kadar en uzun süre yaşanan yer	Köy	3	6,7	3	6,7	-	-	3,17	,530**
	İlçe	7	15,6	7	15,6	8	17,8		
	Şehir/İl	35	77,8	35	77,8	37	82,2		
Daha önce profesyonel masaj yaptırma durumu	Evet	1	2,2	1	2,2	-	-	1,01	,602**
	Hayır	44	97,8	44	97,8	45	100		

\*Tek yönlü ANOVA, \*\*Ki kare testi,  $p < 0,05$ , Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, p=Anlamlılık Düzeyi

Araştırmada yer alan kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması ile bulgular Tablo 4.1.'de yer almaktadır. Kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki kadınların sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması  $23,60 \pm 3,11$ , ebe masaj grubundaki katılımcıların yaş ortalaması  $23,93 \pm 2,99$  ve eş masaj grubundaki katılımcıların yaş ortalaması  $23,29 \pm 2,53$  yıldır. Toplam yaş ortalaması ise  $23,61 \pm 2,88$  yıl olarak saptanmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcıların 18'i (%40) ilkokul/ortaokul mezunu, 20'si (%44,4) lise mezunu ve 7'si (%15,6) üniversite ve üzeri mezunudur. Ebe masaj grubundaki katılımcıların 15'i (%33,3) ilkokul/ortaokul mezunu, 22'si (%48,9) lise mezunu ve 8'i (%17,8) üniversite ve üzeri mezunudur. Eş masaj grubundaki katılımcıların 12'si (%26,7) ilkokul/ortaokul mezunu, 21'i (%46,7) lise mezunu ve 12'si (%26,7) üniversite ve üzeri mezunudur.

Kontrol grubundaki katılımcıların 42'si (%93,3) ev hanımı, 2'si (%4,4) memur ve 1'i (%2,2) serbest meslek ile meşgul olduğunu ifade etmiştir. Ebe masaj grubundaki katılımcıların 36'sı (%80) ev hanımı, 5'i (%11,1) memur ve 2'si (%4,4) serbest meslek ile meşgul olduğunu ifade etmiş, 2'si (%4,4) ise mesleğini diğer olarak belirtmiştir. Eş masaj grubundaki katılımcıların 35'i (%77,8) ev hanımı, 7'si (%15,6) memur ve 1'i (%2,2) serbest meslek ile meşgul olduğunu ifade etmiş, 2'si (%4,4) mesleğini diğer olarak belirtmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların 3'ü (%6,7) şu anda çalıştıklarını 42'si ise (%93,3) çalışmadıklarını ifade etmiştir. Ebe masaj grubundaki katılımcıların 4'ü (%8,9) şu anda çalıştıklarını 41'i ise (%91,1) çalışmadıklarını ifade etmiştir. Eş masaj grubundaki katılımcıların 2'si (%4,4) şu anda çalıştıklarını 43'ü ise (%95,6) çalışmadıklarını belirtmiştir .

Kontrol grubundaki katılımcıların 25'i (%55,6) aile gelir durumlarının yeterli olduğunu, 15'i (%33,3) idare eder olduğunu ve 5'i (%11,1) orta seviyede olduğunu belirtmiştir. Ebe masaj grubundaki katılımcıların 17'si (%37,8) aile gelir durumlarının yeterli olduğunu, 23'ü (%51,1) orta seviyede olduğunu ve 5'i (%11,1) yetersiz olduğunu belirtmiştir. Eş masaj grubundaki katılımcıların 22'si (%48,9) aile gelir durumlarının yeterli olduğunu, 20'si (%44,4) orta seviyede olduğunu ve 3'ü (%6,7) yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların yalnızca 1'i (%2,2) daha önce profesyonel masaj yaptırdığını, 44'ü (%97,8) ise yaptırmadığını belirtmiştir. Ebe masaj grubundaki katılımcıların da yalnızca 1'i (%2,2) daha önce profesyonel masaj yaptırdığını, 44'ü (%97,8) ise yaptırmadığını, eş masaj grubundaki katılımcıların ise tamamı daha önce profesyonel masaj yaptırmadığını ifade etmiştir.

**Tablo 4.2.** Kadınların gebeliklerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (N =45) Ort ve SS		Ebe Masaj Grubu (N =45) Ort ve SS		Eş Masaj Grubu (N =45) Ort ve SS		Test Değerleri	p
		N	%	N	%	N	%		
Gebelik haftası (SAT'a göre)		38,67±1,41		38,60±1,56		38,96±1,20		0,82	,443*
Gebelikte alınan kilo		13,13±4,04		12,80±3,59		12,91±3,36		0,10	,908*
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	36	80	38	84,4	37	82,2	0,55	,859**
	Hayır	9	20	7	15,6	8	17,8		
Gebeliğe bağlı sağlık sorunu yaşama***	Evet	34	75,6	32	71,1	35	77,8	0,55	,759**
	Hayır	11	24,4	13	28,9	10	22,2		
Bulantı-kusma	Evet	28	62,2	25	55,6	31	68,9	1,70	,427**
	Hayır	17	37,8	20	44,4	14	31,1		
Kanama	Evet	16	35,6	14	31,1	11	24,4	1,33	,514**
	Hayır	29	64,4	31	68,9	34	75,6		
İdrar yolu enfeksiyonu	Evet	12	26,7	16	35,6	11	24,4	1,51	,469**
	Hayır	33	73,3	29	64,4	34	75,6		
Üst solunum yolu enfeksiyonu	Evet	5	11,1	6	13,3	4	8,9	0,45	,799**
	Hayır	40	88,9	39	86,7	41	91,1		
Ağrı/Kasılma	Evet	5	11,1	6	13,3	5	11,1	2,19	,700**
	Hayır	40	88,9	39	86,7	40	88,9		
Diğer	Evet	4	8,9	6	13,3	5	11,1	0,45	,799**
	Hayır	41	91,1	39	86,7	40	88,9		
Gebelik boyunca egzersiz yapma	Evet	19	42,2	17	37,8	29	64,4	7,36	,025**
	Hayır	26	57,8	28	62,2	16	35,6		
Evet ise düzenli olarak yaptığınız egzersizler***	Egzersiz yapmadım	26	57,8	27	60	18	40	8,77	,067**
	Germe egzersizleri	1	2,2	1	2,2	6	13,3		
	Aerobik egz.	18	40	17	37,8	21	46,7		
Gebelik izlemi için sağlık kuruluşuna gitme durumu	1-3 kez	19	42,2	23	51,1	18	40	1,26	,533**
	3'den daha fazla	26	57,8	22	48,9	27	60		
Takip/muayene yaptırılan yer	Özel hekim-özel muayene	7	15,6	3	6,7	5	11,1	7,29	,121**
	Hastane- hekim	32	71,1	40	88,9	39	86,7		
	ASM- hekim	6	13,3	2	4,4	1	2,2		
Gebelikte sosyal destek alma***	Evet	33	73,3	35	77,8	35	77,8	0,33	,849**
	Hayır	12	26,7	10	22,2	10	22,2		
Eş	Evet	29	64,4	27	60	29	64,4	0,25	,881**
	Hayır	16	35,6	18	40	16	35,6		
Aile üyeleri	Evet	16	35,6	21	46,7	18	40	1,17	,558**
	Hayır	29	64,4	24	53,3	27	60		
Arkadaş	Evet	6	13,3	7	15,6	7	15,6	0,12	,943**
	Hayır	39	86,7	38	84,4	38	84,4		
Sağlık personeli	Evet	3	6,7	9	20	4	8,9	4,40	,111**
	Hayır	42	93,3	36	80	41	91,1		

**Tablo 4.2.** Kadınların gebeliklerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

(devam ediyor)

Alman desteğinin yeterli olma durumu	Evet	26	57,8	30	66,7	29	64,4	0,83	,662**
	Hayır	19	42,2	15	33,3	16	35,6		
Gebelik öğrenildiğinde hissedilenler	Olumlu duygular	31	68,9	33	73,3	39	86,7	6,01	,198**
	Hiçbir şey anlayamama	9	20	10	22,2	5	11,1		
	Olumsuz duygular	5	11,1	2	4,4	1	2,2		

\*Tek yönlü ANOVA, \*\*Ki kare testi, \*\*\*Çoklu seçim bulunmaktadır,  $p < 0,05$ , Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma,  $p$ =Anlamlılık Düzeyi

SAT: Son Adet Tarihi

Araştırmada kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubunda yer alan katılımcıların gebeliklerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular Tablo 4.2.'de gösterilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların son adet tarihine (SAT) göre gebelik haftası ortalaması  $38,67 \pm 1,41$  hafta, ebe masaj grubundaki katılımcıların gebelik haftası ortalaması  $38,60 \pm 1,56$  hafta ve eş masaj grubundaki katılımcıların gebelik haftası ortalaması  $38,96 \pm 1,20$  haftadır. Grupların gebelik haftası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > ,05$ ).

Kontrol grubundaki katılımcıların gebelikte alınan kilo ortalaması  $13,13 \pm 4,04$  ebe masaj grubundaki katılımcıların  $12,80 \pm 3,59$  ve eş masaj grubundaki katılımcıların  $12,91 \pm 3,36$ 'dır. Toplam gebelikte alınan kilo ortalaması ise  $12,95 \pm 3,65$  olarak hesaplanmıştır. Grupların gebelikte alınan kilo ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > ,05$ ).

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların 36'sı (%80) gebeliklerinin planlı olduğunu, 9'u (%20) planlı olmadığını belirtmiştir. Ebe masaj grubunda yer alan katılımcıların 38'i (%84,4) gebeliklerinin planlı olduğunu, 7'si (%15,6) planlı olmadığını belirtmiştir. Eş masaj grubunda yer alan katılımcıların 37'si (%82,2) gebeliklerinin planlı olduğunu, 8'i (%17,8) planlı olmadığını belirtmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > ,05$ ).

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların 19'u (%42,2) gebelik boyunca egzersiz yaptıklarını, 26'sı (%57,8) yapmadıklarını belirtmiştir. Ebe masaj grubunda yer alan katılımcıların 17'si (%37,8) gebelik boyunca egzersiz yaptıklarını, 28'i (%62,2) yapmadıklarını belirtmiştir. Eş masaj grubunda yer alan katılımcıların 29'u (% 64,4) gebelik boyunca egzersiz yaptıklarını, 16'sı (% 35,6) yapmadıklarını

belirtmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<.05$ ).

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların 33'ü (%73,3) gebelikte sosyal destek aldığını, 12'si (%26,7) almadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda olup sosyal destek aldığını belirten katılımcıların 29'u eşinden, 16'sı aile üyelerinden, 6'sı arkadaştan, 3'ü sağlık personelinden sosyal destek aldığını belirtmiştir. Ebe masaj grubunda yer alan katılımcıların 35'i (%77,8) gebelikte sosyal destek aldığını, 10'u (%22,2) almadığını ifade etmiştir. Ebe masaj grubunda olup sosyal destek aldığını belirten katılımcıların 27'si eşinden, 21'i aile üyelerinden, 7'si arkadaştan, 9'u sağlık personelinden sosyal destek aldığını belirtmiştir. Eş masaj grubunda yer alan katılımcıların 35'i (%77,8) gebelikte sosyal destek aldığını, 10'u (%22,2) almadığını ifade etmiştir. Eş masaj grubunda olup sosyal destek aldığını belirten katılımcıların 29'u eşinden, 18'i aile üyelerinden, 7'si arkadaştan, 4'ü sağlık personelinden sosyal destek aldığını belirtmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>.05$ ).

Kontrol grubundaki katılımcıların 31'i (%68,9) gebeliği öğrendiklerinde olumlu duygular, 9'u (%20) bir şey anlayamama ve 5'i (%11,1) olumsuz duygular hissettiğini ifade etmiştir. Ebe masaj grubundaki katılımcıların 33'ü (%73,3) gebeliği öğrendiklerinde olumlu duygular, 10'u (%22,2) bir şey anlayamama ve 2'si (%4,4) olumsuz duygular hissettiğini ifade etmiştir. Eş masaj grubundaki katılımcıların 39'u (%86,7) gebeliği öğrendiklerinde olumlu duygular, 5'i (%11,1) bir şey anlayamama ve 1'i (%2,2) olumsuz duygular hissettiğini ifade etmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 4.3.** Kadınların eşleriyle ilgili özelliklerinin karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (N=45)		Ebe Masaj Grubu (N=45)		Eş Masaj Grubu (N=45)		Test Değerleri	p
		Ort ve SS		Ort ve SS		Ort ve SS			
		N	%	N	%	N	%		
Evlilik Süresi		2,37±1,47		2,11±0,92		1,81±0,96		2,64	,075*
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	17	37,8	17	37,8	9	20	5,85	,210**
	Lise	22	48,9	18	40	24	53,3		
	Üniversite ve üstü	6	13,3	10	22,2	12	26,7		
Şuanki çalışma durumu	Çalışıyor	44	97,8	42	93,3	45	100	3,61	,165**
	Çalışmıyor	1	2,2	3	6,7	-	-		

\*Tek yönlü ANOVA, \*\*Ki kare testi,  $p < 0,05$ , Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, p=Anlamlılık Düzeyi

Araştırmada yer alan kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubunda yer alan katılımcıların eşlerine dair özelliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular Tablo 4.3.'de gösterilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların eşleri ile evlilik süre ortalamaları  $2,37 \pm 1,47$  yıl, ebe masaj grubundaki katılımcıların eşleri ile evlilik süreleri  $2,11 \pm 0,92$  yıl, eş masaj grubundaki katılımcıların eşleri ile evlilik süreleri  $1,81 \pm 0,96$  yıldır. Grupların evlilik süre ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

Kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin 17'si (%37,8) ilkokul/ortaokul mezunu, 22'si (%48,9) lise mezunu ve 6'sı (%13,3) üniversite ve üzeri mezunudur. Ebe masaj grubundaki katılımcıların eşlerinin 17'si (%37,8) ilkokul/ortaokul mezunu, 18'i (%40) lise mezunu ve 10'u (%17,8) üniversite ve üzeri mezunudur. Eş masaj grubundaki katılımcıların eşlerinin ise 9'u (%20) ilkokul/ortaokul mezunu, 24'ü (%53,3) lise mezunu ve 12'si (%26,7) üniversite ve üzeri mezunudur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > .05$ ).

## 4.2. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının VAS-Ağrı Skorlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular

**Tablo 4.4.** Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının VAS-ağrı skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

	Kontrol Grubu Ort ± SS	Ebe Masaj Grubu Ort ± SS	Eş Masaj Grubu Ort ± SS	F	p	Eta Kare	Post hoc (Tukey)
VAS1	3,44 ± 0,94	3,16 ± 0,80	2,84 ± 0,77	5,75	,004*	0,080	1>3
VAS2	6,87 ± 0,81	5,11 ± 0,83	4,62 ± 0,72	100,64	,000**	0,604	1>2>3
VAS3	8,84 ± 0,85	6,09 ± 0,67	6,02 ± 0,75	201,31	,000**	0,753	1>2,3
F*	551,46	365,41	382,17				
p	,000*	,000*	,000*				
Eta Kare	0,962	0,944	0,947				
Post hoc (Bonferroni)	3>2>1	3>2>1	3>2>1				

\* $p < 0,004$  \*\* $p < 0,001$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma p=Anlamlılık Düzeyi

F= tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

F\*= tek faktörlü tekrarlanan ölçümler ANOVA

Not. VAS 1: dilatasyon 4 cm ve altındayken, VAS 2: dilatasyon 5-6 cm olduğunda, VAS 3: dilatasyon 8-9 cm olduğunda

Dilatasyon 4 cm ve altındayken grupların VAS1 skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $F(2,134) = 5,75$ ,  $p < 0,004$ ). Sonuçlar yalnızca kontrol grubu ile eş masaj grubunun VAS skorlarında farklılık olduğunu, dilatasyon 4 cm ve altındayken eş masaj grubundaki katılımcıların (Ort = 2,84, Ss = 0,77) kontrol grubuna (Ort = 3,44, Ss = 0,94) kıyasla daha düşük düzeyde VAS1 skoruna sahip olduğunu göstermiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %8'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,080). Bu değer etki düzeyinin orta büyüklükte olduğunu göstermektedir.

Dilatasyon 5-6 cm olduğunda grupların VAS skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $F(2,134) = 100,64$ ,  $p < 0,001$ ). Sonuçlar üç grupta istatistiksel olarak birbirinden farklı VAS skorlarının olduğunu, en yüksek VAS skorunun kontrol grubunda (Ort = 6,87, SS = 0,81) ve en düşük skorun ise eş masaj grubunda (Ort = 4,62, SS = 0,72) olduğunu göstermiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %60,4'ü ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,604). Bu değer büyük etki düzeyini göstermektedir.

Dilatasyon 8-9 cm olduğunda grupların VAS skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $F(2,134) = 201,31, p < ,001$ ). Sonuçlar ebe (Ort = 6,09, Ss = 0,67) ve eş masaj (Ort = 6,02, Ss = 0,75) gruplarının VAS puanlarında istatistiksel farklılık olmadığını ancak kontrol grubundaki (Ort = 8,84, Ss = 0,85) katılımcıların ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde hem eş hem de ebe masaj grubunun puan ortalamalarından yüksek olduğunu göstermiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %75,3'ü ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ( $\eta^2 = 0,753$ ). Bu değer büyük etki düzeyini göstermektedir.



### 4.3. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) Skorlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular

**Tablo 4.5.** Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının durumluk kaygı ölçeği (DKÖ) skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

	Kontrol Grubu Ort ± SS	Ebe Masaj Grubu Ort ± SS	Eş Masaj Grubu Ort ± SS	F	p	Eta Kare	Post hoc (Tukey)
DK1	50,71 ± 7,36	47,00 ± 5,79	46,60 ± 7,08	5,03	<b>,008*</b>	<b>0,071</b>	<b>1&gt;2, 1&gt;3</b>
DK2	61,11 ± 5,01	40,00 ± 4,80	34,18 ± 2,81	478,16	<b>,000*</b>	<b>0,880</b>	<b>1&gt;2&gt;3</b>
DK3	67,62 ± 4,95	40,76 ± 4,87	35,33 ± 2,99	706,70	<b>,000*</b>	<b>0,915</b>	<b>1&gt;2&gt;3</b>
F	186,62	26,82	95,09				
p	<b>,000*</b>	<b>,000*</b>	<b>,000*</b>				
Eta Kare	<b>0,899</b>	<b>0,555</b>	<b>0,816</b>				
Post hoc (Bonferroni)	<b>3&gt;2&gt;1</b>	<b>1&gt;2, 1&gt;3</b>	<b>1&gt;3&gt;2</b>				

\* $p < 0,008$  \*\* $p < 0,001$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma p=Anlamlılık Düzeyi

F= tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

F\*= tek faktörlü tekrarlanan ölçümler ANOVA

Not. DKÖ 1: dilatasyon 4 cm ve altındayken, DKÖ 2: dilatasyon 5-6 cm olduğunda, DKÖ 3: dilatasyon 8-9 cm olduğunda

Dilatasyon 4 cm ve altındayken grupların durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $F(2,134) = 5.03$ ,  $p < ,008$ ). Ebe (Ort = 47,00, Ss = 5,79) ve eş (Ort = 46,60, Ss = 7,08) masaj gruplarının durumluk kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ancak kontrol grubundaki (Ort = 50,71, Ss = 7,36) katılımcıların durumluk kaygı puan ortalamalarının eş ve ebe masaj grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %7,1'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,071). Bu değer etki düzeyinin orta büyüklükte olduğunu göstermektedir.

Dilatasyon 5-6 cm olduğunda grupların durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $F(2,134) = 478,16$ ,  $p < ,001$ ). Üç grupta istatistiksel olarak birbirinden farklı durumluk kaygı skorlarının olduğu, en yüksek durumluk kaygı skorunun kontrol grubunda (Ort = 61,11, Ss = 5,01)

ve en düşük skorun ise eş masaj grubunda (Ort = 34,18, Ss = 2,81) olduğu tespit edilmiştir. Eş masaj grubundaki katılımcıların durumluk kaygı skorları ebe masaj grubundaki katılımcılardan da istatistiksel olarak daha düşüktür. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %88'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,880). Bu değer büyük etki düzeyini göstermektedir.

Dilatasyon 8-9 cm olduğunda grupların durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $F(2,134) = 706,70$ ,  $p<,001$ ). Üç grupta istatistiksel olarak birbirinden farklı durumluk kaygı skorlarının olduğu, en yüksek durumluk kaygı skorunun kontrol grubunda (Ort = 67,62, Ss = 4,95) ve en düşük skorun ise eş masaj grubunda (Ort = 35,33, Ss = 2,99) olduğu saptanmıştır. Eş masaj grubundaki katılımcıların durumluk kaygı skorları ebe masaj grubundaki katılımcılardan da istatistiksel olarak daha düşüktür. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %91,5'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,915). Bu değer büyük etki düzeyini göstermektedir.

Kontrol grubunda farklı dilatasyon seviyelerinde durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Wilks' Lambda = ,10,  $F(2, 43) = 186,62$ ,  $p<,001$ ). Kontrol grubundaki üç durumluk kaygı ölçümünün de istatistiksel olarak birbirinden farklı olduğu ve dilatasyon arttıkça durumluk kaygı skorunun da arttığı belirlenmiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %89,9'u ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,899).

Ebe masaj grubunda farklı dilatasyon seviyelerinde durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Wilks' Lambda = ,44,  $F(2, 43) = 26,82$ ,  $p<,001$ ). Ebe masaj grubundaki katılımcıların dilatasyon 4 cm ve altındayken durumluk kaygılarının 5-6 cm ve 8-9 cm olduğu duruma göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir deyişle dilatasyon arttıkça durumluk kaygı azalmıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %55,5'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,555).

Eş masaj grubunda farklı dilatasyon seviyelerinde durumluk kaygı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Wilks' Lambda = ,18,  $F(2, 43) = 95,09$ ,  $p<,001$ ). Ebe masaj grubundaki üç durumluk kaygı ölçümünün de istatistiksel olarak birbirinden farklı olduğu dilatasyon 5-6 cm olduğunda durumluk kaygının en düşük olduğu, 8-9 cm olduğunda bir miktar yükseldi saptanmıştır. Ancak gruplar arası

sonuçlara bakıldığında 8-9 cm dilatasyonda eř masaj grubundaki katılımcıların durumluk kaygı puanları en dūřuktur. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %81,6'ı ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ( $\eta^2=0,816$ ).



#### 4.4. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Doğum Süreçleriyle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması

##### 4.4.1. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının doğum süreçleriyle ilgili bazı özelliklerin karşılaştırılmasıyla ilgili bulgular

**Tablo 4.6.** Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının doğum süreçleriyle ilgili bazı özelliklerin karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N =45) Ort ve SS		Ebe Masaj Grubu (N =45) Ort ve SS		Eş Masaj Grubu (N =45) Ort ve SS		Test Değeri	P	Eta Kare	Post hoc (Tukey)	
	N	%	N	%	N	%					
Doğum servisine kabul saati ile doğum yapılan saat farkı	5,12±1,12		4,50±0,92		4,23±1,03		4,29	<b>,000**</b>	<b>0,165</b>	<b>1&gt;2, 1&gt;3</b>	
Yenidoğan kilosu	3218,56±394,63		3298,98±445,80		3341,64±376,39		1,06	,348	-	-	
Yenidoğanın 1. dk APGAR	7,71±0,81		8,27±0,78		8,47±0,59		12,78	<b>,000**</b>	<b>0,162</b>	<b>1&lt;2, 1&lt;3</b>	
Yenidoğanın 5. dk APGAR	8,58±0,81		9,29±0,55		9,42±0,54		22,18	<b>,000**</b>	<b>0,252</b>	<b>1&lt;2, 1&lt;3</b>	
Oksijen verilmesi	Evet	36	80	32	71,1	24	53,3	7,64	<b>,022*</b>	-	-
	Hayır	9	20	13	28,9	21	46,7				
Doğum eyleminde yapılan müdahaleler	Epizyosuz doğum	12	26,7	10	22,2	14	31,1	0,91	,635	-	-
	Epizyo müdahaleli doğum	33	73,3	35	77,8	31	68,9				
Doğum eyleminde kendiyinden laserayon gelişimi	Evet	28	62,2	29	64,4	29	64,4	0,06	,968	-	-
	Hayır	17	37,8	16	35,6	16	35,6				

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$ , \*Tek yönlü ANOVA, \*\*Ki kare testi,  $p < 0,05$ , Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma,  $p$ =Anlamlılık Düzeyi, 1- kontrol grubu, 2-ebe masaj grubu, 3-eş masaj grubu

Katılımcıların doğumlarıyla ilgili çeşitli bilgilerinin karşılaştırılmasıyla ilgili bulgular Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Kontrol grubundaki doğum servisine kabul saati ile doğum yaptıkları saat farkı ortalaması  $5,12 \pm 1,12$ , ebe masaj grubundaki katılımcıların doğum servisine kabul saati ile doğum yaptıkları saat farkı ortalaması  $4,50 \pm 0,92$ , eş masaj grubundaki katılımcıların ise  $4,23 \pm 1,03$  olarak bulunmuştur. Grupların doğum servisine kabul saati ile doğum yaptıkları saat farkı ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < ,001$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Tukey post hoc analizleri yapılmıştır. Sonuçlar kontrol grubunda yer alan katılımcıların doğum yapılan saat ile doğum servisine kabul saati arasındaki farka dair ortalamalarının ebe ve eş masaj grubundaki katılımcılardan yüksek olduğunu göstermiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %16,5'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ( $\eta^2 = 0,165$ ). Bu değer büyük etki düzeyini göstermektedir.

Kontrol grubundaki kadınların yenidoğanlarının kilo ortalaması  $3218,56 \pm 394,63$ , ebe masaj grubundaki kadınların yenidoğanlarının kilo ortalaması  $3298,98 \pm 445,80$ , eş masaj grubundaki kadınların yenidoğanlarının kilo ortalaması  $3341,64 \pm 376,39$  olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > ,05$ ).

Kontrol grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 1. dk APGAR ortalaması  $7,71 \pm ,81$ , ebe masaj grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 1. dk APGAR ortalaması  $8,27 \pm 0,78$ , eş masaj grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 1. dk APGAR ortalaması  $8,47 \pm 0,59$  olarak hesaplanmıştır. Grupların yenidoğanın 1. dk APGAR ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p < ,000$ ). Ebe masaj grubu ile eş masaj grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 1. dk APGAR ortalamalarında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. Ancak kontrol grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 1. dk APGAR ortalamalarının hem ebe hem de eş masaj grubuna kıyasla istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %16,2'si ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ( $\eta^2 = 0,162$ ). Bu değer büyük etki düzeyini göstermektedir.

Kontrol grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 5. dk APGAR ortalaması  $8,58 \pm 0,81$ , ebe masaj grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 5. dk APGAR ortalaması  $9,29 \pm 0,55$ , eş masaj grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 5. dk APGAR ortalaması  $9,42$

$\pm 0,54$  olarak hesaplanmıştır. Grupların yenidoğanın 5. dk APGAR ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<,000$ ). Ebe masaj grubu ile eş masaj grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 5. dk APGAR ortalamalarında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. Ancak kontrol grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 5. dk APGAR ortalamalarının hem ebe hem de eş masaj grubuna kıyasla istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %25,2'si ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ( $\eta^2=0,252$ ). Bu değer büyük etki düzeyini göstermektedir.

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların 36'sı (%80), ebe masaj grubundaki katılımcıların 32'si (%71,1) ve eş masaj grubundaki katılımcıların 24'üne (%53,3) oksijen verilmiştir. Ebe ve eş masaj grubundaki katılımcılara oksijen verilme oranları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Eş masaj grubundaki katılımcılara oksijen verilme oranı ebe masaj grubuna göre de daha düşüktür.

Kontrol grubunda yer alan katılımcılardan 12'si (%26,7) epizyosuz doğum, 33'ü (%73,3) epizyo müdahaleli doğum, ebe masaj grubunda yer alan katılımcılardan 10'u (%22,2) epizyosuz doğum, 35'i (%77,8) epizyo müdahaleli doğum, eş masaj grubunda yer alan katılımcılardan 14'ü (%31,1) epizyosuz doğum, 31'i (%68,9) epizyo müdahaleli doğum yapmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır ( $p>,05$ ).

#### 4.4.2. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının fetal kalp atım hızı

##### skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

**Tablo 4.7.** Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının fetal kalp atım hızı (FKAH) skorlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Ebe Masaj Grubu	Eş Masaj Grubu	F	p
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
FKAH1	139,38 $\pm$ 6,95	137,07 $\pm$ 7,68	137,33 $\pm$ 7,90	1,27	,284
FKAH2	140,67 $\pm$ 6,85	138,73 $\pm$ 7,09	140,04 $\pm$ 6,31	,98	,380
FKAH3	140,96 $\pm$ 7,50	139,62 $\pm$ 6,54	139,07 $\pm$ 6,19	,93	,399
F	,91	2,09	3,07		
p	,408	,136	,111		

$p<,05$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma  $p$ =Anlamlılık Düzeyi

F= tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

F\*= tek faktörlü tekrarlanan ölçümler ANOVA

Not. FKAH1: dilatasyon 4 cm ve altındayken dakikada fetal kalp atım hızı, FKAH2: dilatasyon 5-6 cm olduğunda dakikada fetal kalp atım hızı, FKAH3: dilatasyon 8-9 cm olduğunda dakikada fetal kalp atım hızı

Dilatasyonun her seviyesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 4.7.'de gösterilmiştir. Kontrol, ebe ve eş masaj grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir grup içi farklılık bulunmamıştır.



#### 4.4.3. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının kontraksiyon sıklık ve süre skorlarının gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

**Tablo 4.8.** Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının kontraksiyon sıklık (KS) skorlarının gruplar arası karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Ebe Masaj Grubu	Eş Masaj Grubu	F	p	Eta Kare	Post hoc (Tukey)
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS				
KS1	2,64 ± 0,64	2,38 ± 0,58	2,62 ± 0,72	2,34	,100	-	-
KS 2	3,67 ± 0,56	3,33 ± 0,52	3,47 ± 0,66	3,70	<b>,027*</b>	<b>0,053</b>	<b>1&gt;2</b>
KS 3	4,36 ± 0,71	4,00 ± 0,60	4,13 ± 0,59	3,58	<b>,031*</b>	<b>0,051</b>	<b>1&gt;2</b>

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,001$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma p=Anlamlılık Düzeyi  
F= tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Not. KS1: dilatasyon 4 cm ve altındayken kontraksiyon sıklığı, KS2: dilatasyon 5-6 cm olduğunda kontraksiyon sıklığı, KS3: dilatasyon 8-9 cm olduğunda kontraksiyon sıklığı (Kontraksiyon sıklığı 10 dakikada meydana gelen kontraksiyon sayısını ifade etmektedir)

Dilatasyon 4 cm ve altındayken grupların kontraksiyon sıklık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $F(2,134) = 2,34, p > ,05$ ).

Dilatasyon 5-6 cm iken grupların kontraksiyon sıklık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $F(2,134) = 3,70, p < ,027$ ). Yalnızca ebe masaj (Ort = 3,33, Ss = 0,52) grubu ile kontrol grubunun (Ort = 3,67, Ss = 0,56) kontraksiyon sıklıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %5,3'ü ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,053).

Dilatasyon 8-9 cm iken grupların kontraksiyon sıklık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $F(2,134) = 3,58, p < ,031$ ). Yalnızca ebe masaj (Ort = 4,00, Ss = 0,60) grubu ile kontrol grubunun (Ort = 4,36, Ss = 0,71) kontraksiyon sıklıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %5,1'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,051).

**Tablo 4.9.** Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının kontraksiyon süre (KSÜ) ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Ebe Masaj Grubu	Eş Masaj Grubu	<i>F</i>	<i>p</i>	Eta Kare	Post hoc (Tukey)
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS				
KSÜ1	29,82 ± 7,41	25,42 ± 7,51	26,80 ± 6,40	2,14	,113	-	-
KSÜ2	39,04 ± 6,01	35,00 ± 6,37	36,89 ± 4,06	5,94	<b>,003*</b>	<b>0,083</b>	<b>1&gt;2</b>
KSÜ3	47,51 ± 4,26	43,04 ± 3,60	43,82 ± 4,01	16,31	<b>,000**</b>	<b>0,198</b>	<b>1&gt;2, 1&gt;3</b>

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,001$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma  $p$ =Anlamlılık Düzeyi  
*F*= tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Not. KSÜ1: dilatasyon 4 cm ve altındayken kontraksiyon süresi (saniye), KSÜ2: dilatasyon 5-6 cm olduğunda kontraksiyon süresi (saniye), KSÜ3: dilatasyon 8-9 cm olduğunda kontraksiyon süresi (saniye)

Dilatasyon 4 cm ve altındayken grupların kontraksiyon süre ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Dilatasyon 5-6 cm iken grupların kontraksiyon süre ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $F(2,134) = 5,94$ ,  $p < ,003$ ). Sadece kontrol grubu (Ort = 39,04, Ss = 6,01) ile ebe masaj grubunda (Ort = 35,00, Ss = 6,37) yer alan katılımcıların kontraksiyon süre ortalamalarının birbirinden istatistiksel olarak farklılık tespit edilmiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %8,3'ü ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,083).

Dilatasyon 8-9 cm iken grupların kontraksiyon süre ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $F(2,134) = 16,31$ ,  $p < ,001$ ). Kontrol grubunun (Ort = 47,51, SS = 4,26) kontraksiyon süre ortalamalarının hem ebe masaj (Ort = 43,04, SS = 3,60) hem de eş masaj (Ort = 43,82, SS = 4,01) grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ebe ve eş masaj grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %19,8'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,198).

#### 4.4.4. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının aktif fazın, geçiş fazının ve ikinci evrenin süresi ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

**Tablo 4.30.** Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının aktif fazın, geçiş fazının ve ikinci evrenin süresi ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

Kontrol Grubu	Ebe Masaj Grubu	Eş Masaj Grubu	<i>F</i>	<i>p</i>	Eta Kare	Post hoc	
Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS					
AFS	220,24 ± 46,87	177,33 ± 34,95	177,24 ± 42,07	16,00	,000**	0,195	1>2, 1>3
GFS	51,49 ± 23,40	45,89 ± 18,52	50,29 ± 20,56	,894	,412	-	-
İES	25,84 ± 10,90	25,11 ± 9,04	24,96 ± 11,55	,091	,913	-	-
Toplam	297,58 ± 53,85	248,33 ± 43,77	252,49 ± 61,67	11,68	,000**	0,150	1>2, 1>3

\*\* $p < 0,001$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma  $p$ =Anlamlılık Düzeyi

*F*= tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Not. AFS: aktif fazın süresi (dakika), GFS: geçiş fazın süresi (dakika), İES: ikinci evrenin süresi (dakika)

Kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcıların aktif fazın süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $F(2,134) = 16,00$ ,  $p < ,001$ ). Kontrol grubundaki (Ort = 220,24, Ss = 46,87) katılımcıların aktif fazın süresinin ebe masaj (Ort = 177,33, Ss = 34,95) ve eş masaj grubuna (Ort = 177,24, Ss = 42,07) göre anlamlı şekilde daha yüksek belirlenmiştir. Ebe ve eş masaj gruplarında aktif fazın süresi ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %19,5'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,195).

Kontrol, ebe masaj ve eş masaj gruplarının geçiş fazın süresi ortalamalarında ( $F(2,134) = 0,89$ ,  $p > ,05$ ) ve ikinci evrenin süresi ortalamalarında ( $F(2,134) = 0,91$ ,  $p > ,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcıların aktif fazın süresi, geçiş fazının süresi ve ikinci evrenin süresi ortalamalarının toplamında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $F(2,134) = 11,68$ ,  $p < ,001$ ). Kontrol grubundaki (Ort = 297,58, Ss = 53,85) katılımcıların toplam süre ortalamalarının ebe masaj (Ort = 248,33, Ss = 43,77) ve eş masaj grubuna (Ort = 252,49, Ss = 61,67) göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Ebe ve eş masaj gruplarında

aktif fazın süresi ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %15'i ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ( $\eta^2 = 0,150$ ).



#### 4.5. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Travay Sürecinden ve Masaj Uygulamasından Memnuniyet Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.41.** Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının travay sürecinden ve masaj uygulamasından memnuniyet puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Ebe Masaj Grubu	Eş Masaj Grubu	F/t	P	Eta Kare	Post hoc (Tukey)
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS				
TSM	5,36 ± 1,30	7,78 ± 0,88	7,60 ± 0,89	75,77	,000**	0,534	1<2, 1<3
MUM	-	8,84 ± 0,98	8,82 ± 0,83	,116	,908	-	-

\*\* $p < 0,001$  Ort=Ortalama SS=Standart Sapma  $p$ =Anlamlılık Düzeyi  
F= tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

t= bağımsız gruplar t testi

Not. TSM: travay sürecinden memnuniyet, MUM: masaj uygulaması memnuniyet

Kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcıların travay sürecinden memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $F(2,134) = 75,77, p < ,001$ ). Ebe (Ort = 7,78, SS = 0,88) ve eş (Ort = 7,60, SS = 0,89) masaj gruplarının travay memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ancak kontrol grubundaki (Ort = 5,36, SS = 1,30) katılımcıların travay memnuniyet puanlarının eş ve ebe masaj grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %53,4'ü ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir (eta kare=0,534).

Ebe ve eş masaj grubunda yer alan katılımcıların masaj memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Nitekim 0-10 puanlık VAS ile değerlendirilen masaj memnuniyet skor ortalamaları incelendiğinde de her iki grubunda masaj memnuniyet puanlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.12.** Katılımcıların doğumları ve masaj uygulamasına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (N =45)		Ebe Masaj Grubu (N =45)		Eş Masaj Grubu (N =45)		Test Değeri	P
		N	%	N	%	N	%		
Doğuma dair düşünceler	Zor bir doğumdu	26	57,8	4	8,9	4	8,9	41,65	<b>,000**</b>
	Kolay bir doğumdu	1	2,2	13	28,9	11	24,4		
	Normal bir doğumdu	18	40	28	62,2	30	66,7		
Masaj uygulaması memnuniyeti	Evet	-	-	44	97,8	42	93,3	3,17	,366
	Hayır	-	-	1	2,2	3	6,7		
Masaj uygulamasında en çok rahat hissedilen pozisyon	Ayakta	-	-	4	8,9	6	13,3	1,82	,611
	Yan yatar pozisyonda	-	-	9	20	13	28,9		
	Dik	-	-	3	6,7	3	6,7		
	Çömelme	-	-	29	64,4	23	51,1		
	Secde	-	-	-	-	-	-		
Masaj uygulamasının doğum ağrı ve kaygısını azaltma durumu	Evet	-	-	41	91,1	39	86,7	0,45	,502
	Hayır	-	-	4	8,9	6	13,3		
Yeni bir gebelikte masaj uygulaması isteme durumu	Evet	-	-	45	100	44	97,8	1,01	,315
	Hayır	-	-	-	-	1	2,2		
Masaj uygulamasını diğer gebelere tavsiye etme durumu	Evet	-	-	43	95,6	42	93,3	0,21	,645
	Hayır	-	-	2	4,4	3	6,7		
Masaj uygulamasının beğenilmeyen yönleri oldu mu?	Evet	-	-	2	4,4	4	8,9	0,71	,398
	Hayır	-	-	43	95,6	41	91,1		

\*\* $p < 0,001$ ,  $p = \text{Anlamlılık Düzeyi}$ , \*\* $Ki \text{ kare testi}$

Katılımcıların doğum sonrasında doğum deneyimi ve masaj uygulaması ile ilişkili sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 4.12’te gösterilmiştir. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların 26’sı (%57,8) doğumun zor olduğunu, 1’i (%2,2) kolay 18’i (%40) ise normal bir doğum olduğunu ifade etmiştir. Ebe masaj grubundaki katılımcıların 4’ü (%8,9) doğumun zor olduğunu, 13’ü (%28,9) kolay ve 28’i (%62,2) normal olduğunu belirtmiştir. Eş masaj grubundaki katılımcıların ise 4’ü (%8,9) doğumun zor, 11’i (%24,4) kolay ve 30’u (%66,7) normal olduğunu ifade etmiştir. Gruplar arasında bir fark olup olmadığı incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, doğum deneyimini zor olarak nitelendirenlerin oranının (%57,8) kontrol grubunda fazla olduğu hem eş hem de ebe masaj grubundaki katılımcıların ise sadece %8,9’unun doğumu zor olarak nitelendirdiği tespit edilmiştir.

Ebe masaj grubundaki katılımcıların 44’ü (%97,8), eş masaj grubundaki katılımcıların ise 42’si (%93,3) masaj uygulamasından memnun olduklarını

belirtmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>,05$ ).

Ebe masaj grubunda yer alan katılımcıların 4'ü (%8,9) ayakta, 9'u (%20) yan yatar, 3'ü (%6,7) dik ve 29'u (%64,4) çömelme pozisyonunda olduklarında masaj uygulamasında daha rahat hissettiklerini belirtmiştir. Eş masaj grubunda yer alan katılımcıların 6'sı (%13,3) ayakta, 13'ü (%28,9) yan yatar, 3'ü (%6,7) dik ve 23'ü (%51,1) çömelme pozisyonunda olduklarında masaj uygulamasında daha rahat hissettiklerini belirtmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>,05$ ).

Ebe masaj grubunda bulunan katılımcılardan 41'i (%91,1), eş masaj grubundaki katılımcıların 39'u (%86,7) masaj uygulamasının doğum ağrı ve kaygısını azalttığını bildirmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>,05$ ). Ebe masaj grubundaki katılımcıların tamamı, eş masaj grubundaki katılımcıların da 44'ü (%97,8) yeni bir gebelikte masaj uygulamasını istediklerinin ifade etmişlerdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>,05$ ).

Ebe masaj grubundaki katılımcıların 43'ü (%95,6), eş masaj grubundaki katılımcıların ise 42'si (%93,3) masaj uygulamasını diğer gebelere de tavsiye edebileceklerini ifade etmiştir. Ebe masaj grubundaki katılımcıların yalnızca 2'si (%4,4) eş masaj grubundaki katılımcıların ise yalnızca 4'ü (%8,9) masaj uygulamasının beğenmedikleri yönleri olduğunu ifade etmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>,05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Doğum ağrısı, psikolojik, duygusal, ruhsal ve fiziksel boyutları kapsayan karmaşık bir fizyolojik fenomen olarak görülmektedir. Aynı zamanda doğumda ağrı, kaygı ve korku, annenin ve fetüsün fizyolojik durumu üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Ağrı algısı doğum eyleminde müdahaleyi ve elektif sezaryen oranlarını artırabilmektedir. Bu nedenle doğum eyleminde ağrının ve kaygının giderilmesi büyük önem taşımaktadır. Doğum ağrısının yönetimi intrapartum bakımın temel amacıdır (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018).

Araştırma, travayda eş masajının ağrı, kaygı ve doğum sürecine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın bulguları ilgili literatür bilgisi doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Kadınların sosyodemografik, gebelikleri ve eşleriyle ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasıyla ilgili bulguların tartışılması

5.2. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının VAS-ağrı skorlarının karşılaştırılmasıyla ilgili bulguların tartışılması

5.3. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının durumluk kaygı ölçeği skorlarının karşılaştırılmasıyla ilgili bulguların tartışılması

5.4. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının doğum süreçleriyle ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasıyla ilgili bulguların tartışılması

5.5. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarının travay sürecinden ve masaj uygulamasından memnuniyet puan ortalamalarının karşılaştırılmasıyla ilgili bulguların tartışılması

### **5.1. Kadınların Sosyodemografik, Gebelikleri ve Eşleriyle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya katılan ebe masaj, eş masaj ve kontrol grubundaki kadınların yaş, BKİ, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, yaşadıkları yer ve daha önce profesyonel masaj yaptıрма durumlarının benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.1.). Ebe masaj, eş masaj ve kontrol grubundaki kadınların gebelik haftası, gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte ortaya çıkan sağlık

problemi, gebelik izlemine gitme durumu, gebelikte alınan kilo, gebelikte sosyal destek alma durumu, gebelik ilk öğrenildiğinde hissedilen duygular ile ilgili özelliklerinin benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) belirlenmiştir (Tablo 4.2.). Ebe masaj, eş masaj ve kontrol grubundaki kadınların medeni durumu, evlilik yılı, isteyerek evlenme durumu, eşlerinin eğitim durumu ve eşlerinin çalışma durumuyla ilgili olarak benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Grupları oluşturan katılımcıların sosyodemografik, gebelikleri ve eşleriyle ilişkin bilgilerinin benzer özellikler taşımasının travayda masaj uygulamasının etkisinin açık bir şekilde ortaya koyulması ve çalışma sonuçlarının etkilenmemesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Deneysel araştırmalarda, müdahalenin etkisinin net bir şekilde ortaya koyulabilmesi ve çalışma sonuçlarını etkilememesi için müdahale ve kontrol grubunun benzer özellikler taşıması önemlidir (Attia, 2005).

Araştırmamıza katılan tüm primipar gebelerin doğum yaptıkları yaş ortalaması  $23,61\pm 2,88$  olarak tespit edilmiştir. Ayrıca kadınların çoğunluğunun lise mezunu (%46,7), evli (%99,3) ve ev hanımı (83,7) olduğu saptanmıştır. Bolbol-Haghighi ve arkadaşlarının İran'da (2016) masaj terapisinin doğum süresine etkisini araştırdıkları çalışmalarında 100 kadını (50 masaj, 50 kontrol grubu) araştırmalarına dahil etmişlerdir. Çalışmamızdaki oranlara benzer şekilde kadınların yaş ortalamasının  $24,63\pm 5,02$  olduğunu, çoğunluğunun lise ve üzeri öğrenim durumuna sahip olduğunu bulmuşlardır (Bolbol-Haghighi et al., 2016). Erdoğan ve arkadaşları (2017) çalışmalarında 62 kadın ile (31 masaj, 31 kontrol grubu) sırt masajının algılanan doğum ağrısı ve memnuniyet üzerine etkisini incelemişlerdir. Kadınların %58'inin yaş ortalamasının 25'den küçük olduğunu ve %75,8'inin ev hanımı olduğunu belirtmişlerdir (Erdoğan et al., 2017). Gallo ve arkadaşlarının Brezilya'da (2018) masaj, top ve ılık duş uygulamalarının doğum ağrısının şiddetine, analjezi kullanımına ve obstetrik sonuçlara etkisini araştırdıkları çalışmalarında 80 primipar gebeyi (40 uygulama, 40 kontrol grubu) çalışmalarına dahil etmişlerdir. Çalışmalarında kadınların yaş ortalamasının  $21\pm 4$  olduğunu, kadınların çoğunluğunun lise mezunu (%61) ve evli-partneri ile yaşadığını (%88) saptamışlardır (Gallo et al., 2018). Masaj ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların yaş, eğitim durumu ve medeni durum ortalamaları çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların BKI  $30,18 \pm 16,13$ , gebelik haftası ise  $38,74 \pm 1,40$  olarak tespit edilmiştir. Bolbol-Haghighi ve arkadaşları (2016) çalışmalarında kadınların BKI'ini daha düşük olarak  $25,31 \pm 4,48$ , gebelik haftasını ise  $39,28 \pm 1,02$  olarak saptamışlardır (Bolbol-Haghighi et al., 2016). Bala ve arkadaşları (2017) Hindistanda 90 primipar kadın ile (30 sırt masaj, 30 ambulasyon, 30 kontrol grubu) doğumun birinci evresinde sırt masajı ve ambulasyonun ağrı ve kaygıya etkisini değerlendirmek için deneysel bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmalarında kadınların %57'sinin 37-38. gebelik haftasında olduğunu ve annelerin %62'sinin gebelikte bulantı rahatsızlığı yaşadığını bildirmişlerdir (Bala et al., 2017). Bizim çalışmamızda da kadınların gebeliklerinde yaşadıkları en sık sağlık probleminin benzer olarak bulantı kusma (%62) olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

## **5.2. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının VAS-Ağrı Skorlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması**

Dilatasyon 4 cm ve altındayken grupların VAS skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < ,004$ ). Kontrol grubu ile eş masaj grubunun ağrı şiddetinde farklılık olduğu, dilatasyon 4 cm ve altındayken eş masaj grubundaki katılımcıların kontrol grubuna kıyasla daha düşük düzeyde ağrı şiddetine sahip olduğu (Tablo 4.4.) tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında kadının eşinin doğum eylemi sürecinde yanında bulunmasının ağrı algılama düzeyini azaltmış olabileceği düşünülmektedir.

Dilatasyon 5-6 cm olduğunda grupların ağrı şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p < ,001$ ). Üç grubunda istatistiksel olarak birbirinden farklı ağrı şiddetinin olduğu, en yüksek ağrı şiddetinin kontrol grubunda ve en düşük ağrı şiddetinin ise eş masaj grubunda olduğu belirlenmiştir. Dilatasyon 8-9 cm olduğunda grupların ağrı şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p < ,001$ ). Ebe ve eş masaj gruplarının ağrı şiddetlerinde istatistiksel farklılık olmadığı ancak kontrol grubundaki katılımcıların ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde hem eş hem de ebe masaj grubunun puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma bulgularımıza göre “ $H_{1-1}$  masaj uygulaması sonrasında eş masajı grubu ile kontrol grubunun ağrı düzeyleri arasında fark vardır.” hipotezi kabul

edilmiştir. “ $H_{1-2}$ = Masaj uygulaması sonrasında eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun ağrı düzeyleri arasında fark vardır.” Hipotezi dilatasyon 5-6 cm olduğunda ölçülen ağrı şiddeti için kabul edilmiştir. Ancak dilatasyon 8-9 cm iken ölçülen ağrı şiddeti için kabul edilmemiştir. Aktif fazın başında ağrı şiddeti sonuna doğru algılanan ağrı şiddetiden daha düşük olabileceği için masajın ağrıya etkisi daha net olarak ortaya konulabilmektedir. Aktif fazın sonunda ebe masajı ile eş masajı grubu arasındaki ağrı düzeylerindeki farkın kaybolması bu durum ile ilişkili olabilir.

Araştırmamızda üç ağrı skalası ölçümünde de kontrol grubunun istatistiksel olarak daha yüksek ağrı skorlarına sahip olduğu, eş masaj grubunun ise daha düşük düzeyde ağrı skorlarına sahip olduğu görülmektedir. Mortazavi ve arkadaşları (2012) İran’da 120 primipar kadın (30 Masaj, 30 refakat, 30 kontrol grubu) ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında doğum sırasında masaj terapisi ve refakatçi varlığının ağrı, kaygı ve memnuniyet üzerine etkisini incelemişlerdir. Ağrı düzeyinin masaj uygulanan grupta daha düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir (Mortazavi et al., 2012). Kamalifard ve arkadaşları da (2012) çalışmalarında masaj uygulanan grupta ağrı skorlarındaki farklılıkların anlamlı olduğunu, masajın ağrıyı azaltabildiğini göstermişlerdir (Kamalifard et al., 2012). Janssen ve arkadaşları (2012) Kanada’da 77 kadını (37 masaj, 40 kontrol grubu) dahil ettikleri çalışmalarında masaj terapisinin doğum sonuçları üzerine etkisini incelemişler ve masaj terapisi grubunda aradaki fark anlamlı olmasa da ağrı ölçeği puanlarını daha düşük olarak bulmuşlardır (Janssen et al., 2012). Gallo ve arkadaşları da (2013) çalışmalarında masaj uygulamasının doğumda ağrı şiddetini anlamlı düzeyde azalttığını ifade etmişlerdir (Gallo et al., 2013). Sadat ve arkadaşları (2016) İran’da 60 primipar kadını (30 masaj, 30 Kontrol grubu) dahil ettikleri araştırmalarında doğumun ilk evresinde manuel masajın ağrıya etkisini değerlendirmişlerdir. Doğumun ilk evresinde masaj uygulamasının kadınlarda ağrı şiddetini önemli ölçüde azalttığını göstermişlerdir (Sadat et al., 2016). Erdoğan ve arkadaşlarının (2017) çalışmalarında da ağrı şiddeti VAS kullanılarak servikal dilatasyon 3-4 cm, 5-6 cm ve 7-8 cm iken ölçülmüştür. Her üç aşamada da ağrı şiddetinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sırt masajı uygulanan grupta ağrı şiddetinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Erdoğan et al., 2017). Yanti ve Mardiyana (2017) Endonezya’da 15 kadın ile doğumun aktif fazında uygulanan efloraj masajının doğum ağrısı üzerine etkisini araştırmışlardır. Efloraj masajının ağrı düzeyinde anlamlı bir etkisinin olduğunu, ağrı

şiddetinde azalma sağladığını saptamışlardır (Yanti & Mardiyana, 2017). Bala ve arkadaşları (2017) servikal dilatasyon 3-4 cm ve 5-7 cm iken uyguladıkları sırt masajından önce ve sonra ölçtükleri ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlemişlerdir. Masaj uygulaması sonrasında ağrı puanları azalmıştır. Aynı zamanda sırt masajının ağrıyı azaltmada ambulasyondan daha etkili olduğunu belirlemişlerdir (Bala et al., 2017). Gallo ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında masaj uygulaması dahil uygulanan üç nonfarmakolojik yöntemin doğum sürecinde ağrı şiddetini deney grubunda kontrol grubuna göre önemli ölçüde azalttığını bulmuşlardır (Gallo et al., 2018). Khudhur Ali ve Mirkhan Ahmed (2018) Irak'ta 80 kadın ile (20 masaj, 20 pozisyon değişikliği, 40 kontrol grubu) gerçekleştirdikleri çalışmalarında doğumun birinci evresinde pozisyon değişikliğinin veya sırt masajının ağrı algısı üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışma sonuçlarında sırt masajının doğumun birinci evresinde ağrı algısını azalttığı, hatta pozisyon değişikliğinden daha etkili bir ağrı yönetimi yaklaşımı olduğunu saptamışlardır (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018). Darmawan ve Waslia (2019) Endonezya'da 30 kadın (15 endorfin masaj, 15 efloraj masaj grubu) üzerinde doğumun birinci evresinde endorfin ve efloraj masajının ağrıyı azaltmada etkisini incelemişlerdir. Doğumun birinci evresinde ağrının azaltılmasında her iki masaj yönteminin de etkili olduğunu ancak efloraj masajının ağrının azaltılmasında daha etkili bir uygulama olduğunu göstermişlerdir (Honey Darmawan & Waslia, 2019). Terzioğlu ve Gönenç (2020) 120 kadın (30 masaj, 30 akupunktur, 30 masaj+akupunktur, 30 kontrol grubu) ile yaptıkları çalışmalarında masaj ve akupunkturun doğum ağrısını giderme, doğum süresini azaltma ve doğum memnuniyetini artırma üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Masaj ve akupunktur müdahalesi sonrası ortalama doğum ağrısı skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmiş ve masajın akupunkturdan daha etkili olduğu sonucuna varmışlardır (Terzioğlu & Gönenç, 2020). Karaduman ve Çevik'in (2020) çalışmasında, 60 kadına (30 masaj, 30 kontrol grubu) servikal dilatasyon 3-4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm iken sakral masaj uygulanmış ve sakral masajın kadınların doğum ağrısını azalttığı bulunmuştur (Karaduman & Çevik, 2020). Rosmiarti ve arkadaşları (2020) 31 kadın üzerinde, aktif fazda sırt masajının doğum ağrısına etkisini incelemişler ve masaj uygulaması sonrasında ağrının şiddetinde anlamlı düzeyde azalma olduğunu tespit etmişlerdir (Rosmiarti et al., 2020). Sapna ve arkadaşları (2020) Hindistan'da 60 kadın üzerinde sırt masajının doğum ağrısına etkisini incelemişler ve masaj uygulaması sonrasında

ağrı şiddetinde anlamlı düzeyde azalma meydana geldiğini bildirmişlerdir (Sapna et al., 2020). Lai ve arkadaşları (2021) Hong Kong'da 479 kadın ile (233 masaj, 246 kontrol grubu) gerçekleştirdikleri çalışmalarında masajın doğum ağrısını azaltmadaki etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmada masaj grubunda bulunan kadınların daha az farmakolojik ağrı kesici kullandığını ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kadınların daha büyük bir oranının analjezi kullanmadan doğumunu gerçekleştirdiğini saptamışlardır. Kadınların epidural analjezi isteği sırasındaki servikal dilatasyon değeri, masaj grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha fazla olarak bulunmuştur (Lai et al., 2021). Türkmen ve Oran (2021) 90 primipar kadın (30 ısı uygulama, 30 masaj, 30 kontrol grubu) ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında doğum ağrısı ve konforu üzerine masaj ve ısı uygulamasının etkinliğini incelemişler ve ısı uygulaması ve masajın, gebelerde ağrı algısını azaltmak ve doğum sırasında konfor sağlamak amacıyla güvenli ve etkili bir ebelik müdahalesi olarak kullanılabileceği sonucuna varmışlardır (Türkmen & Oran, 2021). Purwandari ve arkadaşlarının (2022) Endonezya'da 30 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında doğumun aktif fazında kadınların eşleri tarafından yapılan masajın doğum ağrısına etkisi değerlendirilmiş ve ön test son test sonuçlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir (Purwandari et al., 2022). Mammadov ve Taş (2024) Lefkoşa'da 66 gebe ile akupresür ve masajın doğum ağrısı ve doğum memnuniyeti üzerine etkisi karşılaştırmışlardır. Akupunktur ve masajın her ikisinin de kontrol grubuyla karşılaştırıldığında doğum ağrısını azaltmada etkili olduğunu ancak masajın etkisinin akupunkturdan daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir (Mammadov & Taş, 2024). Çalışma sonuçları bizim çalışmamıza benzer şekilde doğum sürecinde masajın ağrı şiddetini düşürmede etkili olduğunu, dolayısıyla algılanan doğum ağrısının masajla azaltılabileceğini göstermektedir. Çalışmalar incelendiğinde literatürde eşin doğum deneyimine masaj uygulaması ile eşlik ettiği çalışma bulguları sınırlıdır. Bu çalışmalarda eş masajının doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu bulunmasına karşın ebe tarafından uygulanan masajın etkisi ile bir karşılaştırma yapılmamıştır. Bu açıdan çalışmamız ulaşılan literatür incelendiğinde eş masajı ile ebe tarafından uygulanan masajın etkilerini karşılaştıran ilk çalışmalardandır. Travayda ebelerin nonfarmakolojik bir yöntem olan masajı uygulama becerileri, ağrının azaltılması açısından önem arz etmektedir. Çalışma sonuçlarımız dikkate alındığında aktif fazın başlangıcında doğum ağrısının azaltılmasında eş tarafından uygulanan masajın ebe tarafından uyguladığı masajdan daha etkili olduğu görülmektedir. Bu açıdan eşlerin masaj

uygulamasının eş desteği ile birlikte ağrının azaltılmasında daha etkili olabileceği değerlendirilmektedir. Masaj konusunda deneyimli ebelerin verdiği masaj eğitimleri ile ebelerin ve eşlerin masaj uygulama konusunda yetkinliklerinin artırılması önemlidir. Eşlerin doğum eyleminde daha fazla sorumluluk alabilecekleri ve eşlerine destek olabilecekleri uygulamaların artırılması, doğum konfor ve memnuniyetini sağlayarak, anne bebek baba bağlanmasını da artıracaktır. Nitel bir meta sentez çalışması, doğum sırasında eş desteğinin anne baba ilişkisi üzerine olumlu etki yarattığını, ebeveynlerin bebekle olan bağını güçlendirdiğini belirtmektedir (Johansson et al., 2015). Fathi - Nafaji ve ark. (2017) ise çalışmalarında, eş desteğinin gebenin ağrı ile baş etmesini güçlendirdiğini ve kadınların cesaret kazanmasına yardımcı olduğunu saptamışlardır (Fathi - Nafaji et al., 2015).

### **5.3. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Durumluk Kaygı Ölçeği Skorlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması**

Araştırma bulgularımız dilatasyon 4 cm ve altındayken grupların durumluk kaygı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ( $p<,008$ ). Ebe ( $47,00\pm5,79$ ) ve eş ( $46,60\pm7,08$ ) masaj gruplarının durumluk kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ancak kontrol grubundaki ( $50,71\pm7,36$ ) katılımcıların durumluk kaygı puan ortalamalarının eş ve ebe masaj grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.). Bu durumun araştırmacının eş masajı ve ebe masajı grubuna yapılan uygulama ve doğum süreci ile ilgili açıklama yapması ve bununla ilişkili olarak daha fazla yanında kalmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca ağrının kaygıyı artıran bir etken olduğu düşünüldüğünde dilatasyon 4 cm ve altındayken kontrol grubunun ağrı düzeyinin masaj gruplarına göre daha yüksek olması da bu sonuca neden olabilir.

Dilatasyon 5-6 cm olduğunda grupların durumluk kaygı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<,001$ ). Üç grubun da istatistiksel olarak birbirinden farklı durumluk kaygı puanlarının olduğu, en yüksek durumluk kaygı puanının kontrol grubunda ( $61,11\pm5,01$ ) ve en düşük puanın ise eş masaj grubunda ( $34,18\pm2,81$ ) olduğu belirlenmiştir. Yine dilatasyon 8-9 cm olduğunda grupların durumluk kaygı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<,001$ ). Üç grubun da istatistiksel olarak birbirinden farklı durumluk

kaygı puanlarının olduğu, en yüksek durumluk kaygı puanının kontrol grubunda (67,62±4,95) ve en düşük puanın ise eş masaj grubunda (35,33±2,99) olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre araştırmamızın “H<sub>1.3</sub>= Masaj uygulaması sonrasında eş masajı grubu ile kontrol grubunun durumluk kaygı düzeyleri arasında fark vardır.” ve “H<sub>1.4</sub>=Masaj uygulaması sonrasında eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun durumluk kaygı düzeyleri arasında fark vardır.” hipotezleri kabul edilmiştir.

Araştırmamızda üç kaygı puanı ölçümünde de kontrol grubunun istatistiksel olarak daha yüksek kaygı puanına sahip olduğu, eş masaj grubunun ise daha düşük düzeyde kaygı puanına sahip olduğu görülmektedir. Aynı zamanda eylem süresince kontrol grubunda kaygı puanları artarken, ebe ve eş masaj grubunda kaygı puanlarının azaldığı tespit edilmiştir. Mortazavi ve arkadaşları (2012) çalışmalarında masaj uygulanan grupta kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde kaygı puanlarının olduğunu belirtmişlerdir (Mortazavi et al., 2012). Terzioğlu ve Gönenç (2012) çalışmalarında doğumun birinci evresinde kadınların kaygısını azaltmada, masaj ve akupressür uygulamalarının ikisinin de etkili olduğunu ancak masaj uygulamasının daha etkin bir yöntem olduğunu bulmuşlardır (Terzioğlu & Gönenç, 2012). Bala ve arkadaşları (2017) ise servikal dilatasyon 3-4 cm ve 5-7 cm iken uyguladıkları sırt masajından önce ve sonra ölçtükleri kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlemişlerdir. Masaj uygulaması sonrasında kaygı puanları azalmıştır. Ayrıca araştırmalarında aynı zaman diliminde değerlendirdikleri ağrı puanları ile kaygı puanları arasında pozitif korelasyon tespit etmişlerdir. Ağrı puanının artması kaygı düzeyini artırmıştır. Aynı zamanda sırt masajının kaygıyı azaltmada ambulasyondan daha etkili olduğunu belirlemişlerdir (Bala et al., 2017). Karaduman ve Çevik'in (2020) çalışmasında kontrol grubunun ve deney grubunun durumluk kaygı ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 39,57±4,17 ve 28,07±2,96 olarak bulunmuştur. Deney grubunun durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Karaduman & Çevik, 2020). Weljale (2021) 60 kadın üzerinde (30 masaj, 30 nefes egzersiz grubu) gerçekleştirdiği çalışmasında doğumda kaygı üzerinde sırt masajı ve nefes egzersizlerinin etkinliğini değerlendirmiştir. Her iki grupta da ön test ve son test ortalama puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı düzeyde azalma olduğunu tespit etmiş ve masaj, nefes egzersizlerinin kadının doğumda daha az kaygı yaşamasına yardımcı olan uygulamalar olduğu sonucuna varmıştır (Weljale, 2021). Türkmen ve arkadaşları (2024) 100

primipar (50 masaj, 50 kontrol grubu) kadın ile yaptıkları çalışmalarında SP6 noktasına uygulanan buz masajının kaygı üzerindeki etkisini incelemişler ve masajın konforu artırıp kaygıyı azalttığı sonucuna varmışlardır. Ayrıca kadınlarda kaygı düzeyleri arttıkça toplam konfor puanlarının azaldığını tespit etmişlerdir (Türkmen et al., 2024). Literatürde incelenen çalışma bulguları bizim çalışmamıza benzer şekilde doğum sürecinde masajın kaygı skorlarını düşürmede etkili olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda doğum eyleminde kadına eşi dahil bir refakatçinin eşlik etmesinin de kaygıyı azalttığı görülmektedir. Ancak daha net yorumlar yapılabilmesi için doğumda kadına masaj uygulaması ile eşinin eşlik ettiği, büyük örnekleme sahip, benzer masaj uygulama yöntemlerini kullanan ve başka nonfarmakolojik yöntemin aynı uygulamada yer almadığı çalışma sonuçlarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

#### **5.4. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Doğum Süreçleriyle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya katılan ebe masaj, eş masaj ve kontrol grubundaki kadınların yenidoğanlarının kilo ortalaması, kendiliğinden laserasyon gelişme ve müdahaleli doğum yapma durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) saptanmıştır (Tablo 4.6.). Araştırma bulgularımıza göre “ $H_{1-7}$ =Eş masajı grubu ile kontrol grubunun müdahaleli doğum oranları arasında fark vardır.” ve “ $H_{1-8}$ =Eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun müdahaleli doğum oranları arasında fark vardır.” hipotezleri kabul edilmemiştir.

Araştırmamız, gruplar arasında yenidoğanın 1. ve 5. dk Apgar ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ( $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki katılımcılarda yenidoğanın 1. ve 5. dk Apgar ortalamalarının hem ebe hem de eş masaj grubuna kıyasla istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.). Bulgumuza benzer şekilde Bolbol-Haghighi ve arkadaşları (2016) deney ve kontrol grubunda 1. ve 5. dakika Apgar skorlarında, masaj uygulanan deney grubundaki kadınların yenidoğanlarına ait apgar skorlarının kontrol grubuna göre daha iyi olduğunu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmişlerdir (Bolbol-Haghighi et al., 2016). Gallo ve arkadaşları’da (2018) masaj ve diğer iki uygulama yapılan grupta kontrol grubuna göre 1. ve 5. dakikada Apgar skorlarının anlamlı şekilde daha iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Yenidoğanın 1. dk Apgar skorlarını deney ve kontrol grubundaki katılımcılarda sırasıyla  $8,6 \pm 1,4$ ;  $7,5 \pm 2,3$  olarak; yenidoğanın 5. dk Apgar skor ortalamasını deney ve kontrol grubundaki katılımcılarda sırasıyla  $9,8 \pm 0,4$ ;  $9,4 \pm 1,0$  olarak bulmuşlardır (Gallo et al., 2018). Erdoğan ve arkadaşları ise çalışmalarında bu çalışmanın bulgularından farklı olarak masaj ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını ifade etmişlerdir. Çalışmada masaj ve kontrol grubundaki yenidoğanların 1. dakikada alınan ortalama Apgar skorları sırasıyla  $7,9 \pm 0,2$  ve  $7,8 \pm 0,3$  olarak belirtilmiştir (Erdoğan et al., 2017). Gallo ve arkadaşları (2013) Brezilya’da masajın doğumda ağrı şiddetine etkisini değerlendirmek için gerçekleştirdikleri çalışmalarında 46 kadını (23 masaj, 23 kontrol grubu) lumber masaj uygulayarak değerlendirmişlerdir. Çalışmalarında masaj ve kontrol grubunda yenidoğanın 1. ve 5. dakikada apgar skorları arasında fark olmadığını belirtmişlerdir (Gallo et al., 2013). Kamalifard ve arkadaşları (2012) çalışmalarında İran’da masaj terapisi ve nefes tekniklerinin ağrı şiddeti ve doğum ağrısına verilen fizyolojik yanıtlar üzerindeki etkinliğini incelemiştir. Çalışmaya 80 kadın (40 masaj, 40 solunum teknikleri grubu) dahil etmişler ve masaj ve solunum teknikleri uygulanan gruplarda apgar skorları arasında fark olmadığını saptamışlardır (Kamalifard et al., 2012). Farklı çalışmalarda masaj uygulamasının Apgar skoruna etkisi değerlendirilmiş olsa da genellikle küçük örneklem grupları çalışmalara dahil edilmiştir. Masajın Apgar skoruna etkisini değerlendiren daha büyük örnekleme sahip çalışmaların yapılması gerekliliği görülmektedir. Ayrıca masaj uygulama yöntemi de her çalışmada farklılık göstermekte ve bazı çalışmalarda masaj ile birlikte farklı nonfarmakolojik yöntemlerde çalışmaya dahil edilmektedir. Sonuçlardaki farklılıkların bu sebeplerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Benzer yöntemler kullanan daha büyük örnekleme sahip çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

#### **5.4.1. Ebe masaj, eş masaj ve kontrol gruplarında aktif fazın, geçiş fazının ve ikinci evrenin süresi ortalamalarının tartışılması**

Çalışmamızda kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcılarda aktif fazın süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ( $p < ,001$ ). Kontrol grubundaki ( $220,24 \pm 46,87$ ) katılımcılarda aktif fazın süresi ebe masaj ( $177,33 \pm 34,95$ ) ve eş masaj grubuna ( $177,24 \pm 42,07$ ) göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Ebe ve eş masaj gruplarında aktif fazın süresi ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.10.). Araştırma bulgularımıza göre “H<sub>1</sub>.

$H_5$ =Eş masajı grubu ile kontrol grubunun aktif faz süreleri arasında fark vardır.” hipotezi kabul edilmiştir. “ $H_{1-6}$ =Eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun aktif faz süreleri arasında fark vardır.” hipotezi kabul edilmemiştir. Mortazavi ve arkadaşları (2012) çalışmalarında ortalama aktif faz uzunluğunu masaj grubunda 2,6 saat, doğuma refakatçinin eşlik ettiği grupta 5,7 saat ve kontrol grubunda ise 7,5 saat olarak tespit etmişlerdir. Aktif fazın süresinin masaj grubunda anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptamışlardır (Mortazavi et al., 2012). Masaj uygulamasının ağrıyla birlikte kaygı ve korkuyu azaltarak kontraksiyonların etkisini artırdığı ve doğum süresinin birinci evresinin aktif fazını kısalttığı düşünülmektedir. Doğum sürecinde gerçekleştirilen uygulamaların çoğunluğu doğumun en uzun evresi olan birinci evrede gerçekleştirilmektedir. Dolayısı ile gerçekleştirilen masaj uygulaması ile birinci evrenin kısaltılmasının aynı zamanda doğumda yapılan müdahalelerin azaltılmasını sağlaması açısından da önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kontrol, ebe masaj ve eş masaj gruplarının geçiş fazının süresi ortalamaları ( $51,49 \pm 23,40$ ;  $45,89 \pm 18,52$ ;  $50,29 \pm 20,56$ ) ve ikinci evrenin süresi ortalamaları ( $25,84 \pm 10,90$ ;  $25,11 \pm 9,04$ ;  $24,96 \pm 11,55$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Erdoğan ve arkadaşları da (2017) çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde masaj ( $24,6 \pm 12,7$ ) ve kontrol ( $31,7 \pm 20,9$ ) grubunun ikinci evrenin süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit etmemişlerdir (Erdoğan et al., 2017).

Çalışmamızda kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcıların aktif fazın süresi, geçiş fazın süresi ve ikinci evrenin süresi toplamının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p < 0,001$ ). Kontrol grubundaki ( $297,58 \pm 53,85$ ) katılımcıların aktif fazın süresi, geçiş fazın süresi ve ikinci evrenin süresi puanlarının toplamının ebe masaj ( $248,33 \pm 43,77$ ) ve eş masaj grubuna ( $252,49 \pm 61,67$ ) göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu görülmektedir. Ebe ve eş masaj gruplarında toplam süre ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Abasi ve Abedian (2009) İran’da 62 kadın (32 masaj, 30 kontrol grubu) ile masajın doğumun ilk evresinin süresine etkisi inceledikleri çalışmada, masaj uygulamasının doğum süresinde önemli bir azalma sağladığını ifade etmişlerdir. Masaj grubu için ortalama doğum süresini 5,75 saat ve kontrol grubu için ortalama süreyi 9,15 saat olarak belirtmişlerdir (Abasi & Abedian, 2009). Gallo ve arkadaşları’da (2018) çalışmalarında doğumun toplam süresinin masaj uygulama grubunda ortalama 72

dakika daha kısa olduğunu özellikle ekpulsiyon süresinin anlamlı şekilde kısaldığını belirlemişlerdir (Gallo et al., 2018). Benzer şekilde Bolbol-Haghighi ve arkadaşları' da (2016) çalışmalarında masaj uygulamasının doğumun birinci ve ikinci evresinin süresini deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede kısalttığını bulmuşlardır (Bolbol-Haghighi et al., 2016). Kamalifard ve arkadaşları (2012) masaj ve solunum teknikleri uygulanan grupta doğumun süresi bakımından anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir (Kamalifard et al., 2012). Aynı şekilde Janssen ve arkadaşları (2012)'da doğumun birinci ve ikinci evresinin süresi bakımından masaj uygulanan müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir (Janssen et al., 2012). Literatür bulgularında görüldüğü gibi masajın doğum süresinin kısalmasına etkisi ile ilgili çalışma sonuçları çelişkilidir. Bu araştırma sonucunun bulguları ile paralel şekilde bazı araştırmalar masajın doğum süresini kısalttığını belirlerken bazıları da masajın etkisi olmadığını saptamışlardır. Masajın doğum eyleminin süresine etkisini belirleyebilmek için her evresinin süresinin ayrı ayrı değerlendirilmesi ve benzer masaj uygulama tekniklerinin kullanılması gerektiği düşünülmektedir. Bu kapsamda masajın doğum süresine etkisi ile ilgili benzer metodolojilerin uygulandığı daha geniş örnekleme çalışmalara ihtiyaç vardır.

## **5.5. Ebe Masaj, Eş Masaj ve Kontrol Gruplarının Travay**

### **Sürecinden ve Masaj Uygulamasından Memnuniyet Puan**

### **Ortalamalarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların**

### **Tartışılması**

Çalışmamızda kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcıların travay sürecinden memnuniyet durumları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ( $p < ,001$ ). Ebe ( $7,78 \pm 0,88$ ) ve eş ( $7,60 \pm 0,89$ ) masaj gruplarının travay sürecinden memnuniyet skorları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ancak kontrol grubundaki ( $5,36 \pm 1,30$ ) katılımcıların travay sürecinden memnuniyet skorları eş ve ebe masaj grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktür (Tablo 4.11.). Bu araştırmadaki bulgumuza göre “ $H_{1-10} = \text{Eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun travay sürecinden memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır.}$ ” hipotezi kabul edilmemiştir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Mortazavi ve arkadaşları (2012) çalışmalarında masaj grubu, doğuma refakatçinin eşlik ettiği grup ve kontrol grubu arasında masaj uygulanan grubun doğum sürecinden memnuniyet

düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (Mortazavi et al., 2012). Erdoğan ve arkadaşları (2017) çalışmalarında masaj ve kontrol grubu arasında doğum sürecinden memnuniyet düzeyleri arasında fark olduğunu, masaj uygulanan grupta doğum sürecinden memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Erdoğan et al., 2017). Gallo ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında da masaj dahil uygulanan diğer iki nonfarmakolojik yöntemin doğum eylemi süresince müdahale grubunda kontrol grubuna göre memnuniyet skorlarını önemli ölçüde artırdığını tespit etmişlerdir (Gallo et al., 2018). Karaduman ve Çevik (2020) çalışmalarında masaj grubunun doğum sürecinden memnuniyet durumunu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır (Karaduman & Çevik, 2020). Mammadov ve Taş' da (2024) çalışmalarında müdahale ve kontrol gruplarının doğum memnuniyeti ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık olduğunu ve masaj grubunun memnuniyet puanlarının, akupunktur uygulanan gruptan ve kontrol grubundaki katılımcıların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Mammadov & Taş, 2024). Literatür bulguları çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir. Kadın için benzersiz bir deneyim olan doğum sürecinin yüksek memnuniyet hisleri ile tamamlanması oldukça önemlidir. Masaj uygulamasının doğum sürecinden memnuniyeti artırması nedeniyle bu yöntemin doğum sürecinde sık uygulanan nonfarmakolojik uygulamalar arasında yerini alması önerilmektedir.

Çalışmamızda ebe ve eş masaj grubunda yer alan katılımcıların masaj uygulamasına dair memnuniyeti bakımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Araştırma bulgumuza göre “ $H_1$ - $\rho$ =Eş masajı grubu ile ebe masajı grubunun masaj uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır.” hipotezi kabul edilmemiştir. Masaj uygulamasından memnuniyet puan ortalamaları incelendiğinde ise her iki grubun da masaj uygulamasına dair memnuniyet puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle sırt ve sakral masaj uygulaması etkili bir yöntem olarak önerilmektedir. Chang ve arkadaşları da çalışmalarında (2002) partner ve hemşire ikilisi tarafından masaj uygulanan deney grubunun %87'sinin masajı faydalı bulduğunu, ağrıyı azaltmada ve psikolojik destek sağlamada etkili olduğunu ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmada masajın çiftlerin doğum deneyimine değer sağladığı, memnuniyet duygusu oluşturduğu ve katılımcıların çoğunluğunun (%87) masajın orta dereceden fazla yararlı olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir (Chang et

al., 2002). Erdoğan ve arkadaşları'da (2017) doğum sürecinde uygulanan masajın etkisini doğumdan iki saat sonra değerlendirmişler ve masaj grubunda masaj uygulamasından memnuniyet skorlarının anlamlı şekilde yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Erdoğan et al., 2017). Terzioğlu ve Gönenç (2020) çalışmalarında müdahaleden memnuniyet açısından, masaj grubundakilerin %96,8'inin, akupresür grubundakilerin %93,3'ünün ve masaj+akupunktur grubunun %100'ünün müdahalelerden memnun olduklarını ve bir sonraki doğumlarında uygulamaları kullanmayı amaçladıklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca müdahale grubu katılımcılarının tamamına yakını bu uygulamaları diğer gebelere de tavsiye edeceklerini bildirmişlerdir (Terzioğlu & Gönenç, 2020).

### **5.5.1. Katılımcıların doğum deneyimi ve masaj uygulamasına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasıyla ilgili bulguların tartışılması**

Çalışmamızda kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcıların doğuma dair düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12.). Doğum deneyimini zor olarak nitelendirenlerin oranı kontrol grubundakilerde (%57,8) hem eş hem de ebe masaj grubundaki katılımcılardan (%8,9) fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçta uygulanan masajın etkisinin olduğu ve doğumu kadın için daha kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Ayrıca ebe masaj grubundaki katılımcıların %97,8'i, eş masaj grubundaki katılımcıların %93,3'ü masaj uygulamasından memnun olduklarını belirtmiştir. Erdoğan ve arkadaşları'da (2017) çalışmalarında kontrol grubunda doğumu beklenenden daha uzun ve daha acı verici olarak ifade edenlerin oranını masaj grubundakilerden daha fazla olduğunu belirlemişlerdir ( $p<0,05$ ) (Erdoğan et al., 2017). Karaduman ve Çevik'in (2020) çalışmalarında da kontrol grubundaki kadınların %80'i doğumlarının zor olduğunu belirtirken, masaj grubundaki kadınların %26,7'si doğumunu zor olarak belirtmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Karaduman & Çevik, 2020).

Çalışmamızda ebe masaj grubunda bulunan katılımcılardan %91'i, eş masaj grubundaki katılımcıların %86'sı masaj uygulamasının doğum ağrı ve kaygısını azalttığını bildirmiştir. Ebe masaj grubundaki katılımcıların tamamı, eş masaj grubundaki katılımcıların da %97'si bir sonraki doğumlarında da masaj uygulamasını istediklerini ifade etmişlerdir. Sadat ve arkadaşları (2016) çalışmalarında masaj grubunda doğum memnuniyet oranının (%96) yüksek olduğunu belirtmiş ve bu

Çalışmada kadınların %76'sının masajın ağrılarını etkili bir şekilde azalttığını ifade ettikleri saptanmıştır (Sadat et al., 2016). Mammadov ve Taş'da (2024) alışmalarında masaj grubunun %90'ının uygulanan yöntemden memnun kaldığını ve bir sonraki doğumlarında tekrar masaj yaptırmak istediğini belirttiklerini saptamışlardır (Mammadov & Taş, 2024). Çalışma bulgularımız ilgili literatür ile benzerlik göstermektedir. Doğum sürecinde uygulanan masaj ister ebe tarafından isterse eş tarafından uygulansın, masajın kadın açısından doğumu kolaylaştırdığı ve memnuniyet düzeyini artırdığı görülmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Travayda eş masajının ağrı, kaygı ve doğum sürecine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar şu şekildedir:

- Kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki kadınların sosyo-demografik, gebeliğe ilişkin ve eşlerine dair özelliklerinin benzerdir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Gruplar arasında üç ağrı şiddeti puanı ölçümünde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Eş masaj grubundaki katılımcılar kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde ağrı şiddetine sahiptir.
- Gruplar arasında üç kaygı düzeyi puanı ölçümünde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Eş masaj grubundaki katılımcılar kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde kaygı puanına sahiptir.
- Kontrol, ebe masaj ve eş masaj grubundaki katılımcıların aktif faz süreleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Gruplar arasında müdahaleli doğum yapma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.
- Ebe ve eş masaj grupları arasında masaj uygulamasından memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.
- Kontrol grubundaki katılımcıların travay memnuniyet skorları eş ve ebe masaj grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür.

Araştırma sonuçları doğrultusunda öneriler klinikte uygulamaya yönelik ve araştırmacılara yönelik olmak üzere iki başlık altında verilmiştir.

Klinikte uygulamaya yönelik öneriler

- Masajın doğumda ağrıyı ve kaygıyı azaltmada, doğum memnuniyetini arttırmada önemli bir etkisinin olduğu görülmektedir. Kadınlar uygulanan masaj ile ilgili olumlu geri bildirimler vermektedir. Doğumda masaj uygulaması ağrının giderilmesi için farmakolojik yöntem kullanımını azaltacak, kadının kendine güven duygusunu arttıracaktır. Travay sürecinde kadınlara yardımcı olan ebelerin masajı kadınları desteklemek için kullanması ve masaj uygulamasını teşvik etmeleri önerilmektedir.

- Travay sürecinde eş tarafından uygulanan masaj ağrı düzeyinin azaltmada oldukça etkili bir yöntemdir. Kadınların taravay sürecinden ve masaj uygulamasından memnuniyet düzeylerini artırmaktadır. Ayrıca kadınların travay sürecinde kaygılarının azalmasına önemli katkı sağlamaktadır. Doğum deneyiminin kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Doğuma hazırlık kurslarında eşlere nitelikli ebe eğitmenler tarafından doğum masajı eğitiminin verilmesi ve eşlerin doğuma refakat etmesinin sağlanması önerilmektedir. Eğitimler çiftlere hem teorik bilgi hem de pratik beceriler kazandırabilir. Böylece eşler doğuma refakat ettikleri süreçte sadece gözlemci rolünden çıkarak, uygun teknikler ile masaj uygulayabilir ve kadınları etkili bir şekilde destekleyebilir. Bu durum eşler arasındaki iletişimin güçlenmesine de katkı sağlayabilir.
- Travay sürecinde masaj uygulaması doğumun aktif evresinin ve toplam süresinin kısılmasını, 1. ve 5. dakikadaki Apgar skorlarının iyileşmesini sağlamaktadır. Bu nedenle masaj noninvaziv, güvenli ve düşük maliyetli bir yöntem olarak doğuma bağlı komplikasyonları azaltabilir. Doğum süresinin kısılması gebe kadınlar için normal vajinal doğumu teşvik etmeyi sağlayabilir. Kadınların taravay süresince masajla desteklenmesi önerilmektedir.

#### Araştırmacılara yönelik öneriler

- Doğum sürecinde eş masaj tekniğinin kullanıldığı daha fazla sayıda ve daha büyük örnekleme sahip çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Bu çalışmada araştırmanın yapıldığı kurumun protokolü doğrultusunda eşler sadece masaj uygulayacakları esnada kadına refakat etmişlerdir. Masaj uygulandığı sürenin dışında eşlerin yanında bulunmamışlardır. Bu nedenle eşlerin daha uzun süre kadına refakat edebilecekleri ortamın oluşturulduğu çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## 7.KAYNAKLAR DİZİNİ

- Abasi, Z., & Abedian, Z. (2009). The effect of massage on the duration of first stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107(S2), 93–93. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(09\)60373-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(09)60373-8)
- Abdul-Sattar Khudhur Ali, S., & Mirkhan Ahmed, H. (2018). Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor. *Pain Management Nursing*, 19(3), 288–294. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.01.006>
- ACOG. (2004). Pain Relief During Labor, ACOG Committee Opinion. *American College of Obstetricians and Gynecologists Obstetric Gynecology*, 104:213.
- Adams, E., & Bianchi, A. (2008). A Practical Approach to Labor Support. *AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 37(1), 106–115. <https://doi.org/10.1111/J.1552-6909.2007.00213.x>
- Ak Sözer, G., Altuntuğ, K., & Ege, E. (2019). Doğum Ağrısı ve Masaj. *Akdeniz Medical Journal*, 5(3), 389–393. <https://doi.org/10.17954/amj.2019.1239>
- Akın, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore*, 16(5), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>
- Aksoy, Y. E., Ataş, A. N., & Yılmaz, S. (2022). Ebelik Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İçerik Analizi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 12(2), 285–293. <https://doi.org/10.5961/HIGHEREDUSCI.1023106>
- Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E., & Vafaei, M. A. (2011). The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(2), 169–173. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249768/>
- Amiri, P., Mirghafourvand, M., Esmailpour, K., Kamalifard, M., & Ivanbagha, R. (2019). The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: A randomized controlled clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-019-2683-Y>
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- Aslan, Ş., & Okumuş, F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 32-40. Doi:10.17681/hsp.287497

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Attia, A. (2005). Bias in RCTs: confounders, selection bias and allocation concealment. *Middle East Fertility Society Journal*, 10(3), 258–261.
- Aydın, O. (2002). *Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış*. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 3(2), 37–48. <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/jspui/handle/11607/2228>
- Bala, I., Babu, M., & Rastogi, S. (2017). Effectiveness of Back Massage Versus Ambulation During First Stage of Labour Among Primigravida Mothers in Terms of Pain and Anxiety. *International Journal of Nursing Education*, 9(3), 28–32. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00060.5>
- Barnett, G. (2008). A New Way to Measure Nursing Computer Timing of Nursing Time and Support of Laboring Patients. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 26(4), 199–206. <https://doi.org/10.1097/01.NCN.0000304805.23499.3f>
- Bayrı Bingöl, F., Demirgöz Bal, M., Yılmaz Esencan, T., Karakoç, A., Küçüköğlü, S., Çiftçi, R., Mutlu, E., & Arı, Z. (2020). Doğum Sürecinde Gebelere Verilen Fiziksel Desteğin Doğum Sonuçlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(3), 506–513. <https://doi.org/10.5222/jaren.2020.52724>
- Beigi, S., Valiani, M., Mousa, A., & Soheila, M. (2019). The relationship between attitude toward labor pain and length of the first, second, and third stages in primigravida women. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(1), 130. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_4\\_19](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_4_19)
- Beydag, K., Merih, Y., & Esencan, Y. (2013). Doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin partograf kullanımı ve partografin gerekliliğine yönelik görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 193–205.
- Biana, C., Cecagno, D., Porto, A., Cecagno, S., Marques, V., & Soares, M. (2021). Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019703681>
- Bolbol-Haghighi, N., Masoumi, S. Z., & Kazemi, F. (2016). Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(4), 12–15. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/17447.7688>
- Bonapace, J., Gagné, G., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, T. (2018). No. 355-physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227–245. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Boz, İ., Akgün, M., Uçan, H., Duman, F., Göksu, M., Çoşkun, G., & Hayta, G. (2019). Gebelerin Doğum Eyleminde Algıladıkları Destekleyici Bakım ile Doğum Algıları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 16(4), 187–190.
- Çakır Koçak, Y., & Sevil, Ü. (2021). Pre-Perinatal Dönemde Uygulanan 'Gebe Masaj'ına Bir Bakış. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 66–76.
- Can, H., & Saruhan, A. (2008). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(1), 18–37. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hemarge/issue/52697/694978>
- Çankaya, S., & Ataş, A. N. (2022). Factors affecting postpartum depression in Turkish women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.024>
- Cansız, D., Emekli-Alturfan, A., & Alturfan, A. (2021). Effects of Endogenous Opioids on Pain Mechanism. *Experimed*, 11(1), 49–56. <https://doi.org/10.26650/experimed.2021.884254>
- Caz, Ç. (2023). Klasik Masaja Yönelik Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(1), 85–100. <https://doi.org/10.21020/husbfd.1076305>
- Çelik, S., Bas, B., Korkmaz, Z., Karasahin, H., & Yildirim, S. (2019). Determination of knowledge and behaviour of nurses about pain management. *Medical Journal of Bakirkoy*, 14(1), 17–23. <https://doi.org/https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20160905103604>
- Çetin, Ö., & Bülbül, T. (2015). Masaj. In M. Başer & S. Taşçı (Eds.), *Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar* (Vol. 1). Akademisyen Kitabevi.
- Chang, M., Chen, C., & Huang, K. (2006). A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Nursing Research*, 14(3), 190–197. <https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000387577.51350.5f>
- Cline, M., Herman, J., Shaw, E., & Morton RD. (1992). Standardization of the visual analogue scale. *Nursing Research*, 41(6), 378–380. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00006199-199211000-00013>
- Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief establishment of effectiveness and comparison. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15(12), 2792. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph15122792>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Değirmen, N., Ozerdoğan, N., & Sayiner, F. D. (2010). Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. *Applied Nursing Research*, 23(3), 153–458. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.001>
- Doğan, A., & Baş, M. (2003). Beden Eğitimi ve Spor Bölümü Öğrencilerinin Durumluk Kaygı Düzeyleri İle Başarıları Arasındaki İlişkileri. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 5(3). <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/297237>
- Dönmez, S., Yenieli, Ö. A., & Kavlak, O. (2014). Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 908–920.
- Durmuş, A., & Yıldız, H. (2021). Doğum Ağrısının Giderilmesinde Masaj Uygulaması ve Etkileri. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 4(2), 284–291. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2020-78218>
- Erdoğan, S., Yanikkerem, E., & Goker, A. (2017). Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.016>
- Eti-Aslan, F. (1998). Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. *VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara*, 178–186.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fraser, D., & Cooper, M. (2009). *Myles' Textbook for Midwives* (15). Churchill Livingstone, London
- Gallo, R., Santana, L., Ferreira, C., Marcolin, A., Polineto, O., Duarte, G., & Quintana, S. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 59(2), 109–116. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(13\)70163-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1836-9553(13)70163-2)
- Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Duarte, G., & Quintana, S. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 33–40. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- García-González, J., Martínez-Navarro, A., Romero-del Rey, R., Requena-Mullor, M., Zheng, R., Lopez-Villen, A., & Alarcon-Rodriguez, R. (2024). State-trait anxiety levels and vital signs of pregnant women following intervention with virtual reality during the nonstress test: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 355, 308–314. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.148>
- Goats, G. (1994). Massage--the scientific basis of an ancient art: Part 1. The techniques. *British Journal of Sports Medicine*, 28(3). <https://bjsm.bmj.com/content/28/3/149.short>
- Gökçek, A. İ. & Yazıcı S. (2022). Doğum Desteği ve Ebelik Bakımı. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 93-99. Doi: 10.53493/avrasyasbd.970423
- Gültepe, R. (2024). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 9(1), 54–61. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10611837>
- Güngör, İ. (2015). Doğum Öncesi Hazırlık Eğitimlerinde Babaların Yeri ve Gereksinimleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 1(1), 44–52.
- Hall, H., Lauche, R., Fogarty, S., Kloester, J., Carr, B., & Munk, N. (2022). Partner delivered relaxation massage to support mild antenatal anxiety; views of participants. *Midwifery*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103229>
- Hall, H., Munk, N., Carr, B., Fogarty, S., Cant, R., Holton, S., Weller, C., & Lauche, R. (2021). Maternal mental health and partner-delivered massage: A pilot study. *Women and Birth*, 34(3), e237–e247. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.003>
- Hodnett, E. (1996). Nursing Support of the Laboring Woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(3), 257–264. <https://doi.org/10.1111/J.1552-6909.1996.TB02434.X>
- Honey Darmawan, F., & Waslia, D. (2019). *Endorphin Massage and Effleurage Massage as a Management of Labour Pain on The Active First Stage of Primigravida at Independent Midwife Practice in Cimahi* (Vol. 3, Issue 1).
- International Association of Science (IAS). (2022). *Definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698>
- Ip, W. Y. (2000). Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal Of Clinical Nursing*, 9, 265–272.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Janssen, P., Shroff, F., & Jaspar P. (2012). Massage therapy and labor outcomes: a randomized controlled trial. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 5(4), 15–20. <https://doi.org/https://doi.org/10.3822%2Fijtmb.v5i4.164>
- Johansson, M., Fenwick, J., & Premberg, Å. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner' s labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005>
- Junqueira, D. R., Zorzela, L., Golder, S., Loke, Y., Gagnier, J., Julious, S. A., Li, T., Wilson, E. W., Pham, B., Philips, R., Santaguida, P., Scherer, R., Gøtzsche, P. C., Moher, D., Loannidis, J. P. A., & Vohra, S. (2023). CONSORT Harms 2022 statement, explanation, and elaboration: updated guideline for the reporting of harms in randomised trials. *BMJ*, 381. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073725>
- Kamalifard, M., Shahnazi, M., Melli MS, Allahverdizadeh, S., Toraby, S., & Ghahvechi, A. (2012). The efficacy of massage therapy and breathing techniques on pain intensity and physiological responses to labor pain. *Journal of Caring Sciences*, 1(2), 73–78. <https://doi.org/https://doi.org/10.5681%2Fjcs.2012.011>
- Karabulutlu, Ö. (2014). Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Caucasian Journal of Science*, 1(1), 43–50. <https://dergipark.org.tr/en/pub/cjo/issue/33897/384968>
- Karaçam, Z. (2020). Babaların Doğum Eylemine Katılma Konusundaki Görüşleri ve Gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 360–366. <https://doi.org/https://doi.org/10.34087/cbusbed.700561>
- Karaçam, Z., & Akyüz, Ö. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(1), 45–53.
- Karaçam, Z., Çoban, A., Akbaş, B., & Karabulut, E. (2018). Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Taylor & FrancisZ Karaçam, A Çoban, B Akbaş, E KarabulutHealth Care for Women International*, 2018•Taylor & Francis, 39(7), 821–841. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1466144>
- Karaduman, S., & Çevik, Ç. (2020). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 12272. <https://doi.org/10.1111/jjns.12272>
- Kaya, M., & Varol, K. (2004). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun örneği). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(17), 31–63. <https://doi.org/https://doi.org/10.17120/omuifd.53984>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Khianman, B., Pattanittum, P., Thinkhamrop, J., & Lumbiganon, P. (2012). Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007426.PUB2/ABSTRACT>
- Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & KH Kjerulff, K. H. (2014). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal–infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, 30(5), 188–194. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.02.006>
- Kızılırmak, A., & Calpbiniçi, P. (2021). Doğum ağrısı ve yaklaşımlar. In M. Çolakoğlu, Ş. Öztürk, & G. İzcitürk (Eds.), *750. Yıl Hünkâr Hacı Bektaş Veli Anma ve Armağan Kitabı* (Vol. 2, pp. 278–287). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Yayınları No: 32.
- Kömürcü, N. (2014). Doğum ağrısı ve yönetimi. In 2014. Nobel Tıp Kitabevi.
- Koyyalamudi, V., Sidhu, G., Cornett, E. M., Nguyen, V., Labrie-Brown, C., Fox, C. J., & Kaye, A. D. (2016). New Labor Pain Treatment Options. *Current Pain and Headache Reports*, 20(2), 1–9. <https://doi.org/10.1007/S11916-016-0543-2>
- Kutanis, R. Ö., & Tunç, T. (2013). Hemşirelerde Benlik Saygısı ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. “İş, Güç” *Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 15(2), 1–15. <https://doi.org/10.4026/1303-2860.2013.0222.x>
- Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. *British Journal of Pain*, 2(2), 15–19. <https://doi.org/10.1177/204946370800200205>
- Lai, C. Y., Wong, M. K. W., Tong, W. H., Chu, S. Y., Lau, K. Y., Tam, A. M. L., Hui, L. L., Lao, T. T. H., & Leung, T. Y. (2021). Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 27(6), 405–412. <https://doi.org/10.12809/hkmj208629>
- Lee, N., Flynn, J., Gao, Y., & Kildea, S. (2023). Comparing compliance with commencement and use of two partograph designs for women in active labour: A randomised controlled trial. *Women and Birth*, 36(1), 17–24. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.004>
- Loeser, J. D., & Treede, R. D. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137(3), 473–477. <https://doi.org/10.1016/J.PAIN.2008.04.025>
- Madenci, E. (2007). Klasik Masaj. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 53(2), 58–61.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Maghalian, M., Kamalifard, M., Hassanzadeh, R., & Mirghafourvand, M. (2022). The effect of massage on childbirth satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Advances in Integrative Medicine*, 9(3), 151–158. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aimed.2022.05.002>
- Mäkelä, K., Palomäki, O., Korpiharju, H., Helminen, M., & Uotila, J. (2023). Satisfaction and dissatisfaction with pain relief and birth experience among induced and spontaneous-onset labours ending in vaginal birth: A prospective cohort study. *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*:X, 100185. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100185>
- Mammadov, B., & Taş, Ç. (2024). The effect of acupressure and massage on labor pain and birth satisfaction: a randomized controlled trial. *EXPLORE*. <https://doi.org/10.1016/J.EXPLORE.2024.04.006>
- Mamuk, R., & Davas, N. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 137–144.
- Manav, F. (2011). Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201–211.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(1), 5.
- Mete, S., Çiçek, Ö., & Uludağ, E. (2016). Doğum ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3), 101–104. <https://dergipark.org.tr/en/pub/deuhfed/issue/46794/586780>
- Mortazavi, S. H., Khaki, S., Moradi, R., Heidari, K., & Rahimparvar, S. F. V. (2012). Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(1), 19–23. <https://doi.org/10.1007/S00404-012-2227-4>
- Öner, N., & Le Compte, A. (1983). *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Oveysi, M., & Apay, S. E. (2021). Doğumda Algılanan Destekleyici Bakım ve Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 232–238. <https://doi.org/https://doi.org/10.54005/geneltip.996756>
- Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. İmaj.
- Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., & Dinç, H. (2017). Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420–428. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2017.04.006>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Özsoy, F., Yıldız, M., Gülücü, S., & Kulu, M. (2018). Doğum Ağrısı ve Bazı Psikiyatrik Özellikler Arasındaki İlişki. *KSU Medical Journal*, 13(2), 43–47. <https://doi.org/https://doi.org/10.17517/ksutfd.427762>
- Öztürk, B. (2021). Gebelerde prenatal bağlanma ve durumluk anksiyete düzeyinin belirlenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(3), 873–882. <https://doi.org/10.38136/jgon.717129>
- Patabendige, M., Wickramasooriya, D. C., & Dasanayake, D. L. W. (2021). WHO Labor Care Guide as the next generation partogram: Revolutionising the quality of care during labor. *European Journal of Midwifery*, 5(26). <https://doi.org/https://doi.org/10.18332%2Fejm%2F138597>
- Piotrowski, M., Paterson, C., Mitchinson, A., Kim, H., Kirsh, M., & Hinshaw, D. (2003). Massage as adjuvant therapy in the management of acute postoperative pain: a preliminary study in men. *Journal of the American College of Surgeons*, 197(6), 1037–1046. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2003.07.020>
- Polat, A. (2018). *Ruhsal Sosyal Ve Manevi Sağlığın Önemi & Terapiler*. İstanbul.
- Porrett, L., Barkla, S., Knights, J., De Costa, C., & Harmen, S. (2012). An Exploration of the Perceptions of Male Partners Involved in the Birthing Experience at a Regional Australian Hospital. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(1), 92–97. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00238.x>
- Price Donald, D., McGrath, P., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17(1), 45–56. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959\(83\)90126-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90126-4)
- Price, S., Noseworthy, J., & Thornton, J. (2007). Women's Experience With Social Presence During Childbirth. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(3), 184–191. <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000269569.94561.7c>
- Purwandari, A., Tuju, S., Tombokan, S., Korompi, M., & Fredrika, N. (2022). Effleurage Massage by Husband on the Level of Pain in Maternal When the 1 Phase is Active. *Journal of Positive School Psychology*, 6(5), 5527–5540.
- Rosmiarti, Marlin, R., & Murbiah. (2020). Reduction of labour pain with back massage. *Enfermeria Clinica*, 30(S5), 209–212. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.11.056>
- Sadat, H., Forugh, F., Maryam, H., Nosratollah, M., & Hosein, S. (2016). The impact of manual massage on intensity and duration of pain at first phase of labor in primigravid women. *International Journal of Medicine Research*, 1(4), 16–18.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117–135.
- Sapna, M., Devi, A., Deepak, S., & Shalu, S. (2020). Effectiveness of back massage in first stage labour pain among pregnant women. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(11), 6644–6652.
- Sarı, T., & Gürhan, N. (2024). Gebelerde Psikoëğitimlerin Doğum Korkusu ve Anksiyete Semptomları Üzerine Etkisi: Meta Analiz. *Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 9(15), 1–13. <https://doi.org/http://doi.org/10.5281/zenodo.10611839>
- Sauls, D. (2006). Dimensions of Professional Labor Support for Intrapartum Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 36–41. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00075.x>
- Schroeder, B., Doig, J., & Premkumar, K. (2014). The effects of massage therapy on multiple sclerosis patients' quality of life and leg function. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2014/640916>
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489–504. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>
- Şimşek, H. N., Demirci, H., & Bolsoy, N. (2018). Sosyal Destek Sistemleri ve Ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97–103.
- Şişman, H., Akpolat, R., & Alptekin, D. (2024). Determination of Pain-Related Knowledge and Behaviors of Adult Intensive Care Nurses. *Pain Management Nursing*. <https://doi.org/10.1016/J.PMN.2024.02.008>
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2018, Issue 3). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>
- Spielberger Donalt, C. (1983). *State Trait Anxiety Inventory For Adults*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/t06496-000>
- Spielberger Donalt, C. (2010). State Trait Anxiety Inventory. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0943>
- Tektaş, N. (2014). Üniversite Mezunlarının Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31(1), 243–253. <https://dergipark.org.tr/en/pub/susbed/issue/61810/924772>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Terzioğlu, F., & Gönenç, İ. M. (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 129–143.
- Terzioğlu, F., & Gönenç, İ. M. (2020). Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time, and increasing delivery satisfaction. *Journal of Nursing Research*, 28(1), e68. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000344>
- Türkmen, H., Çetinkaya, S., Kiliç, H., Tuna, S. D., Şirvanci, M., & Mutlu, H. (2024). The Effect of Ice Massage Applied to the SP6 Point on Labor Pain, Labor Comfort, Labor Duration, and Anxiety: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 69(4), 497-498. <https://doi.org/10.1111/JMWH.13600>
- Türkmen, H., & Oran, N. (2022). Doğum Ağrısında Masajın Etkisi: Sistematik derleme. *JAREN*, 8(2), 97–106. <https://doi.org/10.55646/jaren.2022.72621>
- Türkmen, H., & Oran, N. T. (2021). Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. *Explore*, 17(5), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.002>
- Uçtu, A., & Akan, A. (2021). Doğumda Kadınların Sosyal Destek Algıları ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(2), 805–811. <https://doi.org/10.38136/jgon.839971>
- Ulgu, M., Birinci, S., Ensari, T., & Gözükara, M. (2023). Cesarean section rates in Turkey 2018-2023: Overview of national data by using Robson ten group classification system. *Turk J Obstet Gynecol*, 20(3), 191–198. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2023.68235>
- Uludağ, E., & Mete, S. (2014). Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım. *Cumhuriyet Nursing Journal*, 3(2), 22–29.
- Üst, Z. D., Pasinlioğlu, T., & Özkan, H. (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 110–115. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunihem/issue/2661/34504>
- Uyanık, A., Sadiç, E., & Kaplan, N. (2023). Baba Oluyorum: Değişen Rollerime Uyum Sağlıyorum. *Balkan Health Science Journal*, 2(2), 79–86.
- Vorup, J., Pedersen, M. T., Brahe, L. K., Melcher, P. S., Alstrøm, J. M., & Bangsbo, J. (2017). Effect of small-sided team sport training and protein intake on muscle mass, physical function and markers of health in older untrained adults: A randomized trial. *PLoS ONE*, 12(10). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0186202>

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Walaszek, R. (2015). Impact of classic massage on blood pressure in patients with clinically diagnosed hypertension. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 35(4), 396–401. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0254-6272\(15\)30115-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0254-6272(15)30115-1)
- Weljale, B. (2021). Effectiveness of Back Massage vs Breathing Exercises on Labour Pain and Anxiety among Primigravida Mothers During First Stage of Labour in Pravara Rural Hospital, Loni. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 12(2), 75–79.
- WHO. (1994). *Preventing prolonged labour: a practical guide: the partograph*. World Health Organisation Library Cataloguing in Publication Data.
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organisation Library Cataloguing in Publication Data.
- Yağcı, Ü., & Saygın, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *Med J SDU*, 26(2), 209–220. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.444237>
- Yalnız Dilcen, H., & Genç, R. (2019). Travmatik Doğumun Önlenmesinde Ebenin Rolü. *NWSA Academic Journals*, 14(3), 64–73. <https://doi.org/10.12739/nwsa.2019.14.3.4b0026>
- Yanti, A., & Mardiyana, R. (2017). Effect of Effleurage Techniques to Intensity Pain on Delivering Baby at 1 period Active Phase of Mothers Delivering Baby. *International Journal Of Nursing and Midwifery*, 1(2), 104–110. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.29082/IJNMS/2017/Vol1/Iss2/50>
- Yıldırım, G., & Sahin, N. (2004). The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Research and Management*, 9(4), 183. <https://doi.org/10.1155/2004/686913>
- Yılmaz Esencan, T., & Daştan, K. (2023). Doğum Eylemine Yönelik Girişimlerde Ebelerin Rolü. *Kırşehir Ahi Evran University Journal of Health Sciences*, 7(2), 126–135.
- Yılmaz, S. D., Bal, M. D., & Ergin, A. B. (2020). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum* (Vol. 1). Akademisyen Kitabevi.
- Yüksel, İ. (2016). *Masaj Teknikleri*. Hipokrat Kitabevi.
- Zhong, W., Wang, C., Wan, Z., & Lei, J. (2019). The possible mechanisms of massage therapy. *Biomedical Research*, 30(6), 917-926.

